

Prise en charge des restaurations et des prothèses dentaires

Arrêté du 29 octobre modifiant l'Arrêté du 22 mars 2019 relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques et orthodontiques selon l'avenant 2 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2017, 19 avril 2017 et du 30 mai 2006.
mise à jour le 1^{er} janvier 2020

CODE	INLAY ONLAY	Tarif de responsabilité en €	Forfait en sus en €	Maximun Autorisé en €	Code transpo. CSS
HBMD 351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	100,00 €	150,00 €	250	FDC
CODE	INLAY CORE avec ou sans clavette Infrastructure coronaradiculaire métallique coulée .	Tarif de responsabilité en €	Forfait en sus en €	Maximun Autorisé en €	Code transpo. CSS
HBLD 090	Inlay core pour : <i>Couronne HBLD 038,HBLD634,HBLD350,HBLD680.</i> <i>Pilier de bridge HBLD 033, HBLD 785</i>	90,00 €	40,00 €	130	FDC
HBLD 745	Inlay core pour: <i>Pilier de bridge HBLD 040, HBLD 043,HBLD 227</i>	90,00 €	40,00 €	130	FDC
CODE	COURONNE	Tarif de responsabilité en €	Forfait CMU-C en sus en €	Maximun Autorisé	Code transpo. CSS
HBLD 490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour <i>Couronne HBLD 038,HBLD634,HBLD350,HBLD680.</i>	10,00	30,00	40	FDC
	Pose d'une couronne dentaire dento portée				
HBLD 038	Métallique en alliage non précieux	120,00	130,00	250	FDC
HBLD 634	Céramométallique sur une incisive,une canine ou une 1° PM	120,00	310,00	430	FDC
HBLD 350	Céramique monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	120,00	280,00	400	FDC
HBLD 680	Céramique monolithique autre que zircone sur incisive, canine et 1° prémolaire	120,00	310,00	430	FDC
CODE	BRIDGE - élément céramométallique et uniquement pour incisive, canine et 1°PM	Tarif de responsabilité en €	Forfait CMU-C en sus en €	Maximun Autorisé	Code transpo. CSS
HBLD 040	1 pilier d'ancrage métallique 1 pilier d'ancrage céramométallique 1 élément intermédiaire métallique	279,50	637,00	916,50	FDC
HBLD 043	1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique et 1 élément intermédiaire céramométallique .	279,50	803,28	1082,78	FDC
HBLD 033	2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	279,50	470,73	750,23	FDC
HBLD 785	2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	279,50	956,26	1235,76	FDC
HBLD 227	2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive	279,50	956,26	1235,76	FDC

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité en €	Forfait CMU-C en sus en €	Maximun Autorisé	Code transpo. CSS
HBDG 027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale Facturation: pour les patients traités par radiothérapie de la tête et/ou du cou	38,70	1,50	40,20	FDC

CODE	PROTHESE AMOVIBLE	Tarif de responsabilité en €	Forfait CMU-C en sus en €	Maximun Autorisé	Code transpo. CMU-C
	de transition à plaque base résine, comportant				
HBLD 364	1 à 3 dents	64,50	210,50	275	FDA
HBLD 476	4 dents	75,25	234,75	310	FDA
HBLD 224	5 dents	86,00	264,00	350	FDA
HBLD 371	6 dents	96,75	253,25	350	FDA
HBLD 123	7 dents	107,50	292,50	400	FDA
HBLD 270	8 dents	118,25	281,75	400	FDA
HBLD 148	9 dents	129,00	271,00	400	FDA
HBLD 231	10 dents	139,75	280,25	420	FDA
HBLD 215	11 dents	150,50	269,50	420	FDA
HBLD 262	12 dents	161,25	258,75	420	FDA
HBLD 232	13 dents	172,00	278,00	450	FDA
HBLD 032	unimaxillaire complète	182,75	317,25	500	FDA
HBLD 259	bimaxillaire complète	365,50	634,50	1000	FDA
	définitive à plaque base résine, comportant				
HBLD 101	9 dents	129,00	351,00	480	FDA
HBLD 138	10 dents	139,75	340,25	480	FDA
HBLD 083	11 dents	150,50	419,50	570	FDA
HBLD 370	12 dents	161,25	408,75	570	FDA
HBLD 349	13 dents	172,00	398,00	570	FDA
HBLD 031	complète unimaxillaire	182,75	545,25	728	FDA
HBLD 035	complète bimaxillaire	365,50	1090,50	1456	FDA
	définitive à châssis métallique, comportant				
HBLD 131	1 à 3 dents	193,50	362,50	556	FDA
HBLD 332	4 dents	204,25	510,75	715	FDA
HBLD 452	5 dents	215,00	500,00	715	FDA
HBLD 474	6 dents	225,75	489,25	715	FDA
HBLD 075	7 dents	236,50	513,50	750	FDA
HBLD 470	8 dents	247,25	502,75	750	FDA
HBLD 435	9 dents	258,00	492,00	750	FDA
HBLD 079	10 dents	268,75	481,25	750	FDA
HBLD 203	11 dents	279,50	570,50	850	FDA
HBLD 112	12 dents	290,25	559,75	850	FDA
HBLD 308	13 dents	301,00	549,00	850	FDA
HBLD 047	complète unimaxillaire	311,75	745,25	1057	FDA
HBLD 046	complète bimaxillaire	623,50	1490,50	2114	FDA
HBLD 048	complète unimaxillaire à plaque base résine et complète unimaxillaire à châssis métallique	494,50	1290,50	1785	FDA

CODE	sur prothèse amovible Par élément, on entend : dent ou crochet.	Tarif de responsabilité en €	Forfait CMU-C en sus en €	Maximum Autorisé	Code transpo. CSS
	Adjonction ou changement d'élément non soudé				
HBMD 017	1 élément	21,25	63,50	85	FDR
HBMD 114	2 éléments	32,25	77,75	110	FDR
HBMD 322	3 éléments	43,00	97,00	140	FDR
HBMD 404	4 éléments	53,75	116,25	170	FDR
HBMD 245	5 éléments	64,50	135,50	200	FDR
HBMD 198	6 éléments	75,25	164,75	240	FDR
HBMD 373	7 éléments	86,00	194,00	280	FDR
HBMD 228	8 éléments	96,75	223,25	320	FDR
HBMD 286	9 éléments	107,50	252,50	360	FDR
HBMD 329	10 éléments	118,25	281,75	400	FDR
HBMD 226	11 éléments	129,00	311,00	440	FDR
HBMD 387	12 éléments	139,75	340,25	480	FDR
HBMD 134	13 éléments	150,50	369,50	520	FDR
HBMD 174	14 éléments	161,25	398,75	560	FDR
	Changement de facette				
HBKD 396	1 facette	17,20	22,80	40	FDR
HBKD 431	2 facettes	34,40	35,60	70	FDR
HBKD 300	3 facettes	51,60	48,40	100	FDR
HBKD 212	4 facettes	68,80	61,20	130	FDR
HBKD 462	5 facettes	86,00	74,00	160	FDR
HBKD 213	6 facettes	103,20	86,80	190	FDR
HBKD 140	7 facettes	120,40	99,60	220	FDR
HBKD 244	8 facettes	137,60	112,40	250	FDR
	Adjonction ou changement d'élément soudé				
HBMD 249	1 élément soudé	43,00	27,00	70	FDR
HBMD 292	2 éléments soudés	86,00	24,00	110	FDR
HBMD 188	3 éléments soudés	129,00	21,00	150	FDR
HBMD 432	4 éléments soudés	172,00	18,00	190	FDR
HBMD 283	5 éléments soudés	215,00	15,00	230	FDR
HBMD 439	6 éléments soudés	258,00	12,00	270	FDR
HBMD 425	7 éléments soudés	301,00	9,00	310	FDR
HBMD 444	8 éléments soudés	344,00	6,00	350	FDR
HBMD 485	9 éléments soudés	387,00	3,00	390	FDR
HBMD 410	10 éléments soudés	430,00	0,00	430	FDR
HBMD 429	11 éléments soudés	473,00	0,00	473	FDR
HBMD 281	12 éléments soudés	516,00	0,00	516	FDR
HBMD 200	13 éléments soudés	559,00	0,00	559	FDR
HBMD 298	14 éléments soudés	602,00	0,00	602	FDR
	Réparation d'une prothèse dentaire amovible résine fêlée ou fracturée				
HBMD 020	sans renfort métallique	21,50	53,50	75	FDR
HBMD 356	avec renfort métallique	21,50	58,50	80	FDR
	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible,				
HBMD 008	sans démontage d'éléments	32,25	42,75	75	FDR
HBMD 002	avec remontage d'1 élément	38,70	46,30	85	FDR
HBMD 488	avec remontage de 2 éléments	45,15	49,85	95	FDR
HBMD 469	avec remontage de 3 éléments	51,60	53,40	105	FDR
HBMD 110	avec remontage de 4 éléments	58,05	56,95	115	FDR
HBMD 349	avec remontage de 5 éléments	64,50	60,50	125	FDR
HBMD 386	avec remontage de 6 éléments	70,95	64,05	135	FDR

HBMD 339	avec remontage de 7 éléments	77,40	67,60	145	FDR
HBMD 459	avec remontage de 8 éléments	83,85	71,15	155	FDR
HBMD 438	avec remontage de 9 éléments	90,30	74,70	165	FDR
HBMD 481	avec remontage de 10 éléments	96,75	78,25	175	FDR
HBMD 449	avec remontage de 11 éléments	103,20	81,80	185	FDR
HBMD 312	avec remontage de 12 éléments	109,65	85,35	195	FDR
HBMD 289	avec remontage de 13 éléments	116,10	88,90	205	FDR
HBMD 400	avec remontage de 14 éléments	122,55	92,45	215	FDR
CODE	SUPPLEMENT pour POSE	Tarif de responsabilité en €	Forfait CMU-C en sus en €	Maximun Autorisé en €	Code transpo. CMU-C
	sur une prothèse amovible à plaque base résine				
YYYY 176	1 dent contreplaquée	21,50	1,41	22,91	FDA
YYYY 275	2 dents contreplaquées	43,00	2,82	45,82	FDA
YYYY 246	3 dents contreplaquées	64,50	4,22	68,72	FDA
YYYY 478	4 dents contreplaquées	86,00	5,63	91,63	FDA
YYYY 426	5 dents contreplaquées	107,50	7,04	114,54	FDA
YYYY 389	6 dents contreplaquées	129,00	8,45	137,45	FDA
	sur une prothèse sur châssis métallique				
YYYY 159	1 dent contreplaquée ou massive	32,25	2,11	34,36	FDA
YYYY 329	2 dents contreplaquées ou massives	64,50	4,22	68,72	FDA
YYYY 258	3 dents contreplaquées ou massives	96,75	6,34	103,09	FDA
YYYY 259	4 dents contreplaquées ou massives	129,00	8,45	137,45	FDA
YYYY 440	5 dents contreplaquées ou massives	161,25	10,56	171,81	FDA
YYYY 447	6 dents contreplaquées ou massives	193,50	12,67	206,17	FDA
YYYY 142	7 dents contreplaquées ou massives	225,75	14,79	240,54	FDA
YYYY 158	8 dents contreplaquées ou massives	258,00	16,90	274,90	FDA
YYYY 476	9 dents contreplaquées ou massives	290,25	19,01	309,26	FDA
YYYY 079	10 dents contreplaquées ou massives	322,50	21,12	343,62	FDA
YYYY 184	11 dents contreplaquées ou massives	354,75	23,24	377,99	FDA
YYYY 284	12 dents contreplaquées ou massives	387,00	25,35	412,35	FDA
YYYY 236	13 dents contreplaquées ou massives	419,25	27,46	446,71	FDA
YYYY 353	14 dents contreplaquées ou massives	451,50	29,57	481,07	FDA

ACTE ou TRAITEMENT	Tarif de responsabilité en €	Forfait CMU-C en sus en €	Maximun Autorisé en €	Code transpo CSS
Traitement des dysmorphoses, par période de 6 mois, dans la limite de six périodes. - sans multi-attache	193,50	139,50	333,00	FDO 28
Traitement des dysmorphoses : - avec multi attaches	193,50	270,50	464,00	FDO 29
Séance de surveillance. (Au maximum deux par semestre)	10,75	0,00	10,75	FDO 31
Contention après traitement orthodontique: la 1° année	161,25	0,00	161,25	FDO 32
Contention après traitement orthodontique: la 2° année	107,50	0,00	107,50	FDO 33
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	387,00	0,00	387,00	FDO 36
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre ou à la division palatine : - forfait annuel par année	430,00	0,00	430,00	FDO 34
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre ou à la division palatine : - en période d'attente	129,00	0,00	129,00	FDO 35
Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de six mois non renouvelable	193,50	187,62	381,12	FDO 37