

AVERTISSEMENT

Les honoraires présentés sur cette carte sont les honoraires de référence pour l'INAMI.

En absence d' Accord Dento-Mutualiste pour 2007 - 2008, les praticiens sont libres de fixer leurs honoraires.

Prestations Dentaires au 01/01/2007 en EURO		HONO.	INTERVENTION	
		de réf.	AVEC	SANS
		INAMI	régime préférentiel	
Prestations jusqu'au 12 ème anniversaire				
CONSULTATIONS				
371011 N 5	*consultation LSD au cabinet	18,56	18,56	18,56
371033 N 11	*consultation LSD au domicile	25,75	25,75	25,75
371055 N 3	suppl. WE/jours fériés entre 8 et 21 h	8,01	8,01	8,01
371070 N 6,5	supplément nuit entre 21 et 8 h	17,36	17,36	17,36
PREVENTION				
371556 N 7	*examen buccal 1er semestre + bilan	19,94	19,94	19,94
371571 N 7	*examen buccal 2nd semestre + bilan	19,94	19,94	19,94
<i>Scellement de fissures et de puits</i>				
372514 L 10	*par dent définitive	11,96	11,96	11,96
372536 L 7	*par dent suppl. même séance & quadrant	8,37	8,37	8,37
<i>Nettoyage prophylactique, par quadrant, par année civile</i>				
371792 L 10	*quadrant supérieur droit	11,62	11,62	11,62
371814 L 10	*quadrant supérieur gauche	11,62	11,62	11,62
371836 L 10	*quadrant inférieur gauche	11,62	11,62	11,62
371851 L 10	*quadrant inférieur droit	11,62	11,62	11,62
371873 L 10	**5ème" quadrant	11,62	11,62	11,62
<i>Détartrage par quadrant, par année civile suite à une maladie ou traitement médical</i>				
371394 L 10	*quadrant supérieur droit	11,96	11,96	11,96
371416 L 10	*quadrant supérieur gauche	11,96	11,96	11,96
371431 L 10	*quadrant inférieur gauche	11,96	11,96	11,96
371453 L 10	*quadrant inférieur droit	11,96	11,96	11,96
371475 L 10	*quadrants incomplets - 3 dents minimum pour l'ensemble	11,96	11,96	11,96
<i>Détartrage pour personnes handicapées, par quadrant, par trimestre</i>				
371696 L 10	*quadrant supérieur droit	11,96	11,96	11,96
371711 L 10	*quadrant supérieur gauche	11,96	11,96	11,96
371733 L 10	*quadrant inférieur gauche	11,96	11,96	11,96
371755 L 10	*quadrant inférieur droit	11,96	11,96	11,96
371770 L 10	*quadrants incomplets - 3 dents minimum pour l'ensemble	11,96	11,96	11,96
SOINS CONSERVATEURS				
<i>Dents lactéales</i>				
373811 L 30	*obturation(s) de cavité(s) 1 face dent.	38,43	38,43	38,43
373833 L 40	*obturation(s) de cavité(s) 2 faces dent.	51,23	51,23	51,23
373855 L 50	*obturation(s) de cavité(s) 3 faces dent. ou +	64,04	64,04	64,04
374356 L 29	*pulpotomie et obturation de la chambre pulpaire	36,38	36,38	36,38
<i>Dents définitives</i>				
373892 L 30	*obturation(s) de cavité(s) 1 face dent.	38,43	38,43	38,43
373914 L 40	*obturation(s) de cavité(s) 2 faces dent.	51,23	51,23	51,23
373936 L 50	*obturation(s) de cavité(s) 3 faces dent. ou +	64,04	64,04	64,04
373951 L 60	*restauration cuspidé / bord incisal	76,85	76,85	76,85
373973 L 70	*restauration complète de la couronne	89,66	89,66	89,66
<i>Traitements canalaires (dents lactéales & définitives)</i>				
374312 L 44	*obturation 1 canal d'une dent	72,98	72,98	72,98
374533 L 53	*obturation 2 canaux même dent	87,91	87,91	87,91
374555 L 80	*obturation 3 canaux même dent	132,70	132,70	132,70
374570 L 106	*obturation 4 canaux ou + même dent	175,83	175,83	175,83
<i>Ablation (section et extraction) de racine(s)</i>				
374754 L 15	*une racine	29,01	29,01	29,01
374776 L 20	*plusieurs racines de la même dent	38,69	38,69	38,69
EXTRACTIONS SIMPLES				
374835 L 21,21	*extraction de molaires lactéales (par dent)	31,18	31,18	31,18
374813 L 21,21	*extraction de dent définitive (par dent)	31,18	31,18	31,18
PROTHESES DENTAIRES AMOVIBLES (consultations comprises)				
<i>Après accord du Conseil Technique Dentaire</i>				
378954 L 600	**prothèse amovible supérieure	492,18	492,18	492,18
378976 L 600	**prothèse amovible inférieure	492,18	492,18	492,18
379013 L 61,5	*réparation de prothèse supérieure	50,45	50,45	50,45
379035 L 61,5	*réparation de prothèse inférieure	50,45	50,45	50,45
379050 L 85	*adjonction 1 dent à une prothèse supérieure	69,73	69,73	69,73
379072 L 85	*adjonction 1 dent à une prothèse inférieure	69,73	69,73	69,73
379094 L 24,5	*adjonction dent supplémentaire proth. sup.	20,10	20,10	20,10
379116 L 24,5	*adjonction dent supplémentaire proth. inf.	20,10	20,10	20,10
379131	rebasage supérieur pour L 376	92,53	92,53	92,53
379153	rebasage inférieur pour L 376	92,53	92,53	92,53
379131	rebasage supérieur pour L 412	101,39	101,39	101,39
379153	rebasage inférieur pour L 412	101,39	101,39	101,39
379131	rebasage supérieur pour L 453	111,48	111,48	111,48
379153	rebasage inférieur pour L 453	111,48	111,48	111,48
379131	rebasage supérieur pour L 526	129,44	129,44	129,44
379153	rebasage inférieur pour L 526	129,44	129,44	129,44
379131	rebasage supérieur pour L 600	147,65	147,65	147,65
379153	rebasage inférieur pour L 600	147,65	147,65	147,65

Prestations Dentaires au 01/01/2007 en EURO		HONO.	INTERVENTION	
		de réf.	AVEC	SANS
		INAMI	régime préférentiel	
Prestations jusqu'au 12^{ème} anniversaire				
RADIOLOGIE DENTAIRE				
377031 N 13	radiographie intrabuccale	10,60	10,60	10,60
377053 N 8	rx intrabuccale cliché suppl.	6,52	6,52	6,52
377016 N 26	radiographie extrabuccale	21,19	21,19	21,19
377090 N 41	Rx panoramique (1 X par année civile)	36,17	36,17	36,17
377112 N 40	téléradio. orthodontie 1 cliché (1 X par année civile)	32,60	32,60	32,60
377134 N 55	téléradio. orthodontie 2 clichés (1 X par année civile)	44,83	44,83	44,83
Prestations à partir du 12^{ème} anniversaire				
CONSULTATIONS				
301011 N 5	*consultation LSD au cabinet	18,56	18,56	14,08
101054 N 5,53	*médecin/LSD au cabinet	17,82	16,04	12,48
101054 N 5,53	*médecin/LSD au cabinet dans le cadre DMG	18,11	16,85	14,31
102012 N 8	*stomatologiste au cabinet	18,10	15,63	10,86
102535 N 8	*stomatologiste accrédité au cabinet	20,79	18,32	13,55
301033 N 11	*consultation LSD au domicile	25,75	25,75	19,32
103014 N 20	*stomatologiste au domicile	28,00	28,00	16,80
301055 N 3	suppl. WE/jours fériés entre 8 et 21 h	8,01	8,01	6,01
301070 N 6,5	supplément nuit entre 21 et 8 h	17,36	17,36	13,02
PREVENTION				
<i>Examen buccal jusqu'à 18 ans</i>				
301556 N 7	*examen buccal 1er semestre + bilan	19,94	19,94	16,24
301571 N 7	*examen buccal 2nd semestre + bilan	19,94	19,94	16,24
<i>Examen buccal de 18 à 54 ans (y compris radios intrabuccales)</i>				
301593 N 20,96	*examen buccal (1 x par année civile)	53,30	53,30	50,00
<i>Scellement de fissures et de puits jusqu'à 14 ans</i>				
302514 L 10	*par dent définitive	11,96	11,96	10,77
302536 L 7	*par dent suppl. même séance & quadrant	8,37	8,37	7,54
<i>Détartrage pour handicapés de moins de 18 ans (par quadrant et par trimestre)</i>				
301696 L 10	*quadrant supérieur droit	11,96	11,96	8,97
301711 L 10	*quadrant supérieur gauche	11,96	11,96	8,97
301733 L 10	*quadrant inférieur gauche	11,96	11,96	8,97
301755 L 10	*quadrant inférieur droit	11,96	11,96	8,97
301770 L 10	*quadrants incomplets - 3 dents minimum pour l'ensemble	11,96	11,96	8,97
<i>Détartrage de 12 à 18 ans (par quadrant et par année civile)</i>				
301394 L 10	*quadrant supérieur droit	11,96	11,96	8,97
301416 L 10	*quadrant supérieur gauche	11,96	11,96	8,97
301431 L 10	*quadrant inférieur gauche	11,96	11,96	8,97
301453 L 10	*quadrant inférieur droit	11,96	11,96	8,97
301475 L 10	*quadrants incomplets - 3 dents minimum pour l'ensemble	11,96	11,96	8,97
<i>Détartrage à partir de 18 ans (par quadrant et par année civile)</i>				
302153 L 10	*quadrant supérieur droit	11,96	11,96	8,97
302175 L 10	*quadrant supérieur gauche	11,96	11,96	8,97
302190 L 10	*quadrant inférieur gauche	11,96	11,96	8,97
302212 L 10	*quadrant inférieur droit	11,96	11,96	8,97
302234 L 10	*quadrants incomplets - 3 dents minimum pour l'ensemble	11,96	11,96	8,97
	montant de l'intervention en cas de non respect de la règle de continuité		1,20	0,90
PARODONTOLOGIE				
<i>Détermination de l'index parodontal avec enregistrement de ces données et info du patient</i>				
301254 L 20	DPSI une fois par année civile du 18 ^è au 36 ^è anniv.	20,33	20,33	15,25
SOINS CONSERVATEURS				
<i>Dents lactéales</i>				
303811 L 30	*obturation(s) de cavité(s) 1 face dent.	38,43	38,43	35,76
303833 L 40	*obturation(s) de cavité(s) 2 faces dent.	51,23	51,23	48,56
303855 L 50	*obturation(s) de cavité(s) 3 faces dent. ou +	64,04	64,04	61,37
<i>Dents définitives jusqu'au 18^{ème} anniversaire</i>				
304216 L 20	*obturation(s) de cavité(s) 1 face dent.	25,62	25,62	22,95
304231 L 30	*obturation(s) de cavité(s) 2 faces dent.	38,43	38,43	35,76
304253 L 40	*obturation(s) de cavité(s) 3 faces dent. ou +	51,23	51,23	48,56
304275 L 50	*restauration cuspside/bord incisal	64,04	64,04	61,37
304290 L 60	*restauration complète de la couronne	76,85	76,85	74,18
<i>Dents définitives à partir du 18^{ème} anniversaire</i>				
304371 L 20	*obturation(s) de cavité(s) 1 face dent.	25,62	25,62	19,22
304393 L 30	*obturation(s) de cavité(s) 2 faces dent.	38,43	38,43	31,03
304415 L 40	*obturation(s) de cavité(s) 3 faces dent. ou +	51,23	51,23	43,83
304430 L 50	*restauration cuspside/bord incisal	64,04	64,04	55,43
304452 L 60	*restauration complète de la couronne	76,85	76,85	68,24
<i>Traitements canalaires (dents lactéales & définitives) jusqu'au 18^{ème} anniversaire</i>				
304312 L 44	*obturation 1 canal d'une dent	72,98	72,98	69,51
304533 L 53	*obturation 2 canaux même dent	87,91	87,91	84,44
304555 L 80	*obturation 3 canaux même dent	132,70	132,70	129,23
304570 L 106	*obturation 4 canaux ou + même dent	175,83	175,83	172,36

Prestations Dentaires au 01/01/2007 en EURO		HONO.	INTERVENTION	
		de réf.	AVEC	SANS
		INAMI	régime préférentiel	
Prestations à partir du 12ème anniversaire				
SOINS CONSERVATEURS (suite)				
<i>Traitements canalaires (dents lactéales & définitives) à partir du 18ème anniversaire</i>				
304496 L 44	*obturation 1 canal d'une dent	72,98	72,98	63,40
304592 L 53	*obturation 2 canaux même dent	87,91	87,91	78,33
304614 L 80	*obturation 3 canaux même dent	132,70	132,70	123,12
304636 L 106	*obturation 4 canaux ou + même dent	175,83	175,83	166,25
<i>Ablation (section et extraction) de racine(s)</i>				
Jusqu'au 18ème anniversaire :				
304754 L 15	*une racine	29,01	29,01	25,54
304776 L 20	*plusieurs racines de la même dent	38,69	38,69	35,22
A partir du 18ème anniversaire				
304710 L 15	*une racine	29,01	29,01	21,76
304732 L 20	*plusieurs racines de la même dent	38,69	38,69	29,02
<i>Chez le bénéficiaire jusqu'au 14ème anniversaire</i>				
304813 L 21,21	*extraction de dent définitive	31,18	31,18	23,39
ORTHODONTIE				
305594 L 50	*examen préliminaire	68,93	68,93	51,70
305616 L 16,5	*forfait de ttmt.régulier, max. 2/mois civil et 6 par période de 6 mois civils	20,63	20,63	15,48
305653 L 16,5	*fort. de ttmt. régulier après lequel survient interrupt. de plus de 6 mois	20,63	20,63	15,48
305712 L 16,5	*forfait de ttmt.régulier auquel succède une période de traitement régulier non remboursable ou dont l'autorisation pour l'intervention de l'assurance n'a pas encore été accordée par l'instance compétente	20,63	20,63	15,48
305631 L 125	*forfait pour appareillage et par traitement, en début de traitement	156,28	156,28	117,21
305675 L 125	*forfait pour appareillage et par traitement, après les 6 premiers forfaits de traitement régulier et au plus tôt au cours du 6ème mois civil de traitement	156,28	156,28	117,21
305830 L 20	*avis orthodontique + rapport	27,15	27,15	20,37
305852 L 12	*forfait mensuel pour ctrl de contention (max. 4/an)	15,00	15,00	11,25
305896 L 12	*contrôle cont. suivi d'1 interrupt.+de 6 mois	15,00	15,00	11,25
305874 L 15	*confection moulage CTD	18,75	18,75	14,07
305911 L 10	analyse céphalométrique sur une téléradiographie, à l'exclusion de la radiographie, une fois par année civile	11,96	11,96	8,97
RADIOLOGIE DENTAIRE				
307031 N 13	radiographie intrabuccale	10,60	9,54	7,95
307053 N 8	radiographie intrabuccale cliché suppl.	6,52	5,87	4,89
307016 N 26	radiographie extrabuccale	21,19	19,08	15,90
307090 N 41	radiographie panoramique (1 X par année civile)	36,17	32,56	27,13
307112 N 40	téléradio. orthodontie 1 cliché (1 x par année civile)	32,60	29,34	24,45
307134 N 55	téléradio. orthodontie 2 clichés (1 x par année civile)	44,83	40,35	33,63
PETITE CHIRURGIE BUCCALE (hors accord)				
317030 K 42	+ alvéolectomie	46,43	46,43	46,43
317052 K 62	+ traitement ostéite alvéolaire	68,54	68,54	68,54
317074 K 21	+ gingivectomie étendue à 1 mâchoire (min. 6 dts.)	23,22	23,22	23,22
317111 K 10	+ exérèse tumeur intrabucc. bénigne	11,06	11,06	11,06
317170 K 42	+ frénectomie	46,43	46,43	46,43
317192 K 10	+ **incision d'abcès dentaire	11,06	11,06	11,06
317214 K 125	+ extr.sous anesth.gén. 8 dents au moins	166,87	166,87	166,87
317236 K 75	+ ** extraction de dent incluse	82,92	82,92	82,92
317251 K 75	+ extr.sous anesth.gén.moins de 8 dents	82,92	82,92	82,92
317295 K 400	+ prothèses spéciales	667,47	667,47	667,47
SUPL. PREST. TECHN. URGENTES (hors accord) K=L K=0,6 x N				
599653	prestation < ou = K10	12,08	12,08	10,27
599631	prestation > K10 et < ou = K25	20,13	20,13	17,12
599616	prestation > K25 et < ou = K50	40,26	40,26	34,23
599594	prestation > K50 et < ou = K75	60,39	60,39	51,71
599572	prestation > K75 et < ou = K120	80,52	80,52	71,84
599550	prestation > K120 et < ou = K180	100,65	100,65	91,97
599535	prestation > K180 et < ou = K300	120,78	120,78	112,10
599313	prestation > K300	150,98	150,98	142,30
PROTHESES (consultations comprises)				
<i>Prothèses amovibles partielles de 1 à 11 dents (5 étapes - à partir de 50 ans)</i>				
307731 L 376	*1 dent supérieure	308,43	293,01	231,33
307753 L 376	*1 dent inférieure	308,43	293,01	231,33
307775 L 376	*2 dents supérieures	308,43	293,01	231,33
307790 L 376	*2 dents inférieures	308,43	293,01	231,33
307812 L 376	*3 dents supérieures	308,43	293,01	231,33
307834 L 376	*3 dents inférieures	308,43	293,01	231,33
307856 L 376	*4 dents supérieures	308,43	293,01	231,33
307871 L 376	*4 dents inférieures	308,43	293,01	231,33
307893 L 376	*5 dents supérieures	308,43	293,01	231,33
307915 L 376	*5 dents inférieures	308,43	293,01	231,33
307930 L 412	*6 dents supérieures	337,97	321,08	253,48
307952 L 412	*6 dents inférieures	337,97	321,08	253,48

Prestations Dentaires au 01/01/2007 en EURO			HONO.	INTERVENTION	
			de réf.	AVEC	SANS
			INAMI	régime préférentiel	
PROTHESES (consultations comprises - suite)					
307974	L 412	*7 dents supérieures	337,97	321,08	253,48
307996	L 412	*7 dents inférieures	337,97	321,08	253,48
308011	L 453	*8 dents supérieures	371,60	353,02	278,70
308033	L 453	*8 dents inférieures	371,60	353,02	278,70
308055	L 453	*9 dents supérieures	371,60	353,02	278,70
308070	L 453	*9 dents inférieures	371,60	353,02	278,70
308092	L 526	*10 dents supérieures	431,48	409,91	323,61
308114	L 526	*10 dents inférieures	431,48	409,91	323,61
308136	L 526	*11 dents supérieures	431,48	409,91	323,61
308151	L 526	*11 dents inférieures	431,48	409,91	323,61
306832	L 600	*12 dents supérieures	492,18	467,58	369,14
306854	L 600	*12 dents inférieures	492,18	467,58	369,14
306876	L 600	*13 dents supérieures	492,18	467,58	369,14
306891	L 600	*13 dents inférieures	492,18	467,58	369,14
<i>Prothèses amovibles totales (6 étapes - à partir de 50 ans)</i>					
306913	L 600	*totale supérieure	492,18	467,58	369,14
306935	L 600	*totale inférieure	492,18	467,58	369,14
309013	L 61,5	Réparation de prothèse supérieure	50,45	50,45	37,84
309035	L 61,5	Réparation de prothèse inférieure	50,45	50,45	37,84
309050	L 85	Adjonction d'une dent à une proth. sup. existante	69,73	69,73	52,30
309072	L 85	Adjonction d'une dent à une proth. inf. existante	69,73	69,73	52,30
309094	L 24,5	Adj. de dent à une proth. sup. existante: par dent suppl.	20,10	20,10	15,08
309116	L 24,5	Adj. de dent à une proth. inf. existante: par dent suppl.	20,10	20,10	15,08
<i>Remplacement de la base (30% de la valeur de la prothèse)</i>					
309131		Remplacement de la base d'une proth. sup. pour L 376	92,53	87,91	69,40
309153		Remplacement de la base d'une proth. inf. pour L 376	92,53	87,91	69,40
309131		Remplacement de la base d'une proth. sup. pour L 412	101,39	96,33	76,05
309153		Remplacement de la base d'une proth. inf. pour L 412	101,39	96,33	76,05
309131		Remplacement de la base d'une proth. sup. pour L 453	111,48	105,91	83,61
309153		Remplacement de la base d'une proth. inf. pour L 453	111,48	105,91	83,61
309131		Remplacement de la base d'une proth. sup. pour L 526	129,44	122,97	97,08
309153		Remplacement de la base d'une proth. inf. pour L 526	129,44	122,97	97,08
309131		Remplacement de la base d'une proth. sup. pour L 600	147,65	140,27	110,74
309153		Remplacement de la base d'une proth. inf. pour L 600	147,65	140,27	110,74
(*)		les honoraires comprennent l'anesthésie éventuelle			
(**)		valeur maximale			
(+)		prestations stomatologiques autorisées aux LSD			

Copyright - Société de Médecine Dentaire asbl - 01-01-2007



GlaxoSmithKline