

MAÎTRISEZ VOS DÉPENSES DE SANTÉ

Tarifs des prothèses, information préalable

Dentaire: comment être mieux remboursé?

Si les soins conservateurs sont bien remboursés par l'Assurance maladie et les mutuelles, les prothèses sont de véritables produits de luxe qui impliquent un reste à charge.

Il y a de quoi grincer des dents! " *La santé bucco-dentaire est un domaine où l'on observe de fortes inégalités sociales. Elles peuvent s'expliquer par des facteurs comportementaux (hygiène dentaire, alimentation...), mais aussi en partie par un accès aux soins plus ou moins aisé selon le niveau de revenu, l'existence d'une couverture complémentaire et le niveau de remboursement de cette dernière* ", analyse l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Différentes raisons peuvent motiver le renoncement aux soins : un délai d'attente pour un rendez-vous trop long, un cabinet trop éloigné, des difficultés de transports, la peur du dentiste, le manque de temps... et l'incapacité financière à honorer ses dépenses de santé. D'ailleurs, 18 % des Français auraient déjà renoncé en 2012 à des soins dentaires pour raisons financières, selon la dernière enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES (mai 2014).

L'absence de couverture complémentaire est bien évidemment un facteur poussant à ne pas se soigner suffisamment les dents. Selon l'IRDES, ce sont les personnes sans complémentaire santé qui déclarent le plus fréquemment avoir renoncé à des soins pour raisons financières (41,4 %), contre 21,6 % pour les bénéficiaires de la CMU-C et 16,2% pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMU-C.

" *Il ne faut toutefois pas perdre de vue que les patients sont les premiers acteurs de leur santé bucco-dentaire. Le recours à des gestes préventifs simples tant chez soi (hygiène dentaire, alimentation, tabagisme...) que par une visite régulière chez son dentiste pour une vérification de l'état de sa dentition (avec des actes remboursés à 70 % par la sécurité sociale) pourrait permettre, dans bon nombre de cas, d'éviter de devoir recourir à des soins plus conséquents facturés très chers et mal remboursés ; avec l'éventualité de devoir y renoncer faute de pouvoir les financer* ", indique le Dr Franck S., chirurgien-dentiste dans le Sud-Est.

Les soins courants bien remboursés

L'Observatoire des restes à charge en santé (1) constate que les soins dentaires " conservateurs " (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation...) et chirurgicaux (extraction...) ne constituent qu'une part infime des sommes à la charge des patients. La cause? Les tarifs de ces soins sont encadrés par l'Assurance maladie et, en dehors de quelques situations exceptionnelles (comme des soins effectués en dehors des horaires habituels d'ouverture du cabinet) ou de quelques praticiens (de plus en plus rares) disposant d'un droit permanent à dépassement, les chirurgiens-dentistes n'ont pas le droit de pratiquer de dépassements d'honoraires : le tarif de remboursement de l'Assurance maladie est celui qu'ils doivent facturer, sur la base duquel le patient sera remboursé à 70 % ; les 30 % restants étant pris en charge par sa complémentaire santé, s'il en a une. Ainsi, par exemple, le traitement d'une " carie deux faces " est facturé 28,92 € par le dentiste et remboursé 20,24 € par la sécurité sociale ; la dévitalisation d'une molaire est facturée 81,94 €, dont 57,35 € sont remboursés. Le tarif de la consultation est également pris en charge à 70 % (23 €, dont 16,10 € remboursés). Et, contrairement à la consultation d'un médecin, celle d'un dentiste n'est pas soumise au prélèvement forfaitaire de 1 € non remboursable pour le patient (sauf si vous consultez un médecin stomatologiste plutôt qu'un chirurgien-dentiste).

" Attention, prévient le Dr Franck S., certains soins dentaires, notamment les soins esthétiques (ex : blanchiment des dents, pose de facettes), ne sont pas du tout remboursés par l'Assurance Maladie ! " Rapprochez-vous alors de votre complémentaire santé pour voir si elle les prend en charge.

Les prothèses : 40% de leur coût restent à charge du patient

Si les tarifs des soins conservateurs (carie, détartrage...) sont fixes, les honoraires pour les prothèses dentaires (implants, couronnes, bridges...) sont, en revanche, librement déterminés par chaque professionnel (2) qui doit préalablement vous en informer au moyen d'un devis écrit (voir ci-dessous).

Bien que devant être établis "avec tact et mesure" selon l'Assurance maladie, ces tarifs ont tendance, dans la réalité, à s'envoler. Pour compenser des soins " courants " mal payés qui ne représentent qu'environ un tiers de leur chiffre d'affaires alors qu'ils y consacrent les deux tiers de leur temps, de nombreux praticiens se rattrapent sur le prix des prothèses. " Il faut dire que les tarifs de base n'ont pas été revalorisés depuis de nombreuses années alors que nos charges, elles, ont continué à augmenter ", explique le Dr Franck S.

L'ennui pour les patients, c'est que les soins prothétiques sont très mal remboursés par l'Assurance maladie qui continue à se référer à une base tarifaire nettement en deçà du coût réel. Ainsi, par exemple, alors qu'une couronne céramo-métallique vous reviendra entre 500 et 800 €, elle ne vous sera remboursée que 75,25 € (70 % du tarif de Convention fixé à 107,50 €) par la Sécurité sociale ! Un implant dentaire, couronne comprise, est facturé, en moyenne, 2 100 € et remboursé 0 € pour l'implant proprement dit et 45,15 € (70 % de 64,50 €) pour la couronne !

Quant aux patients qui ont une assurance complémentaire santé, le reste à charge ne leur est généralement remboursé que partiellement. En outre, les contrats haut de gamme coûtant très cher, ils sont peu souscrits ; de sorte qu'en moyenne, 40% du coût des soins prothétiques restent à la charge du patient.

Par ailleurs, relisez bien votre contrat afin de savoir si le remboursement proposé par votre mutuelle prend la forme d'un forfait en euros ou d'un pourcentage du tarif de la sécurité sociale. Attention, dans ce dernier cas, le taux de remboursement indiqué englobe presque toujours le remboursement de l'assurance maladie (70% du tarif de convention). Ainsi, un contrat affichant un taux de remboursement de 300 % ne couvrira, en réalité, que 230 % du tarif de convention.

Exemple :

Couronne céramo-métallique tarifée entre 500 et 800 €

Remboursement SS (70% du tarif de convention – TC – de 107,50 €) : 75,25 €

Remboursement complémentaire santé (230% du TC) : 247,25 €

Reste à charge du patient : de 177,50 à 477,50 €.

Passer par un réseau de soins dentaires

De nombreuses complémentaires santé proposent les services d'un réseau de chirurgiens-dentistes, en vue de permettre à leurs adhérents de bénéficier de tarifs encadrés offrant une économie pouvant aller de 10% à 20%. Allianz, par exemple, a choisi le réseau Santéclair ; mais si vous avez un contrat chez Aviva, vous pouvez bénéficier du réseau Carte Blanche. Avec Axa, il faut se tourner vers le réseau Itelis ; avec Groupama, c'est Sévéane. Chaque réseau fixe ses propres règles de conventionnement avec les professionnels de santé en termes de qualité et de tarifs.

" Les réseaux négocient surtout pour les actes dont les tarifs ne sont pas imposés par l'Assurance maladie, comme les prothèses, et proposent des baisses de 15 à 20% par rapport à la moyenne des prix constatés dans le même secteur géographique, explique Marianne Binst, directrice générale de Santéclair. Dans le contrat qu'il signe avec notre réseau, le praticien s'engage à ne pas dépasser les tarifs maximum négociés. Il est d'ailleurs régulièrement contrôlé sur les prix qu'il pratique mais aussi sur la qualité des soins prodigués. En cas de négligence grave, il peut être exclu du réseau . "

En outre, le patient qui utilise ce réseau bénéficie automatiquement du tiers payant. Pour savoir si vous avez accès à un réseau, reportez-vous à votre carte de mutuelle : le nom d'un réseau y figure peut-être. Il vous suffit alors de vous rendre chez l'un des praticiens partenaires de ce réseau. À défaut, informez-vous directement auprès de votre complémentaire. Aucun réseau ne vous est proposé ? Il vous reste la possibilité de vous rendre dans un centre mutualiste ouvert à tous les assurés sociaux (voir encadré 1).

" Il faut quand même se demander pourquoi les tarifs des soins donnés dans les réseaux sont meilleur marché, s'interroge le Dr Pascal Paloc, secrétaire général de la FSDL (Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux). Aujourd'hui, quand l'ensemble des dentistes de France et d'Europe facture, par exemple, la pose d'un implant + pilier + prothèse 2 000 € et que Santéclair le propose à 1 100 €, cela pose la question du choix du matériau et du protocole qui peuvent être imposés au praticien par le cahier des charges ; voire impliquer qu'il passe moins de temps auprès de son patient. Une économie sur le prix liée à la productivité, c'est valable quand on vend des yaourts... pas quand on fait du soin ! "

Bien sûr, chacun reste libre de fréquenter le chirurgien-dentiste de son choix et, notamment un praticien hors réseau. " Toutefois, la loi Le Roux n° 2014-57 du 27 janvier 2014 autorise désormais les complémentaires santé à mieux rembourser les patients qui se font soigner par un dentiste d'un réseau de soins, déplore le Dr Pascal Paloc ; ce qui laisse à craindre qu'à moyen terme, cette liberté ne puisse résister à l'épreuve des faits. "

(1) créé par le CISS (Collectif inter associatif sur la santé), le magazine 60 millions de consommateurs et la société Santéclair. (2) Il en est de même pour les traitements d'orthodontie pour les enfants.

LES CENTRES MUTUALISTES

Ouverts à tous (que vous soyez ou non adhérent à une mutuelle), 460 centres dentaires proposent une offre diversifiée de soins dentaires : soins conservateurs, prothétiques, d'orthodontie et d'implantologie, Un conventionnement a été mis en place entre ces centres de santé dentaires mutualistes et 64 mutuelles (représentant plus de 35% des adhérents). Son objectif est de faciliter l'accès des patients aux soins dentaires, en leur permettant de bénéficier de tarifs conventionnels sans dépassement, ou de tarifs maîtrisés pour les actes non remboursés, tout en offrant une prise en charge de qualité sur la base d'un référentiel élaboré avec la Haute Autorité de Santé (HAS). Le tarif d'un acte de prothèse dentaire dans un de ces centres est ainsi de 18 % inférieur à celui pratiqué par les chirurgiens-dentistes libéraux.

Ces centres pratiquent également le tiers payant sur le régime obligatoire pour tous et la dispense d'avance de frais pour les actes les plus courants pour les patients mutualistes.

Pour trouver sur Internet un centre proche de chez vous : <http://www.centres-sante-mutualistes.fr/>.

DEVIS OBLIGATOIRE

Le devis que vous remet votre dentiste doit préciser:

- le montant des honoraires correspondant au traitement lequel inclut la pose de la prothèse dentaire,
- le montant remboursé par l'assurance-maladie,
- la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés, avec indication du lieu de fabrication de la prothèse (mais sans mentionner le prix d'achat payé au prothésiste...).

DENTAIRE "LOW COST"

Les centres mutualistes ne doivent pas être confondus avec les centres " low cost " comme Dentalvie, Dentexia ou Dentifree, etc qui proposent des prix défiant toute concurrence jusqu'à 55% inférieurs aux prix du marché. Par exemple, Dentexia propose la couronne entièrement en céramique à 390 € alors que la plupart des cabinets proposent la couronne " céramo- métallique " entre 500 et 800 € ; l'implant (pilier et couronne compris) à 970 € au lieu des 2 100 € de tarif moyen constaté en France. Pour justifier de tels tarifs, les promoteurs de ces centres argumentent notamment l'achat en masse des produits donc à des tarifs préférentiels et une productivité accrue liée au fait que les praticiens, déchargés de toute contrainte administrative, peuvent consacrer l'essentiel de leur temps aux soins. La question à se poser avant d'y recourir est celle de la qualité des soins délivrés et de leur suivi.

Le principal reproche fait au " low cost " est qu'il délaisse les soins de base, comme le détartrage ou le soin des caries, moins rémunérateurs mais qui représentent pourtant la majorité des besoins des Français, pour se concentrer sur les actes les plus chers : implantologie et prothèses.

QUI SUPPORTE LES DÉPENSES?

Répartition du financement des dépenses dentaires en 2013:

- 36 % relèvent du régime obligatoire,
- 39 % sont pris en charge par les complémentaires santé,
- 25 % restent à charge pour les ménages.