

En poursuivant votre navigation sur ce site, vous acceptez l'utilisation de cookies pour améliorer la performance de ce site, et vous proposer des services adaptés à vos centres d'intérêts.

Accepter

Pour en savoir plus et ...

Soins et prothèses dentaires : vos remboursements

25 avril 2019

Consultations chez le dentiste, soins et prothèses dentaires, traitements d'orthodontie, prise en charge des agénésies... Le point sur le tarif de ces actes et sur leur prise en charge par l'Assurance Maladie.

LE REMBOURSEMENT DE VOS CONSULTATIONS

Les consultations chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste conventionné sont prises en charge par l'Assurance Maladie et remboursées à 70 % sur la base de tarifs conventionnels (sauf exception : affection de longue durée, accident du travail, CMU-C, aide médicale de l'Etat...). Des dépassements d'honoraires sont possibles dans certains cas.

Tarifs et remboursements des consultations

Praticien consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Chirurgien-dentiste	23,00 €	23,00 €	70 %	16,10 €
Chirurgien-dentiste spécialisé en traitement orthopédie dento-faciale (ODF)	23,00 €	23,00 €	70 %	16,10 €
Médecin stomatologiste exerçant en secteur 1	28,00 €	28,00 €	70 %	18,60 € (1)
Médecin stomatologiste exerçant en secteur 2	Honoraires libres	23,00 €	70 %	15,10 € (1)

(1) Le montant remboursé tient compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les

bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'État. Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné à 50 € par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et par bénéficiaire.

À noter que la participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés par un chirurgien-dentiste.

Dépassements d'honoraires

Les consultations chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste peuvent faire l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les situations suivantes :

en cas d'une exigence particulière de votre part comme, par exemple, une consultation en dehors des horaires habituels du cabinet ;

vous consultez un chirurgien-dentiste qui dispose d'un droit permanent à dépassement (DP) ;

vous consultez un médecin stomatologiste qui exerce en secteur 2, dit secteur à honoraires libres.

Dans chacune de ces situations, votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous en informer au préalable.

Vous serez remboursé sur la base du tarif conventionnel et non sur la base des honoraires payés. Les dépassements d'honoraires, en effet, ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie. Ils peuvent éventuellement être pris en charge par votre complémentaire santé, si le contrat que vous avez souscrit le prévoit. Renseignez-vous auprès d'elle.

Avant d'aller chez le dentiste, faut-il consulter d'abord son médecin traitant ?

Non, à l'exception de certains actes chirurgicaux lourds, vous pouvez consulter directement un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste sans passer par votre médecin traitant. Vous serez remboursé normalement.

LE REMBOURSEMENT DE VOS SOINS DENTAIRES

Les soins dentaires comprennent les soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et les soins chirurgicaux (extraction, etc.).

Ils sont pris en charge par l'Assurance Maladie s'ils figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, et sont remboursés à 70 % sur la base de tarifs conventionnels.

Tarifs et remboursements des soins dentaires

Tarifs et remboursements des soins dentaires sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans

Tarifs et remboursements des scellements de sillons

Tarif et remboursement des vernis fluorés

LE REMBOURSEMENT DE VOS PROTHÈSES DENTAIRES

À compter du 1er avril 2019, pour les rendre plus accessibles, le tarif de certains actes prothétiques est plafonné. Ainsi, pour 11 actes (tableau ci-dessous), les chirurgiens-dentistes ne doivent pas facturer au-delà des montants maximum autorisés.

Montants maximum autorisés des prothèses dentaires au 1er avril 2019

Acte prothétique	Base de remboursement	Montant maximum
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisives, canines et premières prémolaires	107,50 €	530 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	107,50 €	530 €

Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	107,50 €	480 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	107,50 €	320 €
Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés sans « reste à charge »	90 €	230 €
Avec ou sans clavette		
Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à « entente directe limitée »		
Avec ou sans clavette		
	90 €	230 €
Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive. Facturable pour la pose d'une couronne transitoire non suivie d'une couronne définitive dans les 6 mois.		
Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge »		
	10 €	60 €
Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive.		
Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée « à entente directe limitée »		
	10 €	60 €
Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	279,50 €	1 465 €
Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	279,50 €	870 €
Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire	150 €	280 €

Les prothèses dentaires sont prises en charge par l'Assurance Maladie si elles figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, et sont remboursées à 70 % sur la base de tarifs dits de responsabilité ou tarifs conventionnels, souvent inférieurs à leur coût réel.

En effet, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des prothèses dentaires est libre (sauf pour celles pour lesquelles les tarifs sont plafonnés (voir ci-dessus). À noter que le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous délivrer une information précise préalable au moyen d'un devis écrit.

Tarifs et remboursements des prothèses dentaires : quelques exemples

Tarifs et remboursements des prothèses dentaires

Prothèse dentaire	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé (1)
Couronne sur dent (2)	107,50 €	70 %	75,25 €
Couronne sur implant	107,50 €	70 %	75,25 €
Inlay-core (avec ou sans clavette)	90 €	70 %	63 €
Appareil dentaire transitoire en résine remplaçant de 1 à 3 dents	64,50 €	70 %	45,15 €
Appareil dentaire définitif métallique de 14 dents	311,75 €	70 %	218,22 €
Appareil dentaire complet en résine de 14 dents	182,75 €	70 %	127,93 €
Bridge de 3 éléments [2 dents piliers + 1 élément intermédiaire qui remplace une dent absente] (3)	279,50 €	70 %	195,65 €

(1) Le montant remboursé ne tient pas compte de la participation forfaitaire de 1 € éventuellement retenue si les soins de prothèses dentaires sont réalisés par un médecin stomatologiste.

Pour rappel, la participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas aux consultations, actes et soins réalisés par un chirurgien-dentiste.

(2) Pour que l'assuré bénéficie d'une prise en charge par l'Assurance Maladie, la couronne devra être réalisée sur une dent qui ne peut pas être reconstituée durablement. Les couronnes sur les dents de lait, les couronnes préfabriquées, les couronnes à recouvrement partiel ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie.

(3) Pour que l'assuré bénéficie d'une prise en charge par l'Assurance Maladie, il faut au moins une dent pilier du bridge qui ne peut pas être reconstituée durablement. Les bridges sur implants ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

Un devis écrit et détaillé

Contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des prothèses dentaires est libre (à l'exception des 11 actes cités précédemment pour les chirurgiens-dentistes). Cependant, votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous en informer au préalable sur les tarifs qu'il va appliquer pour ses prothèses au moyen d'un devis que vous signerez, éventuellement, pour acceptation.

Ce devis doit être établi par écrit et comporter notamment :

- la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés ;
- le lieu de fabrication de la prothèse ;
- le montant des honoraires correspondant au traitement ;
- le montant remboursé par l'Assurance Maladie.

Vous pourrez le transmettre ensuite à votre organisme d'assurance maladie complémentaire (mutuelle) qui vous renseignera sur le montant de sa prise en charge, qui varie selon les contrats.

À noter :

La différence entre le montant des honoraires payés et le montant remboursé par l'Assurance Maladie peut éventuellement être prise en charge par votre complémentaire santé (mutuelle) si le contrat que vous avez souscrit le prévoit. Renseignez-vous auprès d'elle.

LE REMBOURSEMENT DE VOS TRAITEMENTS D'ORTHODONTIE

Les traitements d'orthodontie ou traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont pris en charge par l'Assurance Maladie sous réserve d'obtenir l'accord préalable de votre caisse d'Assurance Maladie et s'ils sont commencés avant le 16e anniversaire.

À titre exceptionnel, les enfants de plus de 16 ans peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance Maladie pour un semestre de traitement préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires. Ce semestre n'est pas renouvelable.

La demande d'accord préalable

Complétez avec votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste une demande d'entente préalable ([formulaire S 3150](#) (PDF, 106.31 Ko) ou [S 3155](#) (PDF, 105.96 Ko)).

Adressez-la ensuite au chirurgien-dentiste conseil de votre caisse d'Assurance Maladie.

En cas de refus, votre caisse d'Assurance Maladie vous adresse, sous 15 jours, une notification indiquant les motifs du refus médical ou administratif.

Au-delà de ce délai de 15 jours, si vous ne recevez pas de réponse de votre caisse d'Assurance Maladie, considérez que votre demande a été acceptée.

Attention : l'accord de votre caisse d'Assurance Maladie est valable **6 mois**. Vous devez donc débuter les soins dans les 6 mois qui suivent cet accord. Au-delà, les frais ne seront pas pris en charge.

Tarifs et remboursement des traitements d'orthodontie

Les traitements d'orthodontie sont remboursés à 70 % (actes inférieurs à 120 euros) ou à 100 % (actes supérieurs à 120 euros) sur la base de tarifs dits « de responsabilité », très souvent inférieurs à leur coût réel. En effet, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des traitements d'orthodontie est libre.

À noter cependant que le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous en informer préalablement au moyen d'un devis écrit.

Tarifs et remboursements des traitements d'orthodontie

Traitement d'orthodontie	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé (1)
Traitement par semestre (6 semestres maximum)	Honoraires libres	193,50 €	100 %	193,50 €
Séance de surveillance (2 séances maximum par semestre)	Honoraires libres	10,75 €	70 %	7,53 €
Contention 1 ^{re} année	Honoraires libres	161,25 €	100 %	161,25 €
Contention 2 ^e année	Honoraires libres	107,50 €	70 %	75,25 €

(1) Le montant remboursé ne tient pas compte de la participation forfaitaire de 1 € éventuellement retenue si le traitement est réalisé par un médecin stomatologiste.

Pour rappel, la participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas aux consultations, actes et soins réalisés par un chirurgien-dentiste.

Un devis écrit et détaillé

Contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des traitements d'orthodontie est libre. Cependant, votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous en informer au préalable au moyen d'un devis que vous signerez, éventuellement, pour acceptation.

Ce devis doit être établi par écrit et comporter notamment :

- la description précise et détaillée du traitement proposé et/ou des matériaux utilisés ;
- le montant des honoraires correspondant au traitement ;
- le montant remboursé par l'Assurance Maladie ;
- les éventuels suppléments.

À noter :

La différence entre le montant des honoraires payés et le montant remboursé par l'Assurance Maladie peut éventuellement être prise en charge par votre complémentaire santé si le contrat que vous avez souscrit le prévoit. Renseignez-vous auprès d'elle.

PRISE EN CHARGE DES AGÉNÉSIES DENTAIRES MULTIPLES CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE

La pose d'implants prothétiques chez les enfants de plus de 6 ans et jusqu'à la fin de la croissance, présentant des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, est prise en charge par l'Assurance Maladie depuis le 28 juin 2007. Cette prise en charge a été étendue à l'adulte le 9 janvier 2012.

Le protocole de soins

La demande de prise en charge de ces traitements, dans le cadre d'une affection de longue durée, doit être faite par un médecin dans les conditions habituelles, c'est-à-dire au moyen du protocole de soins. La rédaction du protocole de soins pourra être assurée par le médecin traitant.

Une coordination avec un chirurgien-dentiste ou un stomatologiste

Compte tenu de la complexité des informations permettant d'apprécier l'état bucco-dentaire pour ce type de traitements, le protocole de soins devra être accompagné d'un document d'aide au remplissage.

Ce document d'aide devra être impérativement complété soit par le chirurgien-dentiste ou le stomatologiste que vous aurez choisi, soit par votre médecin en fonction des éléments qui lui seront communiqués par le praticien compétent.

Il devra comporter tous les éléments relatifs au diagnostic de la maladie ainsi qu'au projet thérapeutique envisagé. Une radio panoramique devra être jointe au dossier de demande.

Si le patient est un jeune homme âgé d'au moins 17 ans ou une jeune fille âgée d'au moins 14 ans, une radio de la main et du poignet devra également être jointe pour l'apprécier l'âge osseux.

L'avis du service médical de votre caisse d'Assurance Maladie

Le médecin qui rédige le protocole de soins adresse au service médical de votre caisse d'Assurance Maladie le dossier complet de demande de prise en charge (protocole de soins, aide au remplissage, cliché panoramique et, si l'âge du patient le nécessite, la radio de la main et du poignet).

Les services administratifs de votre caisse d'Assurance Maladie vous notifieront la décision prise par le médecin conseil.

En cas d'avis favorable, le volet 3 du protocole de soins, mentionnant l'accord de prise en charge, vous sera remis. Vous pourrez alors vous rendre chez le praticien que vous avez choisi pour la réalisation du traitement implantaire.

En cas de non acceptation du protocole de soins ou de refus de prise en charge des actes et traitements à réaliser dans le cadre des agénésies, les voies de recours dont vous disposez seront indiquées sur la notification de décision : médicale (recours à l'expertise) ou administrative (Commission de recours amiable puis Tribunal des affaires de sécurité sociale). Elles vous permettent, en cas de désaccord, de contester la décision de refus.

Pour plus de détails, vous pouvez consulter la [décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie \(Uncam\) du 3 avril 2007](#) (PDF, 119.09 Ko) (Journal officiel du 27 juin 2007) et la [décision de l'Uncam du 28 septembre 2011](#) (PDF, 333.62 Ko) (Journal officiel du 10 décembre 2011).

Documents utiles

« Décision du 28 septembre 2011 de l'Uncam relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie »
Texte officiel - PDF, 333.62 Ko

« Décision du 3 avril 2007 de l'Uncam relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie »
Texte officiel - PDF, 119.09 Ko

Lire aussi

Les affections de longue durée (ALD)

Cet article vous a-t-il été utile ?

OUI

NON