

# Fiche complémentaire- dentaires - garanties du contrat de complémentaire santé

Allez chez le dentiste n'est jamais une partie de plaisir, surtout lorsqu'arrive la facture. Pourtant, il est possible d'être mieux couvert en optant pour une mutuelle dentaire adaptée. Selon les garanties choisies, elle vous permet en effet de profiter de remboursements performants sur les soins dentaires et les prothèses, même lorsqu'ils ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale.

Comment vos frais dentaires sont-ils pris en charge ? Comment payer moins cher ?

La CFDT vous explique tout.

Les consultations chez un dentiste ou chez un stomatologue conventionné sont remboursées à hauteur de 60% par la Sécurité Sociale.

Pour une consultation facturée 23€, le reste à charge sera de 9,20€ après prise en charge de la Sécurité Sociale.

Les consultations chez un médecin stomatologue de secteur 1 sont quant à elles facturées 31,50€, soit un reste à charge de 12,60€, en prenant en compte la participation forfaitaire de 2€.

Concernant la pose de couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires, pour un devis estimé à 538,70€ pour une couronne, la Sécurité sociale prendra en charge un montant total de 72€. Le reste à charge variera ensuite selon le niveau de garantie de votre contrat de complémentaire santé (dentaire).

Le ticket modérateur des soins dentaires est obligatoirement pris en charge.

Certaines prothèses, comme, les couronnes métalliques sont prises en charge jusqu'à **290 €**, les couronnes céramiques jusqu'à **500 €**, les bridges céramiques jusqu'à **1465 €** ou un dentier complet jusqu'à **1100 €**.

## Formulation des garanties

Le montant remboursé par votre complémentaire santé peut être indiqué en pourcentage de la base de remboursement ou en euros.

Ainsi, une garantie à hauteur de **150 %** du tarif conventionnel (Assurance maladie incluse) signifie que votre remboursement total (Assurance maladie + complémentaire santé) peut atteindre **50 %** de plus que le tarif conventionnel de l'Assurance maladie.

Une prestation à hauteur de **200 €** signifie que votre complémentaire santé vous rembourse au maximum **200 €** en plus du montant éventuellement remboursé par l'Assurance maladie.

Vous pouvez consulter des exemples de calcul de remboursement dans la [brochure de l'Unocam](#).

### **À savoir**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les contrats responsables prévoient l'acceptation par les complémentaires de la pratique du [tiers payant](#) (dispense d'avance de frais) sur les équipements et les soins du panier **100 % santé** (optique, dentaire et audiologie).

### **Remboursement de l'orthodontie**

L'orthodontie n'est remboursée par la sécurité sociale que pour les enfants dont la demande d'entente préalable a été transmise avant le 16ème anniversaire.

- La demande d'accord est à renouveler tous les 6 mois.
- La durée des soins d'orthodontie est de 3 ans en moyenne.
- Le cout moyen pour un semestre est d'environ 450 € mais varie considérablement d'une ville ou d'une région à une autre.
- La base de remboursement de la sécurité sociale est de 193,50 €

En cas de difficulté financière, ou pour la prise de reste à charge ou de dépassement d'honoraires, vous pouvez solliciter le fonds social de votre assureur ou le haut degré de solidarité de votre branche s'il existe (renvoyer sur fiche HDS)