



ASSEMBLÉE NATIONALE

11ème législature

affiliation

Question écrite n° 45418

Texte de la question

M. Michel Destot attire l'attention de Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité sur certaines difficultés qui apparaissent avec la mise en place de la couverture maladie universelle, en particulier pour le secteur dentaire. Il semble en effet que les personnes relevant de la CMU sont de plus en plus nombreuses à se voir refuser des soins par les cabinets dentaires privés qui les suivaient jusqu'ici. Les dentistes ne s'estiment pas suffisamment informés sur les sommes qu'ils peuvent engager pour assurer les soins de leurs patients bénéficiaires de la CMU. Ils craignent, ainsi, pour certains travaux importants et notamment les prothèses, de ne pas être remboursés de l'ensemble des frais qu'ils avancent et s'inquiètent également des délais de remboursement qui seraient particulièrement longs. Dans ces conditions, et plutôt que de prendre le risque de travailler à perte, les cabinets dentaires privés sont de plus en plus nombreux à orienter leurs patients bénéficiaires de la CMU vers les cabinets dentaires mutualistes. Une telle situation n'est évidemment pas satisfaisante pour les cabinets mutualistes qui, par éthique, ne refusent aucun patient. En outre, elle risque d'aboutir à la mise en place d'un système à deux vitesses de soins dentaires. Il lui demande donc de préciser si, d'une part, des garanties en termes de délais et de niveau de remboursement peuvent être apportées aux cabinets dentaires et, d'autre part, si la loi prévoit des dispositions contraignantes pour éviter toute discrimination à l'encontre des personnes couvertes par la CMU.

Texte de la réponse

En instituant la couverture maladie universelle, le législateur a entendu, au titre de la solidarité nationale, faire bénéficier les personnes les plus défavorisées d'une couverture santé complémentaire gratuite s'ajoutant à la prise en charge des soins par la sécurité sociale. La CMU complémentaire lève d'importantes barrières financières qui faisaient obstacle à l'accès aux soins, et ce à terme pour environ six millions de personnes sur l'ensemble du territoire national. A cet égard, la prise en charge des frais de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale dans les conditions prévues par l'arrêté du 31 décembre 1999 constitue une amélioration très significative de la couverture maladie pour l'ensemble de la population concernée en même temps qu'une solvabilisation de la demande de soins en la matière. En effet, cet arrêté ne se borne pas à fixer les montants maximum remboursables par la CMU complémentaire en sus des tarifs de remboursement : lorsqu'il y a dépassement, il fixe le montant maximum de ce dépassement, lequel est toujours égal au montant maximum pris en charge en sus du tarif. S'agissant de soins prothétiques inscrits à la nomenclature, et sous réserve de l'application de la règle du plafond, il n'y a donc pas de reste à la charge du bénéficiaire de la complémentaire CMU. En ce qui concerne la règle du plafonnement, l'arrêté fixe à 2 600 francs par période de deux ans le plafond de prise en charge, par la CMU complémentaire, des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques. Mais ce plafond n'est applicable ni aux frais afférents aux prothèses dentaires amovibles de dix dents ou plus, ni aux traitements d'orthopédie dento-faciale, ni en cas d'impérieuse nécessité médicale constatée par le service de contrôle médical. Compte tenu de ces aménagements, l'application de la règle du plafonnement ne constitue pas une restriction de l'accès aux soins dentaires, laquelle aurait été contraire à l'évidence aux intentions du Gouvernement comme du législateur. Par ailleurs, il est

précisé que l'ensemble des prix et des montants maximum de dépassements d'honoraires fixés par cet arrêté ont été établis après enquêtes sur les prix effectivement pratiqués sur l'ensemble du territoire, enquêtes menées notamment par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Ces prix et limites de dépassements ont, par ailleurs, fait l'objet de négociations avec les organisations représentatives des organismes d'assurances complémentaire maladie - mutuelles, assureurs et institutions de prévoyance - qui participent au financement de la CMU complémentaire. Au demeurant, les refus de soins opposés par certains chirurgiens-dentistes à des bénéficiaires de la CMU complémentaire apparaissent contraires aux dispositions de leur code de déontologie ainsi qu'à celles du code de la consommation qui prohibent les refus de prestations de service. La mise en oeuvre de la CMU fait l'objet de bilans réguliers. Si les évaluations qui sont en cours en montrent la nécessité, les dispositions de l'arrêté du 31 décembre 1999 seront réexaminées dans l'objectif d'une meilleure prise en charge des bénéficiaires.

Données clés

Auteur : [M. Michel Destot](#)

Circonscription : Isère (3^e circonscription) - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 45418

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : emploi et solidarité

Ministère attributaire : emploi et solidarité

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 24 avril 2000, page 2548

Réponse publiée le : 28 mai 2001, page 3107