ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais dentaires

Question écrite n° 83593

Texte de la question

M. Jacques Remiller appelle l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur les problèmes rencontrés par les assurés sociaux lorsqu'ils font procéder, par un chirurgien-dentiste, à un détartrage dentaire, soin pourtant jugé indispensable pour une bonne hygiène bucco-dentaire et afin de prévenir les gingivites. Il apparaît cependant que des chirurgiens-dentistes facturent cet acte à des sommes plus élevées que celles prévues par la nomenclature établie par l'assurance maladie et remettent aux assurés, sur papier libre, une note d'honoraires faisant apparaître des honoraires « hors nomenclature » pour compléter la différence avec le barème officiel. Pour ce faire, ils se basent sur la convention nationale des chirurgiens dentistes, approuvé par l'arrêté du 14 juin 2006, alors qu'avant l'adoption de cette convention, le complément facturé au patient était considéré comme un dépassement d'honoraire. Si cette nouvelle indication n'entraîne pas de modification du remboursement par l'assurance maladie, elle entraîne cependant une perte importante pour les personnes disposant d'une assurance complémentaire et notamment d'une mutuelle. Alors que cette dernière peut prendre en charge, en fonction du contrat, les dépassements d'honoraires dans certaines limites, elle ne prend pas en charge des soins hors nomenclature non remboursables. Les soins bucco-dentaires étant considérés comme essentiels pour la bonne santé des patients, il lui demande les mesures qu'elle entend prendre afin que les dépassements d'honoraires soient indiqués comme tels sur les feuilles de soin afin qu'ils puissent être pris en charge par les assurances complémentaires.

Texte de la réponse

Des mesures récentes ont d'ores et déjà contribué à améliorer la transparence tarifaire, lesquelles ne sont d'ailleurs pas toutes spécifiques au secteur dentaire. Tout d'abord, l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 instaure une information écrite préalable, dès lors que le professionnel de santé facture un dépassement. Cette information porte sur le tarif des actes effectués, la nature et le montant du dépassement facturé et est obligatoirement délivrée quand le montant des honoraires demandés, dépassements inclus, sont supérieurs à 70 euros, et pour l'acte lorsque le professionnel prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation extérieure. Ce dispositif concerne principalement les médecins libéraux de secteur 2 et les chirurgiens-dentistes qui sont autorisés dans certains cas à pratiquer des honoraires libres. Par ailleurs, le renforcement de l'obligation d'affichage de leurs tarifs : alors qu'auparavant cette obligation existait concrètement pour les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes, la loi de financement de la sécurité sociale 2008 et le décret du 10 février 2009 imposent à chaque professionnel de santé d'afficher, dans la salle d'attente ou dans son lieu d'exercice, le tarif des actes ou prestations les plus couramment effectués, ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie. Cette information assure aux patients une meilleure visibilité sur ce qui leur reste à charge, avant prise en charge par l'assurance complémentaire. Enfin, s'agissant plus particulièrement des chirurgiens-dentistes, il existe depuis de très nombreuses années une obligation de remettre un devis avant la réalisation d'un traitement prothétique. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires puis la loi modifiant certaines dispositions de la loi HPST du 10 août 2011 sont venues compléter les mentions de ce devis « lorsque l'acte inclut la

fourniture d'un dispositif médical sur mesure, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareil proposé et le montant des prestations de soins assurées par le praticien, ainsi que le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, (...), le montant du dépassement facturé. Le professionnel de santé remet au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés. L'information écrite mentionne le ou les lieux de fabrication du dispositif médical ». Enfin, s'agissant de la fixation de plafonds, des mesures spécifiques ont été prises pour favoriser un meilleur accès aux soins prothétiques des bénéficiaires de la CMUc. En effet, si les soins conservateurs sont pris en charge dans la limite des tarifs imposés à tous les assurés, pour ces publics, les soins réparateurs font l'objet d'un prix maximum, alors que les tarifs sont libres pour les assurés de droit commun. Il s'agit notamment des prothèses dentaires adjointes, des prothèses dentaires conjointes (couronnes) et de l'orthopédie dento-faciale.

Données clés

Auteur : M. Jacques Remiller
Circonscription : Isère (8e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 83593
Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations
Ministère interrogé : Santé et sports
Ministère attributaire : Travail, emploi et santé

Date(s) clée(s)

Question publiée le : 13 juillet 2010, page 7800
Réponse publiée le : 20 décembre 2011, page 13399