

Les mutuelles

Fonctionnement des mutuelles :

Les soins :



Dans le cadre d'un cabinet conventionné, pour les soins « conventionnels », la sécurité sociale vous rembourse 70% des dépenses engagées et la mutuelle vous rembourse les 30% restant. Vous êtes donc intégralement remboursé.

Pour certains soins (soins de gencive, implants...), la sécurité sociale s'est désengagée dans leur prise en charge : ils sont donc « Non Remboursés » (anciennement appelés soins « Hors Nomenclature »). La sécurité sociale ne vous remboursera donc rien et il revient à votre mutuelle de les prendre en charge sur la base de forfaits annuels.

Les prothèses :

Pour les prothèses dentaires les remboursements se feront en référence à une « base de remboursement » :

- La sécurité sociale vous remboursera 70% de cette base de remboursement.
- La mutuelle vous remboursera un % (toujours sur cette base) définit dans son contrat. Plus ce % est important, plus le remboursement de la mutuelle sera important (et sa cotisation aussi !)



Exemple pour une couronne :

Base de remboursement (BR) est de 107,5€.

La sécu vous rembourse 70% du BR soit $0,7 \times 107,5 = 75,25€$

Avec une mutuelle à 200% du BR, elle vous rembourse $2 \times 107,5 = 215€$

Vous êtes donc remboursé en tout de $215 + 75,25$ soit 290,25€

Les points à vérifier dans le choix de votre mutuelle :



- **Le %** de remboursement
- **Carence** : Il s'agit de la période durant laquelle certaines prestations ne sont pas prises en charges par la mutuelle.
- **Plafond** : il s'agit du montant maximum que votre mutuelle alloue à vos remboursements dentaires. En règle générale, le plafond dentaire n'inclut pas les soins mais uniquement la prothèse.
- **Forfait** : il existe des forfaits pour le remboursement de certains actes non remboursés par la sécurité sociale tel que les implants, les soins des gencives.....