



LES PRESTATIONS DENTA & OPTIPLUS



RISQUE DENTAIRE

L'intervention de la CMCM se limite en principe aux prestations pour soins de médecine dentaire prévues aux tarifs officiels.

La CMCM participe jusqu'à concurrence de 75 % du découvert restant à charge de l'affilié après participation de l'assurance maladie et du RÉGIME COMMUN de la CMCM aux prestations suivantes :

SOINS DENTAIRES ET TRAITEMENT PARODONTAL

SOINS DENTAIRES

Prise en charge des prestations de soins dentaires jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 600 € par personne protégée sans dépasser les plafonds par acte ci-dessous :

DS5	Attelle métallique dans la parodontose ou la fracture des procès alvéolaires	50 €
DS6	Prothèse attelle de contention ou gouttière occlusale	50 €
DS18	Reconstitution large d'une dent sur pivot	30 €
DS19	Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin	30 €
DS33	Aurification	30 €
DS34	Inlay, une face	50 €
DS35	Inlay portant sur deux faces d'une dent	150 €
DS36	Inlay portant sur trois faces ou onlay, par dent	150 €

La CMCM participe aux frais pour :

- obturation en composite jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 40 € par année de calendrier, avec un forfait maximal de 8 € par dent ;
- traitement de pulpectomie jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 20 € par année de calendrier.

TRAITEMENT PARODONTAL

Prise en charge des prestations de traitement parodontal jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 200 € par personne protégée.

N.B. : Les prestations pour traitement parodontal cumulées avec celles pour soins dentaires ne peuvent dépasser le plafond annuel de 600 €.



ORTHODONTIE

Prise en charge des prestations d'orthodontie reprises ci-après jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 350 € par enfant.

- DT10 Moulages d'orthodontie fournis à la caisse
- DT11 Examen de la position des dents avec moulages
- DT21 Traitement de la malposition des dents par appareils divers, avant le début du traitement actif
- DT22 Traitement de la malposition des dents par plan incliné concernant plus de deux dents, avant le début du traitement actif
- DT23 Réduction de l'espace interdentaire par ligature ou par traction
- DT31 Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil
- DT32 Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période
- DT33 Traitement orthodontique, par appareil mobile, deuxième période de 9 mois à la fin de cette période
- DT34 Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21^e mois du traitement
- DT35 Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27^e mois du traitement
- DT36 Traitement orthodontique, par appareil mobile, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17 ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle

- DT46 Traitement orthodontique, par appareil fixe, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17 ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle
- DT61 Contention d'un groupe de dents à hémiarcade après traitement orthodontique
- DT62 Contention d'une arcade complète après traitement orthodontique

Prise en charge des prestations reprises ci-après jusqu'à concurrence d'un plafond maximal de 250 € par acte.

- DT41 Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil
- DT42 Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période
- DT43 Traitement orthodontique, par appareil fixe, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période
- DT44 Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21^e mois du traitement
- DT45 Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27^e mois du traitement

Par dérogation à l'article 7 point 1, la CMCM accorde une participation unique de 350 € par personne protégée aux traitements d'orthodontie débutant après l'âge de 17 ans.

Exemple :

	CODE ACTE	MONTANT FACTURÉ	REMBOURSEMENT		
			Caisse de maladie	Régime commun 	Denta & Optiplus 
1 ^{er} enfant	DT41	900,00 €	418,10 €	83,62 €	250,00 €
	DT42	950,00 €	417,80 €	83,56 €	250,00 €
2 ^{ème} enfant	DT43	1000,00 €	525,30 €	105,06 €	250,00 €
	DT44	950,00 €	473,40 €	94,68 €	250,00 €
TOTAL		3800,00 €	1834,60 €	366,92 €	1000,00 €

**Remboursement total de la CMCM
(RÉGIME COMMUN + DENTA & OPTIPLUS):**

366,92 € + 1000,00 € = 1366,92 €

PROTHÈSES DENTAIRES ET IMPLANTS DENTAIRES

Prise en charge des prestations pour prothèses dentaires jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 2.500 € par personne protégée, sans cependant dépasser un montant de 3.500 € par période de 2 années de calendrier consécutives sous réserve de l'application des plafonds par acte ci-dessous :

PROTHÈSES DENTAIRES CONJOINTES

Couronne, Dent à pivot, Élément de bridge, Couronne télescopique	400 €
Inlay, Reconstitution sur inlay-pivot, Charnière	150 €

PROTHÈSES DENTAIRES ADJOINTES

Base squelettique en métal	400 €
Plaque base en résine, renforcée ou coulée	150 €
Crochet, Attachement	100 €

AUTRES PRESTATIONS

Plafond maximal par acte	80 €
--------------------------	------

En cas de refus par l'assurance maladie, le remboursement pour les positions ci-dessus est limité à 80 % des plafonds par acte.

IMPLANTS DENTAIRES

Prise en charge des prestations pour implants dentaires à hauteur d'un montant maximal de 350 € par implant jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 1.400 € par personne protégée.

AIDES VISUELLES ET CHIRURGIE RÉFRACTIVE

La CMCM participe jusqu'à concurrence de 80 % du découvert restant à charge de l'affilié après participation de l'assurance maladie et du RÉGIME COMMUN de la CMCM aux prestations suivantes :

LUNETTES

VERRES CORRECTEURS

Participation aux frais pour verres correcteurs jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 100 € par personne protégée.

MONTURES

Participation aux frais pour montures jusqu'à concurrence de 30 € par année calendrier.

LENTILLES

Participation aux frais pour lentilles jusqu'à concurrence d'un plafond annuel maximal de 100 € par personne protégée.

CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Participation au découvert des frais médicaux pour traitement de chirurgie réfractive à raison d'un montant maximal de 500 € par œil.

Exemple :

	CODE ACTE	MONTANT FACTURÉ	REMBOURSEMENT		
			Caisse de maladie	Régime commun	Denta & Optiplus
					
Implants	2	1.900,00 €	-	240,00 €	700,00 €

**Remboursement total de la CMCM
(RÉGIME COMMUN + DENTA & OPTIPLUS):**

240,00 € + 700,00 € = 940,00 €

N.B. : Les prestations pour implants dentaires cumulées avec celles pour prothèses dentaires ne peuvent dépasser le plafond annuel de 2.500 € respectivement le plafond de 3.500 € sur 2 années consécutives.