

Mutuelles et assurances

Pour s'y retrouver dans les interventions de la mutuelle

Participation légale standard (T.O.R. = Traitement Orthodontique Régulier) :

Age : La participation légale, de base, est identique pour toutes les mutuelles. Elle se décide au niveau national et dépend de l'INAMI. Elle est conditionnée par l'âge de la demande, qui doit être inférieur à 15 ans, **le jour où le formulaire arrive à la mutuelle.**

Montants : ils sont forfaitaires, sans aucun lien avec les actes et appareils orthodontiques, ni avec les honoraires.

Codification : on distingue 3 types de codes, avec leurs règles propres, à respecter impérativement.

Aperçu de la codification

Première famille : actes préalables au traitement.

Avis avec rapport (305830) : avant traitement, pour un rapport au dentiste traitant.

Examen complet et planning (305550+305572) : avant traitement, pour ouvrir un dossier.

Seconde famille : traitement ACTIF. (6 mois MAXIMUM entre 2 actes, sinon plus d'intervention mutuelle)

Première attestation : (au début du traitement)

Premier forfait d'appareillage (code 305631) + premier suivi (305616)

Seconde attestation : (toujours attestée après 6 visites)

Six séances de suivi (6 codes 305616)

+ Second forfait d'appareillage (code 305675)

Attestations suivantes : (toutes les 6 visites, et partiellement en fin de suivi)

Six séances de suivi (6 codes 305616)

Troisième famille : traitement PASSIF. (Valable jusqu'à 22 ans, pas de délai maximum entre 2 codes)

(305852) Soit entre 2 phases de traitement actif, pour la surveillance,

soit après la fin du traitement actif, pour s'assurer du maintien du résultat.

L'orthodontiste seul peut signaler à la mutuelle par un code une interruption volontaire (305653).

L'INAMI ne tolère aucune autre interruption, et sanctionne sinon le patient par l'arrêt définitif de toute intervention !

Participation légale spéciale en cas de besoin de traitement précoce (T.O.P.I.) :

Règles : Cette intervention spéciale est réservée à des traitements dits de « première intention », devant être terminés pour l'âge de 9 ans et rentrant dans des critères médicaux spécifiques. Si le patient y a droit cette intervention s'ajoute aux autres, mais un délai de 12 mois doit séparer le début du traitement précoce du début de l'intervention standard. Les remboursements se font au moyen de 2 codes (305933 et 305955) donnant droit à 2 forfaits, en tout début et en toute fin de traitement précoce.

Participation extra-légale :

Complément : Cette intervention extra-légale est liée au type de mutuelle (neutre, libre, socialiste, catholique, ...), et également à sa localisation car elle provient de leur caisse interne.

Elle doit être considérée comme une simple assurance privée. Cela n'implique NI l'INAMI, NI le praticien.

Chaque mutuelle a ses propres règles (forfaits, calcul IOTN, ...). Le complément est souvent variable en fonction de la gravité VISUELLE du cas de chaque patient en particulier, et peut atteindre plus de 1000 Euros par an.

Précisions utiles :

Changements : Il est possible de changer à tout moment de praticien ou de mutuelle.

Convention : Il est important de rappeler que **la convention ne s'applique jamais aux codes d'orthodontie.**

(Réponse parlementaire du Ministre Busquin).

En effet, comment expliquer sinon le remboursement « complémentaire » ? La mutuelle comme sponsor ?

Si un praticien se déclare « conventionné », cela concerne donc les autres codes de sa pratique ...

Il ne s'agit dans ce cas PAS d'un spécialiste qualifié reconnu en orthodontiste, car pour disposer de ce titre nous renonçons officiellement auprès du ministère à pratiquer les soins dentaires ... Question de qualification.

Se méfier, oui... mais pas des « méchants non-conventionnés » !

Paiement à la carte

Comment aborder le budget orthodontique avec sérénité.

Le problème du budget à définir et gérer :

Que vous puissiez bénéficier d'un remboursement selon une législation hélas dépassée tant au niveau des montants que du moment des interventions de l'INAMI, ou que vous ne remplissiez pas les conditions (plus de 15 ans, second traitement, ...), disposer d'un budget clair et complet (minimum et variations possibles) est un besoin trop rarement satisfait.

Même si les mutuelles et autres assurances ont depuis des années mis en place des compléments d'intervention de niveaux et modalités variables (en fonction de leurs richesses propres ; il y a donc des différences énormes entre mutuelles), cela ne couvre hélas pas le budget et reste décalé dans le temps. Se voir proposer des formules claires et souples pour pouvoir gérer sereinement son budget est dès lors le souhait naturel de tous les parents et patients.

Notre engagement pour nos patients : la Qualité sans compromis.

Prévision des ressources nécessaires en temps et matériel + couverture étendue :

Avec l'expérience il est possible d'évaluer les besoins pour traiter au mieux chaque patient, et maintenir le résultat.

En cas de grande incertitude thérapeutique, le doute concernera seulement un complément d'appareillage le plus souvent prévisible, et éventuellement un complément de durée, en fonction de la croissance, de la réponse biologique individuelle, et surtout de la collaboration effective du patient (et des priorités des parents).

Nous calculons systématiquement le budget personnalisé correspondant à la ressource minimale pour votre traitement, et nous l'assortissons d'une couverture pour une durée classique pour ce traitement, donc à priori trop longue si tout se passe comme prévu compte tenu des technologies employées et de notre expérience.

S'il est possible de délivrer le même travail pour le même résultat en moins de temps, le budget restera inchangé même si la valeur relative du traitement est augmentée par la vitesse.

En cas de dépassement du temps minimal ou d'emploi d'options, il ne reste à régler en plus du forfait calculé que les suppléments effectivement employés et/ou des honoraires de suivi mensuel qui commencent après l'étalement.

Votre budget ne peut en aucun cas « dérapier », les variations éventuelles sont minimales et connues d'avance.

Option 1 : paiement à l'acte (en espèces – carte de banque - carte de crédit)

Vous souhaitez simplement respecter le devis et vous réglez tout dès le début :

L'acompte en cas de commande d'appareillage, puis le solde du forfait de traitement lors de la pose.

Option 2 : crédit gratuit par paiement étalé

Votre estimation financière comporte un encart qui vous propose si possible plusieurs modalités d'acomptes associés à des mensualités calculées sur base de la ressource minimale de traitement.

L'acompte choisi doit être réglé AVANT la pose de l'appareillage ou la prise de scan optique en cas de commande.

Les échéances mensuelles qui suivent seront prélevées automatiquement sur votre compte après signature d'un mandat de domiciliation et acceptation de votre banque le 15 de chaque mois.

Il n'est en aucun cas possible de régler les mensualités autrement que de cette manière.

En cas de non-respect de cette règle, le patient s'expose à la réclamation de l'entièreté du solde du planning financier.

Le confort de l'absence d'argent

Débarassés de tout souci financier, il sera d'autant plus agréable et facile de se consacrer pleinement au traitement proprement dit.

Plus de souci non plus en cas de jeune patient venant seul ou avec une tierce personne.

Notre informatique se charge de suivre l'intervention mutuelle à tout moment.

Notre conception du service au niveau du planning financier ?

La clarté d'un montant connu d'avance, accessible à chacun selon son rythme et les avantages choisis, sans contraintes à répétition ni surprise désagréable.