

# Prestations des caisses maladie dans les cas de malpositions dentaires et maxillaires

Mots clés: Caisses maladie, assurance complémentaire, prestations, orthopédie dento-faciale, appareils orthodontiques

**AUTEUR:**  
ANDREAS M. GALLI

**CO-AUTEUR:**  
FELIX A. ROHRER

Cabinet d'orthodontie Stadelhofen  
8001 Zurich

#### Correspondance

D<sup>r</sup> méd. dent. Andreas Galli  
Vorderberg 5, CH-8044 Zurich  
Tél. 044 261 55 57  
Fax 044 251 45 57  
E-mail: andreasgalli@hotmail.com



Image en haut: bénance antérieure

**Résumé** Etant donné la multitude d'assurances complémentaires proposées en Suisse par les caisses maladie pour le traitement des malpositions dentaires et maxillaires, ce sont les prestations de vingt-quatre caisses maladies qui ont été examinées à partir de l'exemple d'un assuré de la ville de Zurich, ceci dans le but de permettre au médecin dentiste ou à l'orthodontiste de mieux informer leurs patient-e-s et de leur faciliter le choix d'une caisse maladie qui leur convienne. Cette étude a montré qu'il existe pour les enfants des variantes d'assurance qui répondent aux besoins et aux possibilités financières de chacun. Les enfants peuvent fréquemment bénéficier de rabais de primes lorsque leur assurance complémentaire est conclue auprès de la caisse maladie de leurs parents. On constate de grandes disparités dans les prestations offertes par les différentes variantes d'assurance proposées.

La prise en charge des coûts est calculée en se fondant sur une valeur de point tarifaire de CHF 3.10 pour 38,8% des assurances complémentaires possibles, et pour 61,2% sur le tarif patient privé.

Pour les assurances complémentaires qui n'admettent que la valeur du point tarifaire à

CHF 3.10 de la CNA (*SUVA* en allemand) pour un pourcentage de prise en charge des coûts allant de 50% à 80%, ce ne sont en moyenne que 54,1% du montant des honoraires qui sont effectivement pris en charge.

A l'exception de sept assurances complémentaires, il y a toujours une limite de prise en charge, limite annuelle ou globale.

La limite supérieure d'âge pour une participation à un traitement d'orthopédie dento-faciale se situe le plus souvent entre dix-huit et vingt-cinq ans. Quelques assurances n'ont pas de limite d'âge. La conclusion d'une nouvelle assurance est généralement refusée lorsqu'un traitement d'orthopédie dento-faciale est prévisible.

Le cas échéant, les délais de carence se situent habituellement entre six et dix-huit mois, mais ils ne sont pas prévus par toutes les assurances.

Les primes mensuelles pour un assuré de la ville de Zurich se situent, en fonction du schéma d'assurance choisi, entre CHF 0.– et CHF 64.40 pour les assurés jusqu'à leur dix-huitième année. Pour les adultes au-delà de dix-huit ans, la prime évolue entre CHF 8.– et CHF 121.50 par mois.

## Introduction

En Suisse, les corrections des malpositions dentaires et maxillaires se voient accorder une très grande importance. Le désir d'avoir une dentition esthétiquement irréprochable et fonctionnellement impeccable est dans l'esprit du temps. Les avantages sont évidents. Ils permettent en effet de bénéficier d'une acceptation sociale accrue grâce à une apparence dentaire améliorée.

L'assurance maladie de base ne prend en charge aucune correction des malpositions. La seule exception, ce sont les thérapies des affections énumérées dans les articles 17 et 19a de la LAMal.

## Matériel et méthodes

L'offre d'une assurance complémentaire pour les corrections des malpositions dentaires a été évaluée pour vingt-quatre caisses maladie suisses à l'aide du moteur de recherche proposé par Comparis. Contact a été pris avec les caisses maladie sélectionnées et les différents points examinés ci-après ont fait l'objet d'une demande d'offre pour un assuré de la ville de Zurich. Les indications rassemblées ont été comparées et complétées avec les conditions générales d'assurance pour les assurances complémentaires figurant sur les pages internet des différentes compagnies d'assurance. Toutes les indications ont été ensuite insérées dans un tableau Word et les différents paramètres d'évaluation ont été évalués au moyen d'Excel. Les filiales de certaines assurances (Helsana, Visana et Sanitas) qui proposent des assurances complémentaires identiques n'ont pas été incluses dans l'évaluation, afin de ne pas biaiser les résultats.

La synthèse sous forme de tableau contient les points suivants:

- Nom de la caisse maladie
- Nom de l'assurance complémentaire couvrant les frais des traitements ODF
- Pourcentage (%) de prise en charge des coûts par la caisse maladie
- Valeur déterminante du point tarifaire: CHF 3.10 (tarif CNA) ou montant des honoraires (tarif patients privés, tarif PP)
- Montant maximum: total CHF ou par an
- Limites d'âge
- Délais de carence
- Primes mensuelles en CHF (état: avril 2009)

## Résultats

De manière générale, il y a lieu de faire la distinction entre les preneurs d'assurance enfants et adultes. Les assurances des soins dentaires pour les adultes sont comparativement plus coûteuses et présentent, pour la prise en charge, certaines limitations telles que des délais de carence ou des montants maximums moins élevés. Le rapport prix/prestations, pour le preneur d'assurance, est dès lors peu intéressant en raison des coûts relativement élevés d'un traitement d'orthopédie dento-faciale au sens strict.

Pour les enfants, il existe différentes assurances complémentaires qui couvrent de manière différenciée les coûts des corrections des malpositions dentaires et maxillaires.

Le tableau révèle que les caisses maladie interrogées ne prennent *jamais* à leur charge la totalité des montants facturés, mais seulement un pourcentage de ceux-ci (**P**) se situant entre 30% et 90% (**P=0,3-0,9**). Il faut observer ici qu'il est possible que

l'on paie un pourcentage de montant absolu de la facture (**MF=PT×VPT**), tarif patient privé, ou bien un montant calculé par les caisses maladie en appliquant la valeur du point tarifaire de la CNA (CHF 3.10), dans l'éventualité où le médecin dentiste aurait appliqué une valeur supérieure à CHF 3.10. La différence éventuelle par rapport au montant de la facture est alors calculée. Cette franchise (F) augmente ainsi en termes de pourcentage à la charge du patient. La franchise effective est calculée selon la clé suivante:

**Montant de la facture (au tarif patient privé) créditée en pour-cent:**

$$F = (1-P) \times MF$$

(Franchise = franchise en pour-cent multipliée par le montant de la facture)

**Créditée sur la base du tarif CNA:**

$$F = MF - (MF \times 3.10 / VPT \times P)$$

(Franchise = Montant de la facture [tarif PP] – le produit du montant de la facture par le point tarifaire CNA et la prise en charge en pour-cent, divisé par le tarif patient privé)

## Evaluation des points examinés

**Prise en charge en pour-cent (%) par la caisse maladie:**

Pour les 33 assurances complémentaires qui ne remboursent qu'au tarif CNA de CHF 3.10, en partant par exemple d'une valeur du point tarifaire de CHF 4.– et d'une prise en charge entre 50% et 80%, ce ne sont en moyenne que 54,1% du montant de la facture qui sont assumés (étendue: 38,75% à 62% au lieu des 50% à 80% indiqués par les caisses maladie...).

**Valeur déterminante du point tarifaire: CHF 3.10 (tarif CNA) ou montant de la facture au tarif patient privé:**

La prise en charge se fait avec un point tarifaire à CHF 3.10 pour 33 assurances complémentaires, ce qui correspond aux 38,8% des 85 assurances complémentaires possibles.

Les 52 autres assurances complémentaires remboursent selon le tarif patient privé, ce qui correspond aux 61,2% des assurances complémentaires.

**Montant maximum en CHF au total ou par année:**

On rencontre fréquemment des clauses qui n'autorisent la prise en charge des coûts que jusqu'à un montant maximum par année et/ou un montant maximum total pour le traitement.

En moyenne de toutes les assurances complémentaires ayant une limite annuelle de participation aux frais, ce sont CHF



Occlusion croisée

Toutes les indications sont fournies sans garantie © Dr Andreas Gailli

Prestations des caisses maladie dans les cas de malpositions dentaires et maxillaires

Caisse maladie (CM)	Nom de l'assurance complémentaire	Participation de la CM en %	Point tarifaire déterminant	Participation en CHF/ an Montant maximum en CHF	Limite d'âge / Délai de carence	Prime d'assurance en CHF (Assuré en ville de Zurich)
Aerosana Membre du groupe Helsana Aquiliana	Voir Helsana	Voir Helsana	Voir Helsana	Voir Helsana	Voir Helsana	Voir Helsana
	Assurance des soins dentaires ZV ODF couverte que jusqu'à 25 ans Aucun certificat médical n'est demandé jusqu'à l'âge de 6 ans	Niveau ZV 1 : 30 % Niveau ZV 2 : 60 % Niveau ZV 1+2 : 90 %	Montant de la facture " "	Niveau ZV 1 : 1000.- / an Niveau ZV 2 : 2500.- / an Niveau ZV 1+2 : 3500.- / an	Pas de délai de carence jusqu'à 25 ans " "	Niveau 1 : 0-5 ans : 1.00 6-10 ans : 39.50 11-18 ans : 41.00 19-25 ans : 17.00 26-45 ans : 44.00 46-60 ans : 49.50 Ab 60 ans : 22.00 Niveau 2 : 0-5 ans : 31.00 6-10 ans : 39.50 11-18 ans : 41.00 19-25 ans : 17.00 26-45 ans : 44.00 46-60 ans : 49.50 Ab 61 ans : 53.50
Atupri	Denta (peut être conclue après 25 ans avec l'assurance Mivita. Jusqu'à 25 ans, les soins dentaires sont couverts par l'assurance Mivita) Niveau 1 : Mivita Reala Niveau 2 : Mivita Extensa	80 % 80 % 80 % 80 %	Montant de la facture " " "	Niveau 1 : max. 3000.- / an Niveau 2 : max. 5000.- / an Max. 3000.- / an Max. 5000.- / an	Traitement jusqu'à 30 ans Délai de carence 6 mois " Jusqu'à 25 ans Délai de carence 6 mois	Niveau 1 : 13.80 Niveau 2 : 21.- Reala : 0-12 ans : 8.30 13-18 ans : 14.60 19-25 ans : 25.70 Extensa : 0-12 ans : 13.- 13-18 ans : 21.80 19-25 ans : 35.80
Avanex Membre du groupe Helsana Concordia	Voir Helsana Diversa (ODF + Articulation temporo-maxillaire) Diversa plus (ODF + Chirurgie) Assurance des soins dentaires Z (Soins + ODF)	Voir Helsana 50 % 75 % Niveau 1 : 50 % Niveau 2 : 50 % Niveau 3 : 75 % Niveau 4 : 75 %	Voir Helsana CHF 3.10 CHF 3.10 Montant de la facture " "	Voir Helsana Pas de limite Pas de limite Niveau 1 : 500.- / an Niveau 2 : 1000.- / an Niveau 3 : 1500.- / an Niveau 4 : 2000.- / an	Voir Helsana Jusqu'à 22J Jusqu'à 22J Pas de limite d'âge Délai de carence 12 mois pour l'ODF	Voir Helsana Diversa : CHF 2.- pour les enfants jusqu'à 15ans, ensuite : jusqu'à CHF 6.- Diversa Plus : CHF 10.- à CHF 19.- Assurance des soins dentaires : Age 0-4 5-8 9-15 16-20 21-60 Niveau 1 : 2.- 8.30 16.00 21.60 Niveau 2 : 5.- 8.- 10.50 22.00 29.20 Niveau 3 : 8.- 12.- 14.90 30.30 43.50 Niveau 4 : 11.- 16.- 16.- 36.30 57.80
CSS	Assurance ambulatoire avec myFlex : Niveau Economy Niveau Balance Niveau Premium Assurance des soins dentaires* : Variante 1 Variante 2 Variante 3 Variante 4 Variante 5 Variante 6 * Certificat médical exigé dès l'âge de 3 ans, confirmant le bon état de la dentition	Non 50 % 50 % 50 % 75 % 75 % 75 % 75 % 50 %	Montant de la facture " " Montant de la facture " " "	Non max. 12000.- / an Pas de limite annuelle 500.- / an 750.- / an 1500.- / an 3000.- / an 5000.- / an (CHF 500 Franchise / année civile.) 1000.- / an	Ø Jusqu'à la fin de l'année civile du 20 <sup>ème</sup> anniversaire Délai de carence 6 mois " " " "	Varie en fonction de l'âge, du sexe et du niveau d'assurance Economy : CHF 3.40 - 16.80 Balance : CHF 5.80 - 28.80 Premium : CHF 13.00 - 64.40 Pas de limite d'âge à l'admission V1 V2 V3 V4 V5 V6 0-18 ans* 4.70 7.55 13.65 15.80 9.45 6.15 19-25 ans 12.80 20.40 37.10 42.90 25.60 16.60 26-30 ans 13.50 21.50 39.00 45.20 27.00 17.50 31-35 ans 19.50 31.20 56.60 65.50 39.10 25.40 36-40 ans 22.20 35.50 64.40 74.50 44.50 28.90 41-45 ans 24.30 38.70 70.20 81.30 48.50 31.50 46-50 ans 27.00 43.10 78.10 90.30 53.90 35.00 51-55 ans 29.60 47.40 85.90 99.30 59.30 38.50 56+ 31.00 49.50 89.80 103.80 62.00 40.30 * avec 50 % de rabais pour les familles Âge maximum d'admission : 60 ans
EGK	EGK-SUN-Basic A et l'un des parents avec la couverture correspondante EGK-SUN ou EGK-SUN assurance de base Assurance soins dentaires Dentaire plus (DP) : DP 1-3 : Prise en charge des frais de médecin dentiste, de laboratoire et de traitements ODF	60 % 75 % 75 %	Montant de la facture DP 1 : tarif officiel LAA (nomenclature et point tarifaire) DP 3 : tarif officiel LAA (nomenclature et point tarifaire)	max. 6000.- DP1 : 1000.- / an DP2 : 3000.- / an	Jusqu'à 18 ans révolus Délai de carence 3 ans Admission jusqu'à 60 ans Délai de carence 3-12 mois (12 mois pour ODF) Admission jusqu'à 60 ans Délai de carence 3-12 mois	La CM n'a voulu fournir aucune indication ! DP 1 : 0-5 ans : 4.30 6-10 ans : 12.- 11-15 ans : 20.- 16-20 ans : 22.- 21-25 ans : 22.- 26-30 ans : 27.- 31-35 ans : 32.- 36-40 ans : 36.- 41-45 ans : 40.- DP 2 : 0-5 ans : 5.80 6-10 ans : 17.- 11-15 ans : 27.- 16-20 ans : 28.- 21-25 ans : 28.- 26-30 ans : 35.- 31-35 ans : 42.- 36-40 ans : 50.- 41-45 ans : 56.-



ÖKK	Supplément division générale (ÖKK Standard + Comfort) y.c. assurance de base avec Classic et Casamed	70 %	CHF 3.10	5000.-	Jusqu'à 25J	Supplément division générale : Enfants jusqu'à 18 ans : CHF 7.60 (avec rabais famille CHF 3.60) 19-25 ans : CHF 13.30 (avec rabais famille CHF 10.60) Supplément division privée : Enfants jusqu'à 18 ans : CHF 12.80 (avec rabais famille CHF 6.40) 19-25 ans : CHF 22.40 (avec rabais famille CHF 17.90) ÖKK Family : Enfants jusqu'à 18 ans : CHF 17.50 (avec rabais famille CHF 8.70) 19-25 ans : CHF 24.50 (avec rabais famille CHF 19.60) Rabais famille : si au moins l'un des parents et l'enfant sont assurés de manière équivalente (assurance de base et assurance complémentaire)					
							Age 0-3	Age 4-5	Age 6-10	Age 11-18	Age 19-25
ÖKK	Supplément division générale (ÖKK Standard + Comfort) y.c. assurance de base avec Classic et Casamed	70 %	CHF 3.10	5000.-	Jusqu'à 25J	Supplément division générale : Enfants jusqu'à 18 ans : CHF 7.60 (avec rabais famille CHF 3.60) 19-25 ans : CHF 13.30 (avec rabais famille CHF 10.60) Supplément division privée : Enfants jusqu'à 18 ans : CHF 12.80 (avec rabais famille CHF 6.40) 19-25 ans : CHF 22.40 (avec rabais famille CHF 17.90) ÖKK Family : Enfants jusqu'à 18 ans : CHF 17.50 (avec rabais famille CHF 8.70) 19-25 ans : CHF 24.50 (avec rabais famille CHF 19.60) Rabais famille : si au moins l'un des parents et l'enfant sont assurés de manière équivalente (assurance de base et assurance complémentaire)					
ÖKK	Supplément division privée (ÖKK semi-privé, Flex, Privé, Global) y.c. assurance de base avec Classic et Casamed	70 %	*	12000.-	Jusqu'à 25J	Supplément division privée : Enfants jusqu'à 18 ans : CHF 12.80 (avec rabais famille CHF 6.40) 19-25 ans : CHF 22.40 (avec rabais famille CHF 17.90) ÖKK Family : Enfants jusqu'à 18 ans : CHF 17.50 (avec rabais famille CHF 8.70) 19-25 ans : CHF 24.50 (avec rabais famille CHF 19.60) Rabais famille : si au moins l'un des parents et l'enfant sont assurés de manière équivalente (assurance de base et assurance complémentaire)					
ÖKK	Family (ÖKK Family + Family Flex) y.c. assurance de base avec Classic et Casamed	70 %	*	Illimité	Jusqu'à 25J	ÖKK Family : Enfants jusqu'à 18 ans : CHF 17.50 (avec rabais famille CHF 8.70) 19-25 ans : CHF 24.50 (avec rabais famille CHF 19.60) Rabais famille : si au moins l'un des parents et l'enfant sont assurés de manière équivalente (assurance de base et assurance complémentaire)					
ÖKK	ÖKK Dental Variantes A à H	50-75 %									
Progrès	Membre du groupe Helsana	Voir Helsana	Voir Helsana	Voir Helsana	Voir Helsana	Voir Helsana					
Proflita	Prima Basic	50 %	Montant de la facture	2500.- / an	Jusqu'à 22 ans révolus	Prima Basic : 0-18 ans : 4.40, 19-25 ans : 8.80, 26-35 ans : 13.20, 36-40 ans : 17.60, 41-45 ans : 22.00, 46-50 ans : 26.40, 51-55 ans : 30.80, 56-60 ans : 35.20, 61-65 ans : 39.60					
Proflita	Prima Standard	75 %	*	5000.- / an	Délai de carence 1 an	Prima Standard : 0-18 ans : 4.40, 19-25 ans : 8.80, 26-35 ans : 13.20, 36-40 ans : 17.60, 41-45 ans : 22.00, 46-50 ans : 26.40, 51-55 ans : 30.80, 56-60 ans : 35.20, 61-65 ans : 39.60					
Proflita	Prima Top	90 %	*	5000.- / an	Jusqu'à 20 ans révolus	Prima Top : 0-18 ans : 4.40, 19-25 ans : 8.80, 26-35 ans : 13.20, 36-40 ans : 17.60, 41-45 ans : 22.00, 46-50 ans : 26.40, 51-55 ans : 30.80, 56-60 ans : 35.20, 61-65 ans : 39.60					
Sana24	Membre du groupe Visana	Voir Visana	Voir Visana	Voir Visana	Voir Visana	Voir Visana					
Santitas	Classic	50 %	Montant de la facture	Pas de montant maximum	Jusqu'à 18 ans révolus	Classic : 0-18 ans : 10.70 (avec Classic : libération des primes dès le 3 <sup>ème</sup> enfant)					
Santitas	Family	80 % (à partir du compte de prestations)	*	Dans le cadre du compte de prestations jusqu'à max. 25 000.- (variante usuelle d'assurance, à choix : également 10 000 et 50 000)	Jusqu'à 18 ans révolus	Family : 0-18 ans : 11.60 (25 000) 10.50 (10 000) 12.60 (50 000)					
Sansan	Membre du groupe Helsana	Voir Helsana	Voir Helsana	Voir Helsana	Voir Helsana	Voir Helsana					
Swica	Completa Top, Completa module complémentaire, Praeventa	50 %	CHF 3.10	10000.- par an	Jusqu'à 25 ans	Completa Top, Completa module complémentaire, Praeventa : 0-18 ans : 19.25 ans : 14.-, 19-25 ans : 20.-, 26-35 ans : 25.-, 36-40 ans : 30.-, 41-45 ans : 35.-, 46-50 ans : 40.-, 51-55 ans : 45.-, 56-60 ans : 50.-, 61-65 ans : 55.-					
Visana	Denta	Niveau1 : 50 % Niveau2 : 50 % Niveau3 : 75 % Niveau4 : 75 %	Montant de la facture	1 000.- * (500.-) / année civile 2 000.- * (1 000.-) / année civile 3 000.- * (1 500.-) / année civile 4 000.- * (2 000.-) / année civile	Jusqu'à 60 ans	Denta : montants maximums doublés pour les corrections des malpositions jusqu'à 25 ans révolus					
Visana	Ambulant II, Ambulant III	80 %	CHF 3.10	10000.- par traitement	Admission jusqu'à 70.	Ambulant II, Ambulant III : 0-18 ans : 7.80, 19-25 ans : 11.70					
Visana	Ambulant Managed Care II-IV (VVG II-III)	80 % (II-III)	CHF 3.10	10'000.- par traitement (II-III)	AJ	Ambulant Managed Care II-IV (VVG II-III) : 0-18 ans : 13.-, 19-25 ans : 19.50					
Visana	Paquet d'assurance complémentaire Basic	80 %	CHF 3.10	10'000.- par traitement	Admission jusqu'à 70. AJ	Paquet d'assurance complémentaire Basic : 0-18 ans : 15.60 / 18.10, 19-25 ans : 16.40 / 19.80					



voit alors qu'un traitement d'orthopédie dento-faciale important peut vite devenir financièrement lourd lorsque le patient est sous-assuré, et ceci malgré la participation de la caisse maladie.

Les parents devraient conclure suffisamment tôt une assurance prévoyant la couverture des appareils orthodontiques pour leurs enfants. Quelques caisses maladie imposent une limite d'âge pour les assurances complémentaires avant laquelle elles admettent les enfants sans certificat du médecin dentiste et sans demander de radiographies. Plus tard, elles exigeront une expertise d'orthopédie dento-faciale et un examen de santé. La caisse maladie se réserve le droit de rejeter les demandes d'admission. Il est donc recommandé de conclure l'assurance complémentaire avant l'âge de quatre ans.

Fréquemment, les prix indiqués par les caisses maladie ne permettent pas de distinguer si leur participation est en pourcentage du montant de la facture ou si elle repose sur le tarif CNA. Les expériences faites en pratique ont montré que la plupart des assurés ne le savent pas. La surprise est d'autant plus grande pour les patients privés, lorsque la participation effective en pourcentage de leur caisse maladie est nettement moindre que ne le laissait croire la publicité. A notre avis, la transparence est insuffisante dans ce domaine et les consommateurs se sentent trompés.

Les caisses maladie Innova et EGK ont rejeté notre comparaison en invoquant les motifs suivants:

*«Les assurances Innova ne sont pas intéressées à ce que leurs prestations pour les corrections des malpositions dentaires soient exposées dans cette comparaison. De plus, elles ne souhaitent pas qu'elles soient publiées dans la revue des médecins dentistes.»*

*«Nous considérons que ce survol, détaillé jusqu'à l'âge et les primes, n'est pas pertinent. Il éveille le soupçon que l'on compare des éléments qui ne sont pas comparables. Les couvertures d'assu-*

*rance et les paramètres de prise en charge sont susceptibles de changer. Souvent, les assurés ne savent pas précisément quelle assurance complémentaire ils ont souscrit, ni l'étendue de sa couverture. Nous estimons qu'il est délicat que des tiers parlent de «prestations promises» en se fondant sur des informations générales de cette nature.»*

*«La caisse maladie EGK préfère informer ses assurés de leurs droits à des prestations dans le cadre de demandes concrètes et en se fondant sur des informations actuelles de leur situation d'assurance.»*

La cheffe de projet marketing d'une caisse maladie (nom connu de l'auteur) nous a communiqué des chiffres erronés pour le point tarifaire. Il a été prétendu que l'assurance rembourserait le montant de la facture au tarif patient privé. Le caractère erroné de cette affirmation a été confirmé par une recherche sur internet. On peut dès lors se demander si cette fausse information a été communiquée sciemment pour conforter la compétitivité de cette caisse, ou bien s'il s'est agi d'une inadvertance...

Les indications recueillies et évaluées devraient nous permettre de dresser un état des lieux de la couverture d'assurance pour les corrections des malpositions dentaires et maxillaires. Cette liste n'a qu'un strict caractère d'information. Un entretien avec un représentant ou un expert en assurances est indispensable pour toute planification concrète d'assurance. Ce faisant, il convient d'accorder une attention toute particulière au pourcentage effectif de couverture et non aux chiffres que l'on trouve dans les prospectus et sur les pages d'accueil des sites des caisses maladie.

On peut toutefois affirmer en conclusion que, pour les corrections des malpositions dentaires et maxillaires, la couverture d'assurance est en général bonne en Suisse.