



ANNEXE GARANTIES

Vous trouverez dans cette annexe des explications sur les termes utilisés par votre complémentaire santé. Ils vous serviront à comprendre votre garantie.

NOMENCLATURE SÉCURITÉ SOCIALE / LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS

ALD	A ffection de L ongue D urée : maladie grave et/ou chronique, reconnue par l'AMO comme nécessitant un suivi et des soins coûteux et/ou prolongés. Elles figurent sur une liste établie par décret sur avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou sont reconnues par le service du contrôle médical de l'AMO. Le taux de l'AMO passe à 100%.
AMC	A ssurance M aladie C omplémentaire. Tout type d'assurance prenant en charge des dépenses de santé, en dehors du régime obligatoire d'assurance maladie. On désigne plus souvent ce type d'assurance par le terme de "mutuelle".
AMO	A ssurance M aladie O bligatoire : renvoie donc à la situation professionnelle de chaque individu, laquelle détermine son rattachement à un régime obligatoire.
BRSS	<p>Base de Remboursement Sécurité Sociale : tarif servant de référence à l'AMO pour déterminer le montant de son remboursement.</p> <p>Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.</p> <p>On parle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'AMO. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'AMO et les représentants de cette profession. • Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'AMO. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention. • Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages, biens médicaux.
CCAM	C lassification C ommune des A ctes M édicaux : nomenclature française destinée à coder les gestes pratiqués par les médecins, gestes techniques dans un premier temps, puis par la suite les actes intellectuels cliniques.
Contrat responsable	<p>Contrats complémentaires santé, répondant à des obligations et interdictions de remboursements (articles L 871-1 et R871-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale) bénéficiant d'aides fiscales et sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les entreprises souscriptrices de contrats obligatoires, sous forme d'exonération des cotisations • Pour les particuliers ayant adhéré à titre facultatif, individuellement ou en groupe, d'une taxe moins élevée.
FR	F rais R éels ou D épenses R éelles : il ne faut pas confondre 100% de la BRSS et 100% des dépenses réelles. Dans le dernier cas, la mutuelle remboursera intégralement les dépenses engagées, dans l'éventuelle limite des montants plafonds du contrat responsable.

HN	Hors Nomenclature : certains actes non-inscrits à la nomenclature (dits « Hors Nomenclature ou HN ») peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.
LPP	Liste des Produits et Prestations : recense les soins et actes médicaux remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels : système de cotation d'actes médicaux et paramédicaux du secteur libéral, permettant notamment de tarifier son activité au patient et aux caisses d'assurance maladie obligatoire et complémentaire.
OPTAM OPTAM-CO	<p>L'Option de Pratique Tarifaire Maîtrise (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} Janvier 2013).</p> <p>L'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, en Chirurgie et obstétrique (Optam-Co), pour les médecins de secteur 2 et médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.</p> <p>Le dépassement d'honoraire est soumis à cette convention.</p>
PLV	Prix Limite de Vente : prix maximum que peut tarifier le professionnel de santé pour les équipements optiques, prothèses dentaires et aides auditives 100% santé, appartenant à une classe à prise en charge renforcée.
PMSS	Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale : montant utilisé pour le calcul de certaines cotisations sociales ainsi que certaines prestations de Sécurité sociale.
TFR	Tarif Forfaitaire de Responsabilité : pour les médicaments figurant dans un groupe générique, un tarif forfaitaire de responsabilité peut être fixé réglementairement. Ce TFR s'applique à l'ensemble du groupe générique.
TM	<p>Ticket Modérateur : Correspond à la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation d'un euro ou d'une franchise).</p> <p>Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...</p>

HOSPITALISATION

L'hospitalisation désigne un séjour dans un établissement de santé public et /ou privé, en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. On inclut également les établissements tels que les maisons de repos, centres de rééducation...

Cette définition exclut les unités ou centres de soins de longue durée, des établissements et services d'aide par le travail et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse, ...)

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation dans un établissement et permet d'assurer des soins chez le patient.

Frais de Séjour

Ce sont les frais facturés par un établissement de santé, public ou privé, pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80% (ou de 100% dans certains cas : actes coûteux notamment), le ticket modérateur (les 20% restant) étant remboursés par l'assurance maladie complémentaire.

Forfait Journalier Hospitalier

Il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un même établissement de santé.

C'est une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Certains patients en sont dispensés : personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse etc.

Frais d'Accompagnement

Ces frais correspondent aux facilités (exemple d'un lit) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines couvertures complémentaires santé.

Forfait actes lourds

Participation forfaitaire de 24 euros en 2019 à la charge de l'assuré. Il s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissements de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'état (120 € en 2011). Certains actes ne sont pas concernés par ce forfait : radiodiagnostic, IRM, frais de transport, actes pris en charge à 100% dans le cadre d'une Affection Longue Durée.

Ce forfait est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire

OPTIQUE

Depuis le 1^{er} janvier 2020 une nouvelle nomenclature LPP est appliquée. 2 classes de verres et montures sont définies par l'Arrêté du 3 décembre 2018 et citées dans le cadre de et du décret définissant les interdictions et obligations du contrat responsable (R 871-1) du Code de la Sécurité sociale :

- Une classe A, comprenant verres et montures relevant du 100% Santé, appelée « classe à prise en charge renforcée » dans le Décret du contrat responsable
- Une classe B comprenant verres et montures à prix libres, appelée « n'appartenant pas à une classe à prise en charge renforcée » dans le Décret du contrat responsable

Conditions de prise en charge

La prise en charge des équipements optiques est assurée uniquement pour les indications suivantes :

- Astigmatie
- Hypermétropie
- Myopie
- Presbytie
- Amblyopie.

Cas particuliers

La prise en charge de la correction prismatique est assurée uniquement en cas de strabisme avec diplopie.

La prise en charge des verres progressifs est assurée pour les enfants jusqu'à 16 ans uniquement en cas d'incommittance loin-près.

La prise en charge des verres teintés est assurée uniquement :

- Pour les affections oculaires congénitales ou acquises engendrant une photophobie permanente (albinisme, rétinopathies pigmentaires, aniridie, kératopathies chroniques, remaniement posttraumatique du segment antérieur)
- En cas de dégénérescence maculaire liée à l'âge après chirurgie de la cataracte, de pathologies rétinienne avancées avec malvoyance, de strabisme divergent intermittent et de myopies ou hypermétropies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie.

La prise en charge des équipements sans effet correcteur est assurée uniquement dans les cas suivants :

- Verres neutres avec prismes incorporés
- Verres teintés, dans les cas pathologiques cités au-dessus
- Verres plans en cas d'atteinte oculaire unilatérale (dans la limite de la délivrance d'un verre par patient).

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;

- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance. Pour ces cas particuliers, la mention sur l'ordonnance par l'ophtalmologiste est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prestation d'appairage ainsi que le supplément pour les verres avec filtre est prise en charge par l'assurance maladie complémentaire dans la limite du prix de vente pour les verres de classe A dans le cadre d'un contrat responsable.

Conditions générales de renouvellement des équipements

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) par l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif (verre et /ou monture) concerné pour l'application du délai du même élément.

Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique

Le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une évolution de la vue dans au moins l'une des situations suivantes :

- Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du Code de la Santé Publique lorsque l'opticien lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Aussi, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

Les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique	Les troubles de réfraction associés à une pathologie générale	Les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours
Glaucome	Diabète	Corticoïdes
Hypertension intraoculaire isolée	Maladies auto-immunes*	Antipaludéens de synthèse
DMLA et atteintes maculaires évolutives	Hypertension artérielle mal contrôlée	Tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
Rétinopathie diabétique	SIDA	
Opération de la cataracte datant de moins d'un an	Affections neurologiques à composante oculaire	
Cataracte évolutive à composante réfractive	Cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique	
Tumeurs oculaires et palpébrales		
Antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois		
Antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins d'un an		
Grefe de cornée datant de moins d'un an		
Kératocône évolutif		
Kératopathies évolutives		
Dystrophie cornéenne		
Amblyopie		
Diplopie récente ou évolutive		

**Maladies auto immunes : essentiellement Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante.*

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

Précisions sur les conditions d'application

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

Garanties

Classe A

L'opticien-lunetier garantit un remplacement total ou partiel de la monture en cas de casse pendant une période de 2 ans sous certaines conditions.

A titre d'exemple, remboursement AMO + mutuelle de verres et des suppléments de la classe A, correspondant aux Prix Limites de Vente :

Equipement de Classe A – Offre 100% Santé

Avis de projet de fixation des tarifs et des PLV publié au JO du 21 Juin 2018

PLV par équipement (monture + verres) / Prise en charge intégrale AMO + AMC						
Corrections en dioptries	Equipements unifocaux			Equipements progressifs		
	Sphérique	Astigmat +		Sphérique	Astigmat +	
		Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4		Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4
Niveau 1 - Corrections comprises entre 0 et 2 dioptries inclus	95 €	105 €	135 €	180 €	210 €	260 €
Niveau 2 - Corrections comprises entre 2 et 4 dioptries inclus	105 €	115 €	145 €	190 €	220 €	270 €
Niveau 3 - Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	125 €	135 €	165 €	210 €	240 €	290 €
Niveau 4 - Corrections comprises entre 8 et 12 dioptries inclus	225 €	235 €	265 €	290 €	320 €	370 €
Niveau 5 - Corrections supérieures à 12 dioptries						

Ces montants incluent un PLV de 30€ pour la monture

Suppléments optique médicale	BR	PLV
Prestation d'adaptation de la correction par l'opticien	10 €	10 €
Prestation d'appairage niveau 1	1,5 €	5 €
Prestation d'appairage niveau 2	3 €	10 €
Prestation d'appairage niveau 3	4,5 €	15 €

Monture de classe A : PLV = 30 euros = remboursement AMO + mutuelle

Avant la délivrance de l'équipement, l'opticien doit remettre au patient deux devis normalisés, dont un faisant obligatoirement apparaître un équipement de la classe A, « classe à prise en charge renforcée définie en application du 2^{ème} alinéa de l'art. L. 165-1 ».

Classe B

Le Décret du 19 janvier 2019 (modifiant l'article R 871- du Code de la Sécurité sociale) relatif au contrat responsable a défini des plafonds de remboursement pour les équipements à tarifs libres (de classe B) n'appartenant pas à une classe à prise en charge renforcée.

Remboursement par votre mutuelle

Votre mutuelle rembourse l'intégralité de l'équipement classe A dans le cadre du contrat responsable, en complément de la Sécurité Sociale, sous les conditions de prise en charge définies précédemment.

Planchers et plafonds de prise en charge par équipement contrat responsable et panier de soins ANI			
Catégorie	Caractéristiques des verres	Minimum Contrat Responsable (Individuel)	Maximum (Individuel)
A	Equipement simple : Verres simples (-6.00 +6.00 ou dont cylindre inférieur ou égal à +4.00) ET monture. Unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et donc la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6 dioptries	50 €	420 € dont 100 € maxi pour la monture
B	Equipement mixte : Verre simple défini en (a) et verre complexe défini en (c) et monture.	125 €	560 € dont 100 € maxi pour la monture
C	Equipement complexe : Unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries Unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6 et 0 dioptries dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries Unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries Unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6 dioptries Multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4 et +4 dioptries Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8 dioptries	200 €	700 € dont 100 € maxi pour la monture
D	Equipement mixte : Un verre simple défini en (a) et un verre très complexe défini en (f) et monture.	125 €	610 € dont 100 € maxi pour la monture

E	Equipement mixte : Un verre complexe défini en (c) et un verre très complexe défini en (f) et monture.	200 €	750 € dont 100 € maxi pour la monture
F	Equipement très complexe : Multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8 dioptries	200 €	800 € dont 100 € maxi pour la monture

Suppléments optique inclus ou non dans le plafond :

Suppléments optique inclus ou non dans le plafond		
	Verre Classe A	Verre Classe B
Adaptation de la correction visuelle	Non	Non
Appairage de verre d'indice de réfraction différent	Oui	Non
Verre avec filtre	Oui	Non
Autres suppléments (prisme, système, anti-ptosis, verre iséiconique)	Non	Non

Ces plafonds et plafonds s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% Santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le plafond appliqué, à l'ensemble de l'équipement, est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente

Chirurgie ophtalmologique

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.

L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge tout ou partie de ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.

La chirurgie ophtalmologique comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatie, de l'hypermétropie... Les opérations ophtalmologiques, telles que l'opération de la cataracte, n'entrent pas dans cette rubrique, puisqu'elles sont prises en charge par la Sécurité sociale.

DENTAIRE

Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage...), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie...

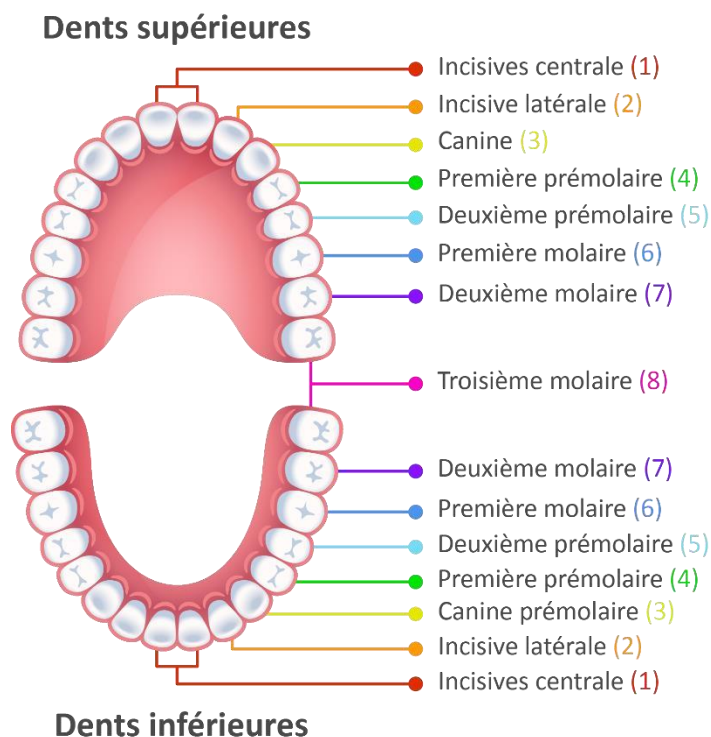
A compter du 1^{er} avril 2019, une nouvelle nomenclature CCAM est appliquée. L'Arrêté du 20 août 2018 définit 3 paniers de soins :

- Panier de soins prothétiques 100% Santé, à Prix Limite de vente. Sans restant à charge dans le cadre du contrat responsable
- Panier de soins prothétiques à tarifs maîtrisés, à Prix Limite de Vente mais sans obligation de remboursement total AMO + assurance maladie complémentaire dans le cadre du contrat responsable
- Paniers de soins prothétiques à tarifs libres

Les soins prothétiques éligibles à l'un des 3 paniers sont définis par Arrêté relatif à la convention nationale dentaire, signée entre l'AMO et les syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes et les Prix Limites de Vente entrent progressivement en vigueur à partir du 01/04/2019 selon le même Arrêté.

Remboursement par votre mutuelle

Votre mutuelle rembourse l'intégralité des soins prothétiques du panier A dans le cadre du contrat responsable, en complément de la Sécurité sociale.



Inlays et Onlays

Ces techniques permettent de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une couronne. Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).



Les prothèses dentaires

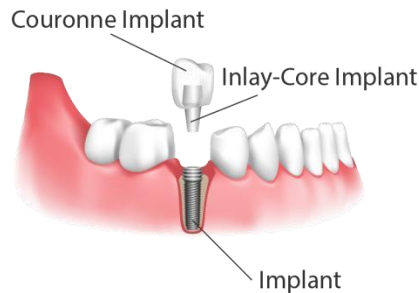
Elles remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge.
- Les prothèses fixes remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique. Il existe également des Inlay Core : dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée.



L'implant

Il vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles sont fixées une ou plusieurs prothèses. L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire.



La parodontie

Elle est la partie de la dentisterie qui est spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus de soutien de la dent : gencive, tissu osseux, cément et ligament parodontal. Les maladies parodontales sont dues à des infections bactériennes.



En synthèse : **Exemple de tarifs plafonnés pour les couronnes dentaires au 1^{er} Janvier 2020**

Tarif de convention de la sécurité sociale	Matière utilisée	Incisives canines Dents 1-2-3	1 ^{ère} Prémolaire Dent 4	2 ^{ème} Prémolaire Dent 5	Molaires Dents 6-7-8
120€	Métallique	290€			
	Polycristalline monolithique zircone	440€			440€
	Céramique monolithique hors zircone	500€	550€		
	Céramo-métallique	500€	550€		
	Céramo-céramique				
	Métallique précieux				

	Reste à charge renforcé 100% Santé
	Reste à charge maîtrisé
	Tarifs libres

AIDE AUDITIVE

Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intraauriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'assurance maladie obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

L'Arrêté du 14 novembre 2018 définit 2 classes d'appareils :

- Une classe 1 ou « appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du 2^{ème} alinéa de l'art. L. 165-1 », en application du contrat responsable (R871), soumise à un Prix Limite de Vente.
- Une classe 2 ou « appareils n'appartenant pas à une classe à prise en charge renforcée définie en application du 2^{ème} alinéa de l'art. L. 165-1 », à tarifs libres.

Avant la délivrance de l'équipement, l'audioprothésiste doit remettre au patient deux devis normalisés, dont un faisant obligatoirement apparaître un équipement de la classe 1.

La prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans à partir de la date d'achat du dernier équipement. **Cette dernière disposition s'applique à partir du 1^{er} janvier 2021 et tient compte des 4 dernières années antérieures.** L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir du dernier remboursement effectué par l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la 1^{ère} année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Remboursement par votre mutuelle

Le remboursement intégral des aides auditives de la classe A entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021 dans le cadre du contrat responsable.

Echelonnement de la mise en place de la réforme :

	Equipements 100% Santé				Aides auditives à tarifs libre	
	≤ 20 ans		> 20 ans		≤ 20ans	> 20 ans
	BR	PLV	BR	PLV	BR	BR
2019	1 400 €	1 400 €	300 €	1 300 €	1 400 €	300 €
2020	1 400 €	1 400 €	350 €	1 100 €	1 400 €	350 €
2021	1 400 €	1 400 €	400 €	950 €	1 400 €	400 €

Plafond de remboursement (AMO + AMC) à 1700€ pour la classe B

SOINS COURANTS

Catégories de médecins :

Secteur 1 / Secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur à honoraires opposables dit secteur 1 ou à honoraires libres dit secteur 2).

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'Assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable).

Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec "tact et mesure".

Les médecins ont l'obligation d'afficher "*de manière lisible et visible dans leur salle d'attente*" leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent "*donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer*".

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Sauf cas particuliers, les médecins ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'ACS et de l'aide médicale d'Etat.

Pour connaître le secteur d'exercice d'un médecin, il suffit d'aller sur le site annuaire.sante.ameli.fr.

Chirurgie ambulatoire :

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même (chirurgie de jour).

Auxiliaires médicaux :

Professionnels paramédicaux : les infirmiers, masseurs kinésithérapeute, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues... dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Appareillage :

Biens médicaux remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

Attention, il faut distinguer les équipements d'optique, les aides auditives et les prothèses médicales du reste de l'appareillage.

Prothèse médicale :

Une prothèse est un dispositif artificiel destiné à remplacer un membre, un organe ou une articulation (prothèse de hanche, du genou ...).

Pharmacie / Médicaments :

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés par le comité économique des produits de santé (CEPS) en cinq catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge :

- Les médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux : remboursés à 100% par l'AMO
- Les médicaments pour service médical rendu majeur ou important : remboursés à 65 % par l'AMO
- Les médicaments pour service médical rendu modéré : remboursés à 30 % par l'AMO
- Les médicaments pour service médical rendu faible ou insuffisant : remboursés à 15 % par l'AMO
- Les médicaments non remboursés par l'AMO ont une tarification libre et variable selon les pharmacies.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

Votre carte Vitale et votre carte mutuelle vous permettent de ne pas avancer la partie prise en charge. Mais attention, ce dispositif n'est pas applicable si vous refusez les génériques.

Franchise / honoraire de dispensation

Le travail de vérification, de contrôle et de conseil associé à la dispensation de médicaments par le pharmacien est désormais valorisé par un honoraire de dispensation :

- Honoraire de dispensation pour toute ordonnance : 0,51 € TTC,
- Honoraire de dispensation pour les médicaments spécifiques : 3,57 € TTC,
- Honoraire de dispensation lié à l'âge (- de 3ans et + de 70ans) : 1,58 € TTC.

A ces nouveaux honoraires cumulables entre eux s'ajoutent l'honoraire à la boîte à 1,02 € TTC et l'honoraire pour ordonnance complexe à 1,02 € TTC (ordonnance de 5 médicaments remboursables différents).

Participation Forfaitaire d'un €uro :

Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- Des enfants de moins de 18 ans
- Des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour suivant la date de l'accouchement

- Des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'ACS ou de l'Aide Médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

Franchise médicale :

Il s'agit de la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant est de :

- **0,50 €** par boîte de médicaments
- **0,50 €** par acte paramédical
- **2 €** par transport sanitaire

La franchise est plafonnée à 50 euros par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés.

Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes (du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet évènement.

Forfait patientèle médecin traitant

Rémunération forfaitaire versée annuellement par l'assurance maladie obligatoire à chaque médecin traitant pour le suivi de ses patients.

PRÉVENTION

La prévention santé constitue l'ensemble des actions préventives, menées dans le but d'éviter ou de réduire l'apparition, le développement et la gravité des accidents, maladies et handicaps, pouvant toucher tout ou une partie de la population.

Actes de prévention dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 :

Depuis le 8 juin 2006, la liste officielle des actes de prévention a été établie, selon l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale :

- Détartrage annuel

- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans

- Scellement des sillons sur les molaires pour un enfant de moins de 14 ans

- Dépistage de l'hépatite B

- Vaccinations seules ou combinées :
 - ✦ Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois
 - ✦ Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant
 - ✦ BCG, avant 6 ans
 - ✦ Hépatite B, avant 14 ans
 - ✦ Coqueluche, avant 14 ans,
 - ✦ Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant
 - ✦ Diphtérie, tétanos et poliomyélite, à tout âge

- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans

- Dépistage tous les 5 ans des troubles chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - ✦ Audiométrie tonale ou vocale
 - ✦ Audiométrie tonale avec tympanométrie
 - ✦ Audiométrie vocale dans le bruit
 - ✦ Audiométrie tonale et vocale
 - ✦ Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie

Garantie assistance

C'est une garantie incluse dans votre contrat santé.

La brochure est disponible sur le site internet et en agence.

Pour bénéficier de nos services...
... rien de plus simple !

Composez le

0 810 107 141 Service 0,06 € / min
+ prix appel

Vous pouvez également nous joindre en composant le 09 77 40 69 02

Indiquez-nous

votre code d'accès au service (2164),
puis votre n° d'Adhérent.

Exposez-nous votre problème...

et nous vous trouverons une solution.

IMPORTANT

Surtout, n'organisez aucune prestation et n'engagez aucuns frais
sans nous avoir préalablement contactés au

0810 107 141*

et sans avoir obtenu un accord de prise en charge

(communication d'un n° de dossier)

() Pour nous joindre depuis l'étranger (Garantie « Loisirs / Voyage »), composez le +33 9 77 40 69 02*

GENÉRALITÉS

Tiers Payant :

Ce système de paiement évite au patient de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits.

Ticket modérateur :

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Ayant droit :

L'ayant droit est une personne qui bénéficie de l'assurance maladie complémentaire d'un adhérent participant en raison de ses liens familiaux avec celui-ci.

Taux de remboursement :

C'est le taux appliqué par l'assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'assurance maladie obligatoire.

La part non remboursée de la base de remboursement est le ticket modérateur.

La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

- 70% de la base de remboursement pour les actes médicaux
- 60% de la base de remboursement pour les actes paramédicaux
- 60% de la base de remboursement pour l'appareillage
- 100%, 65%, 30% ou 15% pour les médicaments

Le taux de remboursement peut aussi varier en fonction de la situation de l'assuré (par exemple 100% en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés.

Reste à charge :

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- Du ticket modérateur
- De l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire
- De l'éventuel dépassement d'honoraires

L'assurance maladie complémentaire couvre tout ou partie du reste à charge.