



LE GUIDE POUR TOUT COMPRENDRE SUR LE REMBOURSEMENT DE SES SOINS

LA MUTUELLE DE BAGNEAUX – 67-69 rue du Gâtinais - 77167 BAGNEAUX SUR LOING
Mutuelle régie par le code de la Mutualité, soumise au livre II numéro de SIREN 444 205 769 et
substituée par la Mutuelle Familiale Registre National des Mutuelles N° 784 442 915

« La Mutuelle Familiale, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, sise 52 rue d'Hauteville 75487 Paris cedex 10, (dite mutuelle garante), se substitue à la Mutuelle de Bagneaux (dite mutuelle cédante) dans les conditions prévues à l'article L. 211-5 du code de la mutualité, tel qu'issu du dispositif révisé de la substitution par l'ordonnance n°2017-734 du 04 mai 2017. Les articles R. 211-21 à R. 211-27 du code de la mutualité, tels qu'issus du décret n°2018-56 du 31 janvier 2018 sont également applicables. A ce titre, la Mutuelle Familiale se substitue intégralement à la Mutuelle de Bagneaux pour la constitution de l'ensemble des opérations et branches d'assurance pratiquées par celle-ci au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître en résultant ».

« La garante donne à la cédante sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants, ayants-droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale »

« Si l'agrément accordée à la garante lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation ».

SOMMAIRE

- Soins courant	3
o Consultations	3
o Consultations hors parcours de soins coordonnés	4
o Consultations en accès direct spécifique	4
o Consultations ou téléconsultations des enfants de moins de 16 ans	5
- Radiologie – Echographie – IRM – Actes techniques médicaux - Auxiliaires médicaux	6
o Actes d'imagerie médicale	6
o L'échographie	6
o IRM	6
o Actes techniques médicaux	6
- Les auxiliaires médicaux	7
o Infirmiers, podologue, aide-soignant, etc.	7
o Kinésithérapeutes, orthophoniste, etc.	7
- Analyses et examens biologiques	8
- Pharmacie	8
- L'appareillage	10
o Petit Appareillage	10
o Grand Appareillage	10
- Hospitalisation	11
- Transport	13
- Orthodontie	14
- Le 100% santé	15
o Soins dentaire	16
▪ Consultations	16
▪ Soins	16
- Prothèse dentaire	17
o Prothèses dentaires	17
o Couronne dentaire	17
o Bridge	17
o Inlay core	17
o La couronne sur implant	18
o Composition du PANIER A 100% PANIER modéré et PANIER libre	19
- Optique	20
o L'ophtalmologie	20
o L'opticien	21
o Classe A 100% santé	21
o Classe B PANIER libre	22
o La Monture, Les verres : Quel remboursement ?	23
o Les conditions temporelles de renouvellement des équipements	24
o Lentilles	25
o L'orthoptiste	25
o Chirurgie corrective de l'œil	26
- Prothèse auditive	24
o Oto-Rhino-Laryngologie	26
o L'Audioprothésiste	27
o Panier 100% audio	27
o Panier libre Classe II	28
- Prévention	31
o Acte de prévention	29
o Cure thermique	29
▪ Les frais de transport	30
▪ Les frais d'hébergement	31
o L'ostéodensitométrie	31
o L'ostéopathe, Chiropracteur, Etiopathe	32
o Pédicure-Podologue	33
o Diététicien, Les Vaccins	34
o Les soins à l'étrangers	35

SOINS COURANT

Médecin généraliste, Médecin spécialiste, Professeur de médecine et neuropsychiatre : Honoraires de consultation ou de visite.
Honoraires de consultation et visite du chirurgien-dentiste ou du stomatologue ;

Pensez à choisir et déclarer votre médecin traitant

Choisissez votre médecin traitant et remplissez avec lui la déclaration à envoyer à votre caisse d'assurance maladie : dès l'âge de 16 ans, si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous ne respectez pas les règles d'orientation dans le parcours de soins, vous serez moins bien remboursé.

Consultations : vos remboursements

L'Assurance Maladie vous informe des tarifs de consultations ou téléconsultations des médecins en métropole et des règles de remboursement applicables en fonction de votre situation dans le parcours de soins coordonnés.

La [téléconsultation](#) est une consultation réalisée à distance d'un patient, par un médecin (généraliste ou de toute autre spécialité médicale), le patient pouvant être assisté ou non, à cette occasion, par un autre professionnel de santé (ex : médecin, infirmier, pharmacien...).

Les règles de remboursement de l'Assurance Maladie

Les honoraires pratiqués par les médecins et le montant qui sert de base de remboursement à l'Assurance Maladie varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou autre spécialité) et de son secteur d'activité (secteur 1 ou 2) :

- **Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance Maladie.** Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part comme, par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin. Ces dépassements exceptionnels ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, que vous soyez dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.
- **Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres.** Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.
- **Le médecin conventionné adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) pratique des dépassements modérés.** En adhérant à cette option, il s'est engagé à modérer et stabiliser ses honoraires afin de faciliter l'accès aux soins de ses patients. De plus, l'Assurance Maladie vous rembourse sur une base plus élevée, celle du secteur 1, ce qui diminue d'autant le dépassement d'honoraires.

Les consultations ou téléconsultations dans le cadre du parcours de soins coordonnés

Lorsque vous consultez un médecin dans le cadre du parcours de soins coordonnés, vous bénéficiez d'un taux de remboursement de 70 % du tarif conventionnel. Selon votre situation (par exemple : si vous êtes enceinte de plus de 6 mois ou si vous bénéficiez de la CMU complémentaire), vos consultations peuvent être prises en charge à 100 %.

Tarifs de consultations ou téléconsultations du médecin traitant (applicables au 15 septembre 2018)					
Médecin consulté	Tarif*	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé**	TM reste à charge ou Mutuelle
Généraliste secteur 1	25,00 €	25,00 €	70 %	16,50 €	7,50 €
Généraliste adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée	honoraires avec dépassement maîtrisé	25,00 €	70 %	16,50 €	7,50 €
Généraliste secteur 2	Honoraires libres	23,00 €	70 %	15,10 €	6,90 €
Spécialiste secteur 1	25,00 €	25,00 €	70 %	16,50 €	7,50 €
Spécialiste adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée	honoraires avec dépassement maîtrisé	25,00 €	70 %	16,50 €	7,50 €
Spécialiste secteur 2	Honoraires libres	23,00 €	70 %	15,10 €	6,90 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 1	41,70 €	41,70 €	70 %	28,19 €	12,51 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée	honoraires avec dépassement maîtrisé	41,70 €	70 %	28,19 €	12,51 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 2	Honoraires libres	39,00 €	70 %	26,30 €	11,70 €
Tarifs de consultations du médecin correspondant pour avis ponctuel Spécialiste secteur 1	50,00 €	50,00 €	70 %	34,00 €	15,00 €
Tarifs de consultations du médecin correspondant pour avis ponctuel Spécialiste adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée	honoraires avec dépassements maîtrisés	50,00 €	70 %	34,00 €	15,00 €

* Le tarif prend en compte la consultation et les éventuelles majorations appliquées par le médecin.

** Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la [participation forfaitaire de 1 €](#) retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Au 1er janvier 2018, deux situations donnent lieu à des tarifs spécifiques :

- votre médecin traitant vous reçoit et vous adresse à un médecin correspondant pour une prise en charge dans les 48 heures ;
- votre médecin traitant vous reçoit en urgence en réponse à une demande du centre de régulation des urgences (appel centre 15 ou 116-117).

Dans ces deux situations, le médecin doit respecter les tarifs opposables (sans dépassement) même s'il exerce en secteur 2.

Votre médecin traitant peut vous orienter vers un autre médecin. Ce dernier est alors appelé « médecin correspondant ». Trois situations peuvent se présenter :

- votre médecin traitant vous oriente vers un autre médecin (un cardiologue par exemple) pour des soins réguliers, on parle alors de suivi régulier. Ce suivi peut être en partie réalisé sous forme de téléconsultation si votre médecin vous le propose ;
- votre médecin traitant vous oriente vers un spécialiste pour un avis ponctuel. Cet avis ne peut pas être réalisé par téléconsultation ;
- votre médecin traitant vous oriente vers un médecin correspondant pour une prise en charge dans les 48 heures. Dans ce cas, le médecin doit respecter les tarifs opposables (sans dépassement) même s'il est en secteur 2. Cette prise en charge peut être réalisée en téléconsultation si votre le médecin vous le propose.

Les consultations hors du parcours de soins coordonnés

Vous êtes hors du parcours de soins coordonnés si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez directement un autre médecin que votre médecin traitant sans être orienté au préalable par celui-ci. Vous serez alors moins remboursé.

Tarifs de consultations des médecins hors parcours de soins coordonnés (applicables au 1 ^{er} janvier 2018)					
Médecin consulté	Tarif*	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé**	TM reste à charge ou Mutuelle
Généraliste secteur 1	25,00 €	25,00 €	30 %	6,50 €	7,50 €
Généraliste adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée	honoraires avec dépassements maîtrisés	25,00 €	30 %	6,50 €	7,50 €
Généraliste secteur 2	honoraires libres	23,00 €	30 %	5,90 €	6,90 €
Spécialiste secteur 1	35,00 € (maximum)	25,00 €	30 %	6,50 €	7,50 €
Spécialiste adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée	honoraires avec dépassements maîtrisés	25,00 €	30 %	6,50 €	7,50 €
Spécialiste secteur 2	honoraires libres	23,00 €	30 %	5,90 €	6,90 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 1	55,00 € (maximum)	41,70 €	30 %	11,51 €	12,51 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée	honoraires avec dépassements maîtrisés	41,70 €	30 %	11,51 €	12,51 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 2	honoraires libres	39,00 €	30 %	10,70 €	11,70 €
Cardiologue secteur 1	60,00 € (maximum)	47,73 €	30 %	13,32 €	14,31 €
Cardiologue adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée	honoraires avec dépassements maîtrisés	47,73 €	30 %	13,32 €	14,31 €
Cardiologue secteur 2	honoraires libres	47,73 €	30 %	13,32 €	14,31 €

* Le tarif prend en compte la consultation et les éventuelles majorations appliquées par le médecin.

** Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la [participation forfaitaire de 1 €](#) retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les consultations en accès direct spécifique

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, vous pouvez consulter directement, sans être orienté au préalable par votre médecin traitant, les médecins spécialistes suivants :

- **un gynécologue**, pour les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi d'une grossesse, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse ;
- **un ophtalmologue**, pour la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome ;
- **un psychiatre ou un neuropsychiatre, si vous avez entre 16 et 25 ans ;**
- **un stomatologue (Médecin spécialiste de la bouche et des dents)**, sauf pour des actes chirurgicaux lourds.

Dans ces situations, vous bénéficiez d'un taux de remboursement de 70 % du tarif conventionnel. Selon le cas (par exemple, si vous bénéficiez de la CMU complémentaire), vos consultations peuvent être prises en charge à 100 %.

En dehors de ces situations, c'est votre médecin traitant qui doit vous orienter au préalable vers le médecin spécialiste.

Tarifs de consultations ou téléconsultations des médecins spécialistes en accès direct spécifique si vous avez déclaré votre médecin traitant (applicables au 15 septembre 2018)					
Médecin consulté	Tarif*	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé**	TM reste à charge ou Mutuelle
Gynécologue Ophtalmologue secteur 1 (consultation dans le cadre de l'accès direct spécifique)	30,00 €	30,00 €	70 %	20,00 €	9,00 €
Gynécologue Ophtalmologue adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (consultation dans le cadre de l'accès direct spécifique)	honoraires avec dépassements maîtrisés	30,00 €	70 %	20,00 €	9,00 €
Gynécologue Ophtalmologue secteur 2 (consultation dans le cadre de l'accès direct spécifique)	honoraires libres	23,00 €	70 %	15,10 €	6,90 €
Psychiatre Neuropsychiatre secteur 1 (pour les patients de moins de 25 ans)	46,70 €	46,70 €	70 %	31,69 €	14,01 €
Psychiatre Neuropsychiatre adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (pour les patients de moins de 25 ans)	honoraires avec dépassements maîtrisés	46,70 €	70 %	31,69 €	14,01 €
Psychiatre Neuropsychiatre secteur 2 (pour les patients de moins de 25 ans)	honoraires libres	39,00 €	70 %	26,30 €	11,70 €

Les consultations ou téléconsultations des enfants de moins de 16 ans

Le taux de remboursement par l'Assurance Maladie des consultations médicales pour les enfants de moins de 16 ans est de 70 % du tarif conventionnel.

Selon la situation de votre enfant (par exemple, s'il bénéficie de la CMU complémentaire), les consultations peuvent être prises en charge à 100 %.

Pour les enfants de moins de 16 ans, une déclaration de médecin traitant doit être communiquée à votre caisse d'Assurance Maladie mais il n'y a pas de réduction du remboursement en l'absence de déclaration de médecin traitant ou de non-respect du parcours de soins coordonnés. De plus, **il n'y a pas de participation forfaitaire de 1 €** pour les consultations des enfants et des jeunes de moins de 18 ans. Comme pour les adultes l'avis ponctuel de consultant ne peut pas être réalisé sous forme d'une téléconsultation.

Tarifs de consultations ou téléconsultations des médecins généralistes pour les enfants de moins de 16 ans (applicables au 15 septembre 2018)						
Médecin consulté	Âge de l'enfant	Tarif*	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé**	TM reste à charge ou Mutuelle
Généraliste secteur 1	moins de 6 ans	30,00 €	30,00 €	70 %	21,00 €	9,00 €
Généraliste secteur 1	de 6 à 16 ans	25,00 €	25,00 €	70 %	17,50 €	7,50 €
Généraliste adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée	moins de 6 ans	honoraires avec dépassements maîtrisés	30,00 €	70 %	21,00 €	9,00 €
Généraliste adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée	de 6 à 16 ans	honoraires avec dépassements maîtrisés	25,00 €	70 %	17,50 €	7,50 €
Généraliste secteur 2	moins de 6 ans	honoraires libres	28,00 €	70 %	19,60 €	8,40 €
Généraliste secteur 2	de 6 à 16 ans	honoraires libres	23,00 €	70 %	16,10 €	6,90 €
Pédiatre secteur 1 ou adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée	moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	70 %	22,40 €	9,60 €
Pédiatre secteur 1 ou adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée, déclaré médecin traitant de l'enfant	de 6 à 16 ans	28,00 €	28,00 €	70 %	19,60 €	8,40 €
Pédiatre adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée, correspondant	de 6 à 16 ans	30,00	30,00 €	70 %	21,00 €	9,00 €
Pédiatre secteur 2	moins de 2 ans	honoraires libres	28,00 €	70 %	19,60 €	8,40 €
Pédiatre secteur 2	de 2 à 16 ans	honoraires libres	23,00 €	70 %	16,10 €	6,90 €

Cas d'un professionnel de santé non conventionné :

La reconstitution du tarif de convention s'effectue uniquement sur les actes C, V, CS, VS, CPSY, VPSY.

Exemple : Un médecin généraliste non conventionné avec la Sécurité Sociale (obligatoirement affiché chez le praticien) a des honoraires de 40 €.

Puisque non conventionné, la SS applique un tarif d'autorité (variant suivant les régions) pour déterminer sa base de prise en charge. Cette base d'autorité est en fait un tarif minimum et plancher. La Sécurité Sociale rembourse 70% du TA (0,61x70% soit 0,43€).

RADIOLOGIE - ECHOGRAPHIE – IRM-

ACTES TECHNIQUES MEDICAUX - AUXILIAIRES MEDICAUX

Imagerie médicale

L'imagerie médicale regroupe les différentes techniques permettant de fournir une reproduction visuelle du corps humain sans devoir recourir à la chirurgie. Ainsi, la radiographie, l'IRM, le scanner et l'échographie font partie des actes d'imagerie médicale. Prescrit par un médecin, l'examen d'imagerie médicale se déroule dans un centre spécialisé en ville, ou à l'hôpital.

Actes d'imagerie médicale : Regroupent les actes d'imagerie lorsqu'ils sont pratiqués par un professionnel de santé relevant de la CCAM ou les actes pratiqués par un médecin généraliste ou spécialiste, pratiquant une radiothérapie, ou utilisant des radiations ionisantes ou des radio éléments, codifiés en fonction de la NGAP. Remboursement de la sécurité sociale à 70%.

Cas des suppléments pour archivage numérique des actes d'imagerie :

L'archivage consiste à mémoriser toutes les images radiologiques pour un même patient.

Il permet ainsi chez un même patient à la fois la comparaison des mêmes examens pratiqués à des dates différentes et la comparaison d'examens différents (outil de suivi). Il n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale ni votre complémentaire santé.

L'échographie

L'échographie permet de visualiser des organes internes grâce à une sonde diffusant des ondes ultrasonores. On peut ainsi observer le cœur, les organes digestifs (foie, rate, pancréas, vésicule biliaire), urinaires (vessie, reins) et génitaux (prostate et testicules, ovaires et utérus).

IRM

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est une analyse à distance des organes. Utilisée surtout en neurologie, ophtalmologie, endocrinologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), ostéo-articulaire et en cardiovasculaire, l'IRM permet de visualiser des détails invisibles sur des radios standards.

Parce qu'elle constitue l'outil le plus avancé utilisé en médecine, le prix IRM est plus élevé que celui d'une radio et est pratiqué par un médecin de secteur 1 :

- 244,68€ pour un forfait technique à taux plein ;
- 85,68€ pour un forfait technique à taux réduit.

Le remboursement du coût global d'une IRM se découpe comme suit :

- La partie technique, d'un montant variable, est pris en charge directement par l'Assurance maladie ;
- Les honoraires de l'acte médical, en moyenne 69,00 €, sont remboursés à 70% par la Sécurité sociale.

Actes techniques médicaux :

L'acte technique médicale est codifié en fonction de la CCAM, ainsi que certains actes de spécialité codifiés en fonction de la NGAP. Remboursement de la sécurité sociale à 70%. Le coût d'un K est de 1,92 €

A titre d'exemple, vous pouvez consulter les tarifs conventionnels secteur 1 pour quelques examens fréquemment pratiqués :						
Examens	codification	Tarif*	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé**	TM reste à charge ou Mutuelle
Echographie de l'abdomen	ZCQM001 ZCQM004 ZCQM008	54,02 €	54,02 €	70 %	37,81 €	16,21 €
Echographie abdomino-pelvienne	ZCQM005	75,60 €	75,60 €	70 %	52,92 €	22,68 €
Echographie thyroïdienne	KCQM001	37,80 €	37,80 €	70 %	26,46 €	11,34 €
Echographie mammaire	QEQM001	41,58 €	41,58 €	70 %	29,11 €	12,47 €
Doppler artères membres inférieurs	EDQM001	69,93 €	69,93 €	70 %	48,95 €	20,98 €
Mammographie	QEQK001	66,42 €	66,42 €	70 %	46,49 €	19,93 €
Panoramique dentaire	HBQK002	20,00 €	20,00 €	70 %	14,00 €	6,00 €
Poumons	ZBQK002	21,28 €	21,28 €	70 %	14,89 €	6,38 €
Radiographie du squelette du thorax	LFQK001	23,94 €	23,94 €	70 %	16,76 €	7,18 €

Les Auxiliaires Médicaux

Les auxiliaires médicaux sont des professionnels de la santé répondant à une partie spécifique du Code de la Santé Publique. On distingue notamment parmi eux les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les podologues, les pédicures, etc. Lorsque l'acte est réalisé par un auxiliaire médical, on parle d'acte paramédical.

Les auxiliaires médicaux sont classés en trois catégories :

- **Les professions de soins (Infirmières, podologue, aide-soignant, etc.)**

Attention : les pédicures par exemple sont considérés comme auxiliaire de médecine mais leurs prestations sont rarement prises en charge par l'Assurance Maladie. Pour être remboursables, les actes médicaux effectués par un auxiliaire médical doivent être médicalement prescrits et inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

La Fédération nationale des infirmiers (FNI), le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil) et l'Assurance Maladie ont signé **lundi 4 novembre 2019 l'avenant 7 à la convention nationale des infirmiers**.

La loi de modernisation de notre système de santé¹ a créé la possibilité pour les Infirmiers d'exercer en **Pratique Avancée (IPA)** en vue de faciliter la prise en charge en ambulatoire et de soutenir les médecins dans la prise en charge de patients atteints de pathologies ciblées : accident vasculaire cérébral, diabète de type 1 et de type 2, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie etc.²

Dans le respect du parcours de soins, l'infirmier en pratique avancée participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui a été confié par un médecin. **L'avenant 7** a pour but de déterminer, pour les infirmiers en pratique avancée (**IPA**) exerçant à titre libéral sous le régime conventionnel, les modalités de leur exercice professionnel et les modalités de valorisation de leur activité.

- **Les professions de rééducation (Diététiciens, orthoptiste, kiné, etc.)**

Masseur-kiné : La Méthode Mézières est une méthode de rééducation conçue et élaborée dès 1947 par Françoise Mézières, kinésithérapeute. Le traitement se fait par des postures d'étirement qui permettent d'obtenir un allongement, un assouplissement et une détente des chaînes musculaires contractées et/ou rétractées.

Attention Lorsque cette méthode est pratiquée, elle donne lieu à une double codification: une partie est prise en charge par la sécu en AMK, l'autre partie en Hors Nomenclature. Un remboursement n'est fait que sur les AMK et en aucun cas sur le HN qui ne doit pas être considéré comme du dépassement d'honoraires.

- **Les professions médico-techniques (Ambulancier, préparateur en pharmacie, etc.)**

Les **taux de remboursement** de la Sécurité Sociale sont applicables, quel que soit le lieu des soins dispensés :

- au cabinet du praticien ou de l'auxiliaire médical ;
- au domicile du malade ;
- dans un dispensaire, un centre de soins ou en consultation externe à l'hôpital.

Taux de remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie					
Médecin consulté	Tarif*	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*	TM reste à charge ou Mutuelle
infirmières, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	-	100 %	60 %	-	40 %
masseurs-kinésithérapeutes	16,13 € la séance	16,13 € la séance	60 %	9,68 €	5,95 €

*Une franchise médicale de **0.50 €** est appliquée sur tous les actes effectués par des auxiliaires médicaux. La **franchise médicale** est une somme d'argent déduite du remboursement de la Sécurité sociale et qui n'est pas prise en charge par les mutuelles responsables.

La franchise médicale a été mise en place dans le but de responsabiliser les assurés et d'éviter la surconsommation médicale.

 La franchise médicale est plafonnée à 2 € par jour, quel que soit le nombre d'actes paramédicaux effectués dans la journée.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, publiée au Journal officiel du 27 janvier 2016.

² Pathologies chroniques stabilisées, en prévention et polypathologies courantes en soins primaires (accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et de type 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie) ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale ; psychiatrie et santé mentale.

ANALYSES ET EXAMENS BIOLOGIQUES

Actes de biologie pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et réalisés par un laboratoire d'analyse médicale.

Le prélèvement est réalisé par un technicien de laboratoire ou un auxiliaire médical.

 **Il est important** de retenir qu'une prise de sang ou toute autre analyse biologique ou médicale devra avoir fait l'objet d'une prescription médicale pour être prise en charge par l'assurance maladie.

Certains examens de biologie médicale, même prescrits, ne font pas l'objet de remboursement par l'assurance maladie. On parle **d'actes hors nomenclature**. Il s'agit souvent d'examens qui réclament d'effectuer des recherches spécifiques sur le prélèvement pratiqué. Selon votre contrat votre complémentaire santé, peut prendre en charge partiellement ou en totalité la dépense.

Pour les prises de sang pratiquées à domicile, une indemnité forfaitaire de déplacement de **2,50 €** est prévue. Le remboursement par l'assurance maladie suppose cependant que le prescripteur ait indiqué de manière explicite la nécessité du déplacement à domicile, au regard par exemple de l'état de santé du malade. On peut, le cas échéant, envisager la prise en charge de frais qui pourraient être facturés – selon un barème défini – au titre d'indemnités kilométriques. On prend alors en compte des critères objectifs d'éloignement.

Taux de remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie					
	Tarif*	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé**	TM reste à charge ou Mutuelle
Actes cotés B (actes de biologie)	-	100 %	60 %	-	40 %
Actes cotés P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	-	100 %	70 %	-	30 %
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	-	100 %	70 %	-	30 %
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	-	100 %	60 %	-	40 %
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	-	100 %	100 %	-	-

PHARMACIE

Quelles sont les règles de remboursement de vos médicaments ?

Les médicaments sont pris en charge par l'Assurance Maladie sur prescription délivrée par un médecin, une sage-femme, un chirurgien-dentiste, un directeur ou directeur adjoint de laboratoire d'analyses, dans la limite de leur exercice professionnel.

Certains topiques³ à usage externe peuvent également être pris en charge lorsqu'ils sont prescrits par un pédicure-podologue.

Pour permettre le remboursement du médicament, la prescription doit être faite dans le cadre des indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge, et les médicaments doivent figurer sur la « Liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux », fixée par arrêté ministériel, pour chaque médicament prescrit, la prescription doit notamment indiquer la posologie et la durée du traitement ou le nombre d'unités de conditionnement (boîte ou flacon).

Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans sont exonérés, il n'y aura donc pas de franchise déduite du remboursement.

Quels sont les médicaments concernés par la franchise ?

Tous les médicaments remboursables sont concernés (médicaments allopathiques ou homéopathiques, préparations magistrales).

Les pansements ne sont pas concernés, ce ne sont pas des médicaments, ce sont des dispositifs médicaux appartenant à la Liste des produits et prestations (LPP)⁴.

³ Topique est un terme appliqué à un médicament qui doit être appliqué à la surface du corps, comme par exemple une pommade.

⁴ La LPP est la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie. Il s'agit notamment des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables et des véhicules pour handicapés physiques.

Comment s'applique la franchise sur les médicaments ?

Le montant de la franchise est de 0,50 € par boîte de médicaments ou toute autre unité de conditionnement (flacon par exemple).

Exemple, si vous achetez une boîte de médicaments 10 €, et que ce médicament est remboursé à 65 %, l'Assurance Maladie vous remboursera 6 € (6,50 € - 0,50 € de franchise).

Une franchise est prélevée quel que soit le coût du médicament remboursé. Dans certains cas le montant de la franchise pourra par conséquent être inférieur à 0,50 €.

Exemple, pour un médicament dont le reste à charge est de 0,30 €, la franchise se montera seulement à 0,30 €.

La franchise médicale n'est prélevée que sur les médicaments remboursés par l'Assurance Maladie.

Qu'est-ce que le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)⁵

Il est destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des produits équivalents en termes d'efficacité (médicaments génériques et médicaments de marque).

Un mode de calcul simple

Le TFR est calculé à partir du prix des médicaments génériques les moins chers.

Votre remboursement en pratique

Si vous acceptez un médicament générique, cela ne change rien pour vous, il sera remboursé comme d'habitude.

En revanche, si vous écarter un médicament générique parce que vous préférez un médicament de marque, vous serez remboursé uniquement sur la base du TFR.

Exemple, un médecin vous prescrit un médicament de marque qui coûte 10 € et qui dispose d'un TFR égal à 8 €. **Si vous refusez** que le pharmacien vous délivre un médicament générique, vous paierez votre médicament de marque 10 €, **soit 2 € plus cher** que le générique, et vous ne serez **remboursé que sur la base de 8 €** et non de 10 €.

 **À noter** : N'hésitez donc pas à demander à votre médecin traitant de **vous prescrire un médicament générique**, et à **accepter un médicament générique** lorsque votre pharmacien vous le propose. Vous serez **aussi bien soigné** et vous dépenserez moins.

Quels sont les documents à fournir à la mutuelle

- Décompte Sécurité Sociale (s'il n'y a pas eu de télétransmission avec la Sécurité Sociale).
- Facture du pharmacien avec la mention que le TM a été réglé directement par l'adhérent.
- Si tiers payant total (dispense d'avance de frais mutuelle et SS) aucun document

Taux de remboursement des médicaments par l'Assurance Maladie					
	Tarif*	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé**	TM reste à charge ou Mutuelle
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	-	100 %	100 %	-	0 %
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	-	100 %	65 %	-	35 %
Médicaments à service médical rendu modéré	-	100 %	30 %	-	70 %
Médicaments à service médical rendu faible	-	100 %	15 %	-	85 %
Préparations magistrales (PMR)	-	100 %	65 %	-	35 %
Préparations magistrales à base de spécialités déconditionnées ayant un taux de prise en charge à 30 % (PM4) (Préparation médicamenteuse effectuée par le pharmacien quand le médicament n'est pas produit par l'industrie.)	-	100 %	30 %	-	70 %
Médicaments homéopathiques et préparations magistrales homéopathiques (PMH)	-	100 %	30 %	-	70 %

⁵ Le TFR est un tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments. Il concerne aujourd'hui environ 2 800 spécialités (sur un peu plus de 4 300 spécialités remboursables).

Qu'est-ce qu'un petit appareillage ?

On appelle « **petit appareillage** » un dispositif matériel permettant de compenser une fonction organique déficiente.

Votre caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), tous régimes confondus, rembourse « **le petit appareillage** » à hauteur de 60% de la Base de Remboursement (BR).

Exemples : bandages, cheville, semelles amovibles sur mesures, chaussures thérapeutiques, bas de contention, ceinture de soutien lombaire, collier cervical, attelles...

Pour être pris en charge, l'appareillage doit :

- Figurer sur la liste des produits et préparations remboursables par les caisses d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- Être prescrit sur une ordonnance indépendante de tout autre traitement et précisant la finalité médicale de l'appareillage.

Qu'est-ce qu'un grand appareillage ?

On appelle « **grand appareillage** » les véhicules pour handicapés physiques, les prothèses oculaires et faciales et les ortho-prothèses.

Pour être pris en charge, l'appareillage doit :

Votre caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), tous régimes confondus, rembourse « **le grand appareillage** » à hauteur de 100% de la Base de Remboursement (BR).

Pour être pris en charge, l'appareillage doit :

- Figurer sur la liste des produits et préparations remboursables par les caisses d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- Être prescrit par un médecin justifiant d'une des spécialités suivantes :
 - Prothèses oculaires et maxillo-faciales : ophtalmologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique et reconstructrice.
 - Podo-orthèses, ortho-prothèses sur mesure : médecine physique et réadaptation fonctionnelle, orthopédie, rhumatologie, neurochirurgie, neurologie, endocrinologie, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie vasculaire, pédiatrie, dermatologie ou gériatrie. Pour ces trois dernières spécialités, la prise en charge initiale est également subordonnée au rattachement du prescripteur à un établissement de santé.
- La prescription doit préciser les caractéristiques attendues de l'appareillage et, pour les fauteuils roulants, elle doit préciser s'il s'agit d'un achat ou d'une location et de quelle durée.
- Être délivré par un fournisseur conventionné ou habilité par votre caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).
- Faire l'objet d'une demande d'accord préalable auprès de votre caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Cet accord est tacite en l'absence de réponse de votre caisse sous 15 jours après réception de votre demande.

À noter : Votre médecin traitant peut vous prescrire le renouvellement de votre appareillage. Comme pour la prescription initiale, elle doit faire l'objet d'une entente préalable avec votre caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Le saviez-vous ?

La prestation de compensation du handicap (PCH) peut participer à la prise en charge de vos frais. Pour connaître vos droits, adressez-vous à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de votre lieu de résidence ou à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Comment être remboursé(e) de la part mutuelle ?

Envoyez à la mutuelle :

- Le décompte de votre caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) où figure le détail des actes d'appareillage qu'elle vous a remboursés.
- La facture détaillée et acquittée du professionnel de santé.

Taux de remboursement des médicaments par l'Assurance Maladie					
	Tarif*	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé**	TM reste à charge ou Mutuelle
Pansements, accessoires, petit appareillage	-	100 %	60 %	-	40 %
Orthopédie	-	100 %	60 %	-	40 %
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapé physique)	-	100 %	100 %	-	le dépassement
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	-	100 %	100 %	-	0 %

HOSPITALISATION

Dans un hôpital public ou une clinique privée conventionnée, les frais liés à l'hospitalisation sont pris en charge à 80 % par l'Assurance Maladie (sauf cas particuliers). Vous serez remboursé après envoi à votre caisse d'Assurance Maladie du bon de sortie remis par l'établissement de soins lorsque vous le quittez.

Les frais d'hospitalisation comprennent :

- les frais de séjour ;
- les frais de salle d'opération ;
- les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux ;
- les frais d'analyses et d'examens de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier. Cela concerne tous les honoraires relatifs aux actes de chirurgie, d'anesthésie, de technique médicale ou d'imagerie pratiqués dans le cadre d'une hospitalisation.

L'Assurance Maladie prend en charge également une partie des soins réalisés avant ou après une hospitalisation. Vous serez, par exemple, remboursé à 70 % lors d'une consultation chez un anesthésiste, avant une opération, et à 60 % si vous avez besoin de séances de rééducation après une intervention chirurgicale.

L'adhérent reste toujours libre du choix de l'établissement. Quel que soit l'établissement hospitalier choisi, conventionné ou non, sa mutuelle santé le remboursera, selon la garantie (seul le reste à charge pourra être différent).

Taux de remboursement des médicaments par l'Assurance Maladie					
	Tarif*	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé**	TM reste à charge ou Mutuelle
Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)	-	100 %	80 %	-	20 %
Frais d'hospitalisation	-	100 %	80 %	-	20 %
Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	-	100 %	65 %	-	35 %

Quels sont les frais non pris en charge par l'Assurance Maladie en cas d'hospitalisation ?

À votre sortie d'hôpital, vous aurez à régler :

- **Le montant du ticket modérateur**, c'est-à-dire la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie (20 % des frais d'hospitalisation),
- **Le forfait journalier** ; Montant dû par l'assuré pour payer les frais d'hébergement. Le montant est de 20€/jour (15€ en psychiatrie), dès la première nuit, pour tout séjour supérieur à 24h, y compris le jour de sortie, ceci que l'on soit en chambre double ou individuelle.
- **Le forfait de 24€ sur les actes lourds** ; Participation forfaitaire de l'assuré, pour des actes dont le montant est égal ou supérieur à 120€
- **Les dépassements d'honoraires médicaux**. Supplément tarifaire appliqué surtout par les médecins non conventionnés ou appartenant au secteur 2.
- **Les éventuels suppléments** pour confort personnel, montants qui varient selon les établissements
 - **Une chambre individuelle**,
 - **Le téléphone, la télévision, Wifi etc.** ;
 - **Frais accompagnant**

Toutefois, ces frais peuvent être remboursés en partie ou en totalité selon votre garantie. Renseignez-vous auprès de la mutuelle pour savoir si votre contrat le prévoit.

Une exonération dans certaines situations du forfait journalier

Vous n'aurez pas à payer le **forfait journalier** dans les situations suivantes :

- vous êtes une femme enceinte hospitalisée pendant les 4 derniers mois de grossesse, ou pour l'accouchement ou pendant les 12 jours après l'accouchement ;
- vous bénéficiez de la Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS) ou de l'aide médicale d'État ;
- votre enfant est hospitalisé dans les 30 jours suivant sa naissance ;
- votre hospitalisation est due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle (lorsque l'hospitalisation est imputable à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle) ;
- vous êtes soigné dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ;
- votre enfant handicapé de moins de 20 ans est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle ;
- vous dépendez du régime d'Alsace-Moselle ;
- vous êtes titulaire d'une pension militaire ;
- vous êtes victime d'un acte de terrorisme et bénéficiez d'une prise en charge intégrale pour les soins en rapport avec cet événement dès lors que vous possédez une attestation en cours de validité.

La Chambre particulière

Elle n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Le remboursement s'effectue dans la limite d'un montant forfaitaire fixé selon votre contrat, par journée d'hospitalisation en chambre particulière dans l'établissement de soins.

Le saviez-vous:

- ⇒ Si vous séjournez dans une chambre particulière sans l'avoir demandé (par exemple faute de place), vous n'avez pas à acquitter cette prestation)
- ⇒ La chambre particulière vous est attribuée sur prescription médicale, elle ne peut pas faire l'objet d'une facturation. (Décret du 2019-719 du 8 juillet 2019).

Contactez votre mutuelle pour connaître le tarif de prise en charge par votre garantie de la chambre particulière.

A noter : Facturation de la chambre particulière ce qu'il faut savoir :

- ⇒ Vous devez en avoir fait expressément la demande
- ⇒ Vous devez être préalablement être informé sur le coût
- ⇒ Un document doit être complété et signé

ATTENTION la chambre particulière n'est pas prise en charge pour :

Les séjours en cures médicales en établissement de personnes âgées, dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux, à caractère éducatifs psychopédagogiques et professionnels, dans les services de long séjours et établissement pour personnes âgées.

Comment être remboursé(e) de la part mutuelle ?

Les demandes de remboursement de vos frais d'hospitalisation non pris en charge par l'Assurance Maladie (forfait journalier, chambre particulière, dépassement d'honoraires et frais accompagnants) doivent être adressées à la mutuelle accompagnée : De l'original de la facture hospitalière (bordereau 615) et du bulletin de sortie.

Pour les frais de télévisions, les demandes de remboursement doivent être adressées dans les 30 jours après la sortie d'hospitalisation à votre mutuelle accompagnée de l'original de la facture ou du justificatif de la location du téléviseur, La copie du bulletin d'hospitalisation.

Cas de prise en charge à 100% de votre hospitalisation

Vos frais d'hospitalisation seront intégralement remboursés si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- vous êtes hospitalisé(e) pour un acte thérapeutique ou diagnostique d'un coefficient supérieur ou égal à 60, ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 € (mesure instaurée par le décret n° 2011-201 du 21 février 2011, applicable depuis le 1er mars 2011) ;
- vous êtes hospitalisé(e) plus de trente jours consécutifs (votre prise en charge à 100 % débute alors le trente et unième jour) ;
- vous êtes enceinte et devez être hospitalisée pendant les quatre derniers mois de votre grossesse, pour votre accouchement, ou pendant douze jours après ;
- pour votre nouveau-né, s'il est hospitalisé dans les trente jours suivant sa naissance ;
- vous êtes hospitalisé(e) en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- vous êtes hospitalisé(e) en raison d'une affection de longue durée ;
- pour votre enfant mineur, s'il est hospitalisé suite à des sévices sexuels ;
- vous percevez une rente pour un accident du travail (avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66,66 %). Vos ayants droit bénéficient eux aussi de cette prise en charge à 100 % ;
- vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou veuve invalide, d'une pension vieillesse qui a remplacé votre pension d'invalidité, ou d'une pension militaire ;
- vous dépendez du régime d'Alsace-Moselle ;
- vous bénéficiez de la Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS) ou de l'aide médicale de l'État ;
- vous êtes victime d'un acte de terrorisme et bénéficiez d'une prise en charge intégrale pour les soins en rapport avec cet événement dès lors que vous possédez une attestation en cours de validité.

 **A noter** Quelle que soit votre situation, cette prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie ne s'applique **ni** au **forfait hospitalier**, lorsqu'il est dû, **ni** aux **frais pour confort personnel**.

Dans quel cas vos frais de transport sont-ils pris en charge ?

Vous pouvez être remboursé de vos frais de transport médical pour des soins ou examens appropriés à votre état de santé si vous êtes concernés par un des 3 cas suivants.

Vous devez réaliser certains soins ou des examens liés à votre état de santé

Vos frais de transport sont remboursés par l'Assurance Maladie, sur prescription médicale dans les cas suivants :

- transports liés à une hospitalisation (entrée et/ou sortie de l'hôpital), quelle que soit la durée de l'hospitalisation (complète, partielle, ou ambulatoire) ;
- transports liés aux traitements et soins en lien avec votre affection longue durée (ALD) et si vous présentez une incapacité ou déficience au déplacement définies par le Référentiel de prescription des transports (PDF) ;
- transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- transport en ambulance, si votre état nécessite d'être allongé ou sous surveillance.

Vos soins vous obligent à un certain mode de déplacement, Vos frais de transports seront alors remboursés par l'Assurance Maladie, si, pour vous soigner, vous êtes obligé :

- de parcourir une **longue distance** (plus de 150 km aller) ;
- de vous déplacer plusieurs fois (transports **en série** - au moins 4 voyages de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement).
- transports **en avion ou bateau de ligne** ;

Vous devez demander l'accord préalable à l'Assurance Maladie pour vous faire rembourser.

Vous accompagnez une personne dont l'état de santé nécessite une assistance Vos frais de transports seront remboursés par l'Assurance Maladie, sur prescription médicale dans les situations suivantes :

- pour accompagner un **enfant ou un adolescent** dans un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) ;
- pour accompagner un enfant de moins de 16 ans ou une personne dont l'état **nécessite l'assistance d'un tiers**. Dans cette situation, le médecin doit préciser la nécessité d'une personne accompagnante sur la prescription médicale.

Vous devez demander l'accord préalable de l'Assurance Maladie pour vous faire rembourser. Comment procéder ?

- Votre médecin doit vous remettre une prescription médicale de transport.
- Vous devez réaliser une demande d'accord préalable et l'envoyer au médecin conseil de votre CPAM.

Après votre envoi, l'absence de réponse sous 15 jours vaut accord. En cas de refus, vous recevez un courrier de l'Assurance Maladie.

Quelle que soit la situation, la prise en charge des frais de transport nécessite :

- ⇒ Une **prescription médicale**. Si le médecin estime que votre situation le justifie, il prescrit le mode de transport le mieux adapté à votre état de santé et à votre niveau d'autonomie, dans le respect du Référentiel de prescription des transports (PDF) ;
- ⇒ Une **convocation** : La convocation tient lieu de prescription médicale, le mode de transport y est indiqué ;
 - du service médical de l'Assurance Maladie,
 - de la commission régionale d'invalidité,
 - d'un médecin expert (pour une expertise médicale de la sécurité sociale),
 - ou pour un rendez-vous chez un fournisseur d'appareils (prothèses oculaires et faciales, podo-orthoprothèses, orthoprothèses).
- ⇒ Et pour **certains types de transports**, l'accord préalable de l'Assurance Maladie.

 **À noter** En dehors de ces situations, les transports ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie, même s'ils sont prescrits par un médecin.

Combien et comment vous faire rembourser ?

Les frais de transport pris en charge par l'Assurance Maladie sont, en règle générale, **remboursés à 65 %** suivant des modalités variables selon le mode de transport.

Le remboursement s'effectue sur présentation :

- de la **prescription médicale** - et éventuellement après **accord préalable** de l'Assurance Maladie ;
- du **justificatif de paiement**.

La franchise médicale est une **somme qui est déduite des remboursements** effectués par votre caisse primaire d'assurance maladie sur les transports sanitaires.

- Le montant de la franchise médicale est de 2 € par transport. **Par exemple**, dans le cas suivant 1 aller/retour = 2 franchises = 4 €.
- La franchise médicale concerne les transports : **en taxi conventionné ; en véhicule sanitaire léger (prise en charge de transport en VSL) ; en ambulance**.

Elle ne concerne ni les transports en véhicule personnel, ni les transports en commun, ni les transports d'urgence (appel du Samu, centre 15).

Le **plafond journalier est fixé à 4 euros par jour**. L'Assurance Maladie ne peut donc pas déduire un montant de plus de 4 € par jour au titre de la franchise médicale pour les frais de transport.

Le remboursement de vos traitements d'orthodontie

Les traitements d'orthodontie ou traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont pris en charge par l'Assurance Maladie sous réserve d'obtenir l'accord préalable de votre caisse d'Assurance Maladie et s'ils sont commencés avant le 16e anniversaire.

⇒ **À titre exceptionnel**, les enfants de plus de 16 ans peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance Maladie pour un semestre de traitement préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires. Ce semestre n'est pas renouvelable.

Les traitements d'orthodontie sont remboursés à 70 % (actes inférieurs à 120 euros) ou à 100 % (actes supérieurs à 120 euros) sur la base de tarifs dits « de responsabilité », très souvent inférieurs à leur coût réel. En effet, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des traitements d'orthodontie est libre.

- ⇒ **Avant le traitement** d'orthodontie lui-même, votre praticien a besoin d'effectuer un diagnostic. Pour cela, il est nécessaire d'effectuer des examens (moulages, radios, etc) et un bilan (devis préalable). Ces examens sont cotés TO 15 + 5 (la prise en charge de votre caisse d'assurance maladie est de 70% soit 30,10 € (hors participation de votre mutuelle).
- ⇒ **Si les radios** sont effectuées au cabinet d'orthodontie, elles sont cotées en « lettre Z ». La prise en charge de votre caisse d'assurance maladie est de 70% (hors participation de votre mutuelle). Les radios peuvent aussi être effectuées chez un radiologue et, dans ce cas, le montant vous sera facturé par le radiologue.
- ⇒ **Chaque semestre est coté TO 90** et est remboursé 193.50 € par votre caisse d'assurance maladie, le reste à charge pouvant être remboursé partiellement ou totalement par votre mutuelle ou votre assurance complémentaire selon votre contrat. Le remboursement se fait par période de 6 mois et à la fin de la période de 6 mois (une seule exception : le 1er semestre qui peut être remboursé par moitié au début du traitement et par moitié à la fin du 6ème mois).
- ⇒ **Chaque patient a droit à 6 semestres** de traitement actif puis à 2 années de contention (stabilisation du traitement). Les semestres de traitement actif peuvent être consécutifs ou entrecoupés de périodes dites de « surveillance ». Ces phases de surveillance sont cotées TO 5 (2 au maximum par semestre) et sont remboursées à 70 % soit 15,05 € par semestre (hors participation de votre mutuelle). Ces périodes de surveillance sont souvent nécessaires après une première phase de traitement et afin d'attendre, par exemple, la mise en place des dents permanentes.
- ⇒ **La contention** suit le traitement actif afin de stabiliser les résultats obtenus. La première année est cotée TO 75 et est remboursée 161.25 € par votre caisse d'assurance maladie (toujours hors participation de votre mutuelle pour le reste à charge). La deuxième année est cotée TO 50 et est remboursée 107.50 € par votre caisse d'assurance maladie (toujours hors mutuelle).

La demande d'accord préalable

Complétez avec votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste une demande d'entente préalable.

- ⇒ **En cas de refus**, votre caisse d'Assurance Maladie vous adresse, sous 15 jours, une notification indiquant les motifs du refus médical ou administratif.
- ⇒ **Au-delà de ce délai de 15 jours**, si vous ne recevez pas de réponse de votre caisse d'Assurance Maladie, considérez que votre demande a été acceptée.

 **Attention** : l'accord de votre caisse d'Assurance Maladie est valable **6 mois**. Vous devez donc débiter les soins dans les 6 mois qui suivent cet accord. Au-delà, les frais ne seront pas pris en charge.

Tarifs et remboursements des traitements d'orthodontie				
Traitement d'orthodontie	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé (1)
Traitement par semestre (6 semestres maximum)	Honoraires libres	193,50 €	100 %	193,50 €
Séance de surveillance (2 séances maximum par semestre)	Honoraires libres	10,75 €	70 %	7,53 €
Contention 1 ^{re} année	Honoraires libres	161,25 €	100 %	161,25 €
Contention 2 ^e année	Honoraires libres	107,50 €	70 %	75,25 €

(1) Le montant remboursé ne tient pas compte de la participation forfaitaire de 1 € éventuellement retenue si le traitement est réalisé par un médecin stomatologiste. Pour rappel, la participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas aux consultations, actes et soins réalisés par un chirurgien-dentiste.

Un devis écrit et détaillé

Contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des traitements d'orthodontie est libre. Cependant, votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « **avec tact et mesure** » et de vous en informer au préalable au moyen d'un devis que vous signerez, éventuellement, pour acceptation. Ce devis doit être établi par écrit et comporter notamment :

- la description précise et détaillée du traitement proposé et/ou des matériaux utilisés ;
- le montant des honoraires correspondant au traitement ;
- le montant remboursé par l'Assurance Maladie ;
- les éventuels suppléments.

À noter : La différence entre le montant des honoraires payés et le montant remboursé par l'Assurance Maladie peut éventuellement être prise en charge par votre complémentaire santé si le contrat que vous avez souscrit le prévoit. Renseignez-vous auprès d'elle.

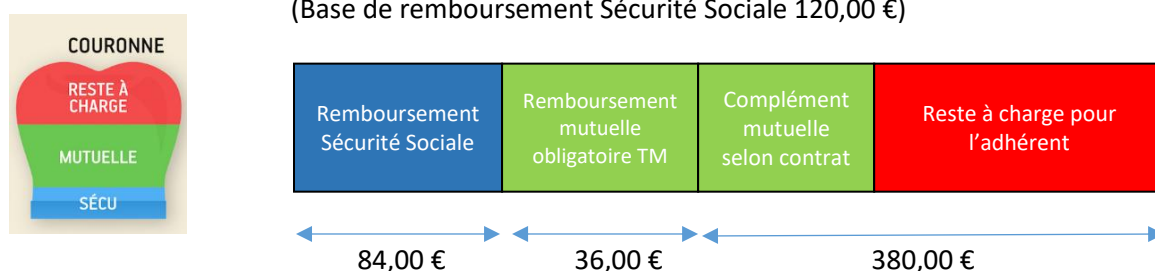
Le reste à charge zéro ou 100% santé

Ce qui va changer en **optique**, **dentaire** et **audioprothèse**.

A partir du 1er janvier 2020, tous les contrats “responsables” des mutuelles (soit la grande majorité d’entre eux), qu’ils soient souscrits ou renouvelés, intégreront ce charge zéro ou (RAC 0) ou 100% santé (LFSS 2019 Loi de Financement de la Sécurité Sociale Article 51) pour les soins **optiques** et **dentaires**. Il faudra attendre une année supplémentaire, soit le 1er janvier 2021, pour les soins **auditifs**.⁶

Pour comprendre le reste à charge zéro ou (RAC 0) ou 100% santé. Il faut comprendre ce qu’est le reste à charge (RAC). Lors d’un soin, cela désigne tout ce que le patient doit payer de sa poche après le remboursement de la sécurité sociale AMO et la prise en charge éventuelle de la mutuelle AMC.

Exemple de Remboursement pour une couronne dentaire à 500 €
(Base de remboursement Sécurité Sociale 120,00 €)



Il existe 4 grands types de Reste à Charge :

- le **TM - Ticket Modérateur**, c’est-à-dire la différence entre la **Base de remboursement (BR) de la Sécurité Sociale** et son remboursement
- les dépassements d’honoraires (tout ce qui dépasse de la **BR**)
- la participation forfaitaire de 1 €
- les franchises médicales.

Le 100% santé consiste à supprimer ce reste à charge pour certains types de soins : La réforme permettra, d’ici 2021, l’accès pour tous à des équipements ou des actes nécessaires et de qualité à prix encadrés en **optique**, **audio** et **dentaire**. Les prestations définies dans les paniers de soins de chaque secteur seront intégralement remboursées par l’Assurance maladie et complémentaires santé, sans aucun reste à charge pour le patient. Elle concernera tous les assurés ayant souscrit une complémentaire santé soit environ 95% des français.

Lors de l’achat d’une **audioprothèse**, une **prothèse dentaire** ou d’une **paire de lunettes de vue**, le praticien ou le vendeur proposera au moins un produit par gamme, ou par catégorie, remboursé à 100 %.

En revanche, une offre dite libre impliquant un reste à charge pour le patient sera toujours proposée.



⁶ Source FNMF – La Fédération Nationale de la Mutualité Française regroupe les mutuelles de complémentaire santé et prévoyance.

SOINS DENTAIRE

(En cours de revalorisation - accord signé le 26 juin 2018 – Mise en place à compter du 1^{er} avril 2019 et jusqu'en 2023)

Le remboursement de vos consultations

Les consultations chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste conventionné sont prises en charge par l'Assurance Maladie et remboursées à 70 % sur la base de tarifs conventionnels (sauf exception : affection de longue durée, accident du travail, CMU-C, aide médicale de l'Etat...). Des dépassements d'honoraires sont possibles dans certains cas.

Vous pouvez consulter directement un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste sans passer par votre médecin traitant. Vous serez remboursé normalement.

Tarifs et remboursements des consultations				
Praticien consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Chirurgien-dentiste	23,00 €	23,00 €	70 %	16,10 €
Chirurgien-dentiste spécialisé en traitement orthopédie dento-faciale (ODF)	23,00 €	23,00 €	70 %	16,10 €
Médecin stomatologiste exerçant en secteur 1	28,00 €	28,00 €	70 %	18,60 € (1)
Médecin stomatologiste exerçant en secteur 2	Honoraires libres	23,00 €	70 %	15,10 € (1)

Dépassements d'honoraires

Les consultations chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste peuvent faire l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les situations suivantes :

- En cas d'une exigence particulière de votre part comme, par exemple, une consultation en dehors des horaires habituels du cabinet ;
- Vous consultez un chirurgien-dentiste qui dispose d'un droit permanent à dépassement (DP) ;
- Vous consultez un médecin stomatologiste qui exerce en secteur 2, dit secteur à honoraires libres.

Vous serez remboursé sur la base du tarif conventionnel et non sur la base des honoraires payés. Les dépassements d'honoraires, en effet, ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie. Ils peuvent éventuellement être pris en charge par votre garantie si elle le prévoit. Renseignez-vous auprès de la mutuelle.

 Dans chacune de ces situations, votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous en informer au préalable.

Le remboursement de vos soins dentaires

Les soins dentaires comprennent les soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et les soins chirurgicaux (extraction, etc.).

Ils sont pris en charge par l'Assurance Maladie s'ils figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, et sont remboursés à 70 % sur la base de tarifs conventionnels.

Les tarifs ci-dessous concernent les soins réalisés sur les dents de lait et sur les dents permanentes, à l'exception des soins réalisés sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans. Les soins ont été revalorisés le 1^{er} avril 2019.

Tarifs et remboursements des soins dentaires (au 1 ^{er} avril 2019, à l'exception des soins réalisés sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans)			
Soins dentaires	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé(1)
Détartrage	28,92 €	70 %	20,24 €
Traitement d'une carie une face	25,06 €	70 %	17,54 €
Traitement d'une carie deux faces	42,00 €	70 %	29,40 €
Restauration avec ancrage	100,00 €	70%	70,00 €
Dévitalisation d'une incisive ou d'une canine	33,74 €	70 %	23,61 €
Inlay/Onlay 3 faces	100,00 €	70 %	70,00 €
Scellement de sillons (4 dents)	104,11 €	70 %	72,87 €
Extraction d'une dent de lait	25,00 €	70 %	17,50 €
Extraction d'une dent permanente	33,44 €	70 %	23,40 €

(1) Le montant remboursé tient compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'État. Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné à 50 € par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et par bénéficiaire.

 À noter que la participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés par un chirurgien-dentiste.

PROTHESE DENTAIRE

(En cours de revalorisation - accord signé le 26 juin 2018 – Mise en place à compter du 1^{er} avril 2019 et jusqu'en 2023)

Le remboursement de vos prothèses dentaires

Depuis le 1^{er} avril 2019, pour les rendre plus accessibles, le tarif de certains actes prothétiques est plafonné. Ainsi, pour 11 actes (tableau ci-dessous), les chirurgiens-dentistes ne doivent pas facturer au-delà des montants maximums autorisés.

Les prothèses dentaires sont prises en charge par l'Assurance Maladie si elles figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, et sont remboursées à 70 % sur la base de tarifs dits de responsabilité ou tarifs conventionnels, souvent inférieurs à leur coût réel.

En effet, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des prothèses dentaires est libre (sauf pour celles pour lesquelles les tarifs sont plafonnés (voir ci-dessous). À noter que le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous délivrer une information précise préalable au moyen d'un devis écrit.

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Elle peut être amovible ou fixe, et partielle ou complète.

- **Prothèse dentaire amovible** : Comme son nom l'indique, il s'agit d'une prothèse qui peut être enlevée aisément par le patient même. Elle est généralement maintenue en place par l'adhérence naturelle à la gencive, ou peut s'appuyer sur les dents adjacentes.
- **Prothèse dentaire amovible partielle** : Il s'agit d'un appareil dentaire amovible qui remplace plusieurs dents.
- **Prothèse dentaire amovible complète** : Il s'agit d'un appareil dentaire amovible remplaçant toutes les dents d'un maxillaire. C'est généralement une prothèse en résine qui s'appuie sur les gencives et muqueuses.
- **Prothèse dentaire fixe** (comme les couronnes et les bridges) : C'est une prothèse qui ne peut pas être enlevée, elle est solidement fixée au maxillaire par les dents naturelles ou par des implants.

Couronne dentaire : la couronne dentaire prothétique est une "coiffe" qui recouvre la zone endommagée de la dent, et la protège des agressions externes, ou encore remplace la zone coronaire manquante.

- **Couronnes métalliques** : Elles ne sont pas esthétiques mais sont les moins onéreuses. Les métaux utilisés sont : nickel-chrome (possibilité d'allergie au nickel), métal semi-précieux couleur or blanc (supprime l'inconvénient de l'intolérance au nickel), métal précieux couleur or (le métal précieux est plus facile à travailler au laboratoire et est d'un contact plus agréable en bouche avec les dents naturelles).
- **Couronnes métal-céramiques ou céramo-métalliques** : C'est le type de couronnes le plus couramment utilisé. Les couronnes métal-céramique sont constituées d'une chape de métal recouverte de céramique esthétique.
- **Couronnes céramiques ou céramo-céramiques** : ce sont les couronnes les plus esthétiques car entièrement en céramique. Leur base est constituée par une céramique hautement résistante à la fracture. Elles sont tout aussi solides que des couronnes céramo-métalliques. Souvent on ne peut les différencier des dents naturelles. La céramique est le matériau le plus biocompatible, c'est-à-dire très bien tolérée par l'organisme (pas d'effet de pile, pas d'allergies et une excellente santé des gencives).
- **Couronnes provisoires (prothèses hors nomenclature)** : les couronnes provisoires sont des couronnes généralement en polymère de résine que l'on pose pendant la réalisation des couronnes prothétiques définitives. Leur degré de résistance et aspect esthétique ne sont pas ceux d'une couronne définitive.

Bridge dentaire : un bridge est un ensemble de couronnes soudées les unes aux autres, fixé sur des dents adjacentes et ayant pour but de remplacer une ou plusieurs dents manquantes.

Il se compose au minimum de 3 éléments dans le cas d'une seule dent manquante : 2 piliers (dents coiffées d'une couronne) et d'un inter (dent manquante).

Le bridge dentaire est parfois une solution alternative à la pose d'implants dentaires pour remplacer une ou plusieurs dents manquantes.

Inlay-Core : Dans le cas de dents très abîmées (délabrement carieux très important ou fracture), il est parfois quasiment impossible de poser une couronne sur le fragment de dent qui subsiste. Il est alors nécessaire de reconstituer le moignon de dent, par une technique appelée « l'inlay-core ». C'est une pièce métallique (constituée de deux parties : un ou plusieurs pivots) qui va venir s'ancrer à l'intérieur des racines, et une partie supérieure qui va servir de moignon, pour poser la couronne.

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur au coût réel d'une prothèse dentaire, les chirurgiens-dentistes pouvant fixer librement leurs tarifs.

Toutes les prothèses dentaires sont-elles prises en charge par l'Assurance Maladie ?

Certaines prothèses dentaires sont dites **non remboursables ou refusées**. Elles sont reconnues par l'Assurance Maladie Obligatoire mais non remboursées.

D'autres prothèses sont dites **hors nomenclature** (les implants par exemple). Elles ne sont pas reconnues par l'Assurance Maladie Obligatoire et ne sont pas du tout remboursées par celle-ci. Date de référence pour le calcul du remboursement : date de pose des prothèses.

La couronne sur implant est une prothèse qui peut être remboursée par la Sécurité Sociale et la prise en charge dépend alors de la codification du praticien, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des prothèses dentaires est libre. À noter cependant que le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous en informer préalablement au moyen d'un devis écrit.

Montants maximum autorisés des prothèses dentaires (au 1 ^{er} avril 2019)					
Acte prothétique	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé* AMO	Montant Ticket Modérateur	Montant du plafond maximum
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisives, canines et premières prémolaires	120,00 €	70%	84,00 €	36,00 €	530,00 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	120,00 €	70%	84,00 €	36,00 €	530,00 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	120,00 €	70%	84,00 €	36,00 €	480,00 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	120,00 €	70%	84,00 €	36,00 €	320,00 €
Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés sans « reste à charge ». Avec ou sans clavette	90,00 €	70%	63,00 €	27,00 €	230,00 €
Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à « entente directe limitée ». Avec ou sans clavette. Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive. Facturable pour la pose d'une couronne transitoire non suivie d'une couronne définitive dans les 6 mois.	90,00 €	70%	63,00 €	27,00 €	230,00 €
Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge ». Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive.	10,00 €	70%	7,00 €	3,00 €	60,00 €
Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée « à entente directe limitée »	10,00 €	70%	7,00 €	3,00 €	60,00 €
Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	279,50 €	70%	195,65 €	83,85 €	1 465,00 €
Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	279,50 €	70%	195,65 €	83,85 €	870,00 €
Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire	150,00 €	70%	105,00 €	45,00 €	280,00 €
Appareil dentaire définitif métallique de 14 dents	311,75 €	70%	218,22 €	93,53 €	-
Appareil dentaire complet en résine de 14 dents	182,75 €	70%	127,93 €	54,82 €	-

(1) Le montant remboursé ne tient pas compte de la participation forfaitaire de 1 € éventuellement retenue si les soins de prothèses dentaires sont réalisés par un médecin stomatologiste.

Pour rappel, la participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas aux consultations, actes et soins réalisés par un chirurgien-dentiste.

(2) Pour que l'assuré bénéficie d'une prise en charge par l'Assurance Maladie, la couronne devra être réalisée sur une dent qui ne peut pas être reconstituée durablement. Les couronnes sur les dents de lait, les couronnes préfabriquées, les couronnes à recouvrement partiel ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie.

(3) Pour que l'assuré bénéficie d'une prise en charge par l'Assurance Maladie, il faut au moins une dent pilier du bridge qui ne peut pas être reconstituée durablement. Les bridges sur implants ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

Un devis écrit et détaillé

Contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des prothèses dentaires est libre (à l'exception des 11 actes cités précédemment pour les chirurgiens-dentistes). Cependant, votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous en informer au préalable sur les tarifs qu'il va appliquer pour ses prothèses au moyen d'un devis que vous signerez, éventuellement, pour acceptation.

Ce devis doit être établi par écrit et comporter notamment :

- la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés ;
- le lieu de fabrication de la prothèse ;
- le montant des honoraires correspondant au traitement ;
- le montant remboursé par l'Assurance Maladie.

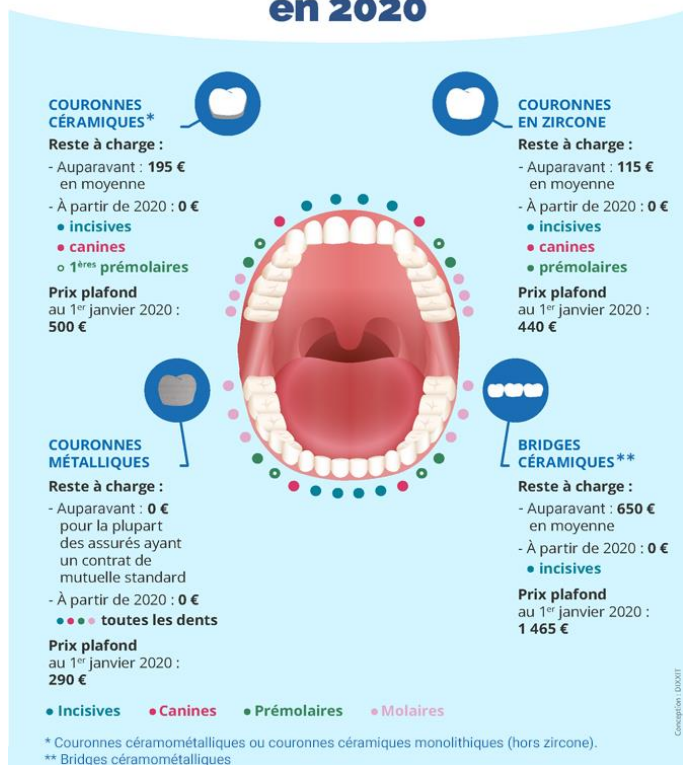
 : Vous pourrez le transmettre ensuite à votre mutuelle qui vous renseignera sur le montant de sa prise en charge. La différence entre le montant des honoraires payés et le montant remboursé par l'Assurance Maladie peut éventuellement être prise en charge par votre mutuelle si le contrat que vous avez souscrit le prévoit. Renseignez-vous auprès d'elle.

Composition du Panier A 100% santé

Sans aucun reste à charge, le remboursement sera intégralement pris en charge par la sécurité sociale et la mutuelle, cela concerne à la fois :

- les couronnes
- les inlays-core et couronnes transitoires
- les bridges métallique et céramo-métallique
- les prothèses mobiles (entrée en vigueur en 2021)

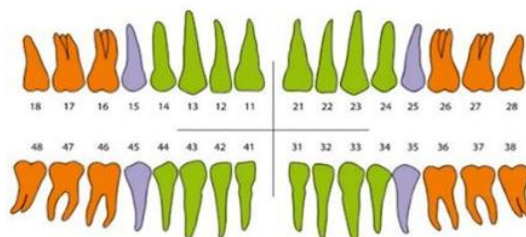
Ce qui change en 2020



	DENTS DU SOURIRE	2 ^E PRÉMOULAIRE	MOLAIRE	PANIER 100% SANTÉ
Métallique	290 €*	290 €*	290 €*	
Céramique en zircon	440 €*	440 €*	440 €*	
Céramique hors zircon	500 €*	550 €*	550 €*	
Céramo-métallique	500 €*	550 €*	Tarif libre	
Céramo-céramique	Tarif libre	Tarif libre	Tarif libre	
Sur implant	Tarif libre	Tarif libre	Tarif libre	

* Prix limites de vente.

- Reste à charge 0
- Reste à charge modéré
- Tarifs libres



Composition du Panier B Tarifs Maîtrisés

Ce panier bénéficie d'honoraires limites de facturation plafonnés (HLP)⁷ (dégressifs jusqu'en 2023). Ce panier peut engendrer un reste à charge.

Composition du Panier C Libre

Ce panier concerne les techniques et les matériaux les plus sophistiqués. Dans ce cas, vous acceptez d'avoir un reste à charge sur les soins dentaires qui variera en fonction du niveau de garantie de votre contrat, qu'à l'inverse de l'optique il n'y a pas de plafonnement des garanties des mutuelles.

A noter : La réforme prévoit également la prise en charge de nouveaux soins dentaires (prothèses provisoires et actes de prévention).

Dentier ou prothèse amovible à base résine :
 A partir de 2021, le prix plafond sera de 1 100 € : vous n'aurez plus aucun frais restant alors qu'aujourd'hui le reste à charge est en générale de 572 €.



⁷ Source UNOCAM Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». A compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcée ».

OPTIQUE

Les lunettes de vue (monture et verres) sont prises en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale. Elles sont remboursées à 60 % sur la base de tarifs officiels, fixés par la LPP⁸, variables selon l'âge du patient : moins de 18 ans ou plus de 18 ans. Plusieurs professionnels de santé peuvent intervenir dans le traitement de vos problèmes de vue.

L'ophtalmologiste

C'est le médecin spécialiste des yeux et de la vision. C'est lui qui, le plus souvent, prescrit des lunettes de vue ou des lentilles de contact. Il surveille vos yeux et votre vue, réalise des examens, détecte d'éventuels troubles ou maladies, prescrit des médicaments, de la rééducation ou réalise des interventions chirurgicales sur l'œil. Toutefois, un médecin généraliste est habilité à prescrire un équipement d'optique dès lors qu'il considère qu'il est en mesure de le faire.

À noter : Il n'est pas nécessaire de passer par votre médecin traitant pour votre suivi régulier chez l'ophtalmologiste et cela, notamment, pour la prescription et le renouvellement des lunettes (ou pour la prévention de troubles comme le glaucome). Vous serez donc remboursé comme pour une consultation normale chez un spécialiste.

Quelle est la durée de validité d'une ordonnance prescrivant des verres correcteurs ou des lentilles ?

L'original de l'ordonnance prescrite par votre médecin reste valable pour un renouvellement, sauf mention contraire y figurant :

- **Pour les verres correcteurs :**
 - 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans,
 - 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans,
 - 3 ans pour les patients âgés de plus de 42 ans ;
- **Pour les lentilles :**
 - 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans,
 - 3 ans pour les patients âgés de plus de 16 ans.

Il est donc nécessaire de conserver précieusement votre ordonnance.

L'exigence d'une prescription médicale détaillée

La prise en charge des équipements d'optique ne peut intervenir qu'au vu d'une ordonnance précisant les niveaux de correction nécessaires pour chacun des 2 yeux. Lorsqu'une monture est nécessaire, elle doit être distinctement prescrite. Si une prescription ne comporte pas ces informations, l'opticien doit considérer qu'il n'est pas en mesure d'exécuter la prescription.

Les indications médicales de prise en charge

Les nouvelles conditions de prise en charge précisent les 5 troubles de la vision justifiant la couverture financière des équipements d'optique par l'Assurance Maladie :

- astigmatisme,
- hypermétropie,
- myopie,
- presbytie,
- amblyopie.

Les restrictions de prise en charge selon l'équipement

Équipement	Indication limitative de prise en charge
Correction prismatique	Strabisme accompagné de diplopie
Verres progressifs pour enfants	Incomitance loin/près
Verres teintés	Photophobie permanente, DMLA après chirurgie de la cataracte
Verres neutres	• avec prisme incorporé • verres teintés dans conditions ci-dessus • verre plan (unique) en cas d'atteinte unilatérale

L'opticien

C'est le professionnel paramédical qui réalise des lunettes de vue et délivre des lentilles de contact sur ordonnance du médecin. Dans certaines conditions, il peut également renouveler vos lunettes en les adaptant à votre vue sans nouvelle ordonnance du médecin ; il réalisera au préalable un contrôle de votre vue.

Votre opticien doit vous remettre un devis normalisé

Ce devis doit être précis pour vous accompagner au mieux dans votre choix d'un équipement adapté. Il doit notamment vous informer sur :

⁸ La liste des produits et prestations (LPP) établit la liste des dispositifs médicaux, dont les lunettes de vue et les lentilles de contact, remboursables par l'Assurance Maladie, les modalités de leur prise en charge et les tarifs servant de base au remboursement.

La remise d'un devis

- L'obligation de remise par l'opticien d'un devis à l'assuré est pérennisée et précisée par arrêté du 29 août 2019 (Consulter l'arrêté sur le Site.legifrance.gouv.fr) .
 - les prix et caractéristiques des produits que vous achetez,
 - le prix des options non incluses initialement,
 - les modalités de prise en charge par votre organisme complémentaire d'assurance maladie,
 - si nécessaire, les prestations préalables et les prestations liées à la délivrance de votre équipement (séance d'apprentissage à la manipulation et à la pose pour les lentilles correctrices)
- L'opticien doit proposer un équipement complet (monture et verres) du panier 100% santé. Il peut en outre établir une offre mixte associant une monture du panier 100% santé à des verres du secteur à prix libres.
- Les fabricants de la monture et des verres doivent être parfaitement identifiés.
- Pour établir son devis, l'opticien doit s'appuyer sur un éventail de choix de 35 montures compatibles avec le panier 100 % santé pour les adultes et 20 pour les enfants. Lorsque certaines montures ne se distinguent que par le coloris, l'éventail doit comporter au moins 17 modèles de montures différents pour les adultes et 10 pour les enfants.

Les obligations pesant sur les fabricants

En amont de la présentation des équipements d'optique au remboursement de l'Assurance Maladie, les verriers ont l'obligation de faire référencer par le Ministère des Solidarités et de la Santé les verres destinés à être vendus au titre du « panier 100 % santé », sur présentation d'un dossier technique. Ils ne peuvent mettre sur le marché un verre relevant du secteur à prix libres qu'à condition d'avoir fait référencer parallèlement un verre du « panier 100 % santé » de correction identique.

Les industriels ont, en outre, un devoir d'approvisionnement rapide des opticiens en verres de classe A référencés.

Ils ont, par ailleurs, l'obligation de remettre à leurs clients, opticiens ou centrales d'achat, toutes les informations permettant la traçabilité des verres qu'ils commercialisent.

Le contrôle du respect de ces obligations incombe aux pouvoirs publics.

L'accès à des montures sans reste à charge est possible pour les montures dont le prix est inférieur ou égal à 30 €. Cela correspond à des montures de qualité déjà présentes sur le marché.

Le remboursement des lunettes

Les lunettes de vue (monture et verres) sont prises en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale. Depuis le 1er janvier 2020, les opticiens proposent une gamme « 100 % Santé », composée d'une sélection de lunettes de vue de qualité (monture et verres), intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie et la complémentaire santé (mutuelle).

Le panier 100% santé optique : qu'est-ce que c'est ?

Le remboursement des verres est entièrement remanié et ne repose plus sur la distinction entre moins ou plus de 18 ans mais sur la distinction entre un panier assorti de prix limite de vente et remboursement en secteur à prix libres.

La distinction des 2 paniers :

Le « **panier 100 % santé** » permet aux assurés d'accéder à des équipements d'optique sans reste à charge ;

Le « **secteur à prix libres** » avec des tarifs de remboursement fortement minimisés, et, de ce fait, un reste à charge que les contrats responsables des assurances complémentaires permettront de modérer.

CLASSE A : DES LUNETTES 100 % REMBOURSÉES

CE QU'IL FAUT SAVOIR

➞ Pour tous les autres équipements



Enfant <16 ans



Adulte



Pour les montures



Pour les verres

- > Au moins **20 montures de Classe A** en présentation physique / virtuelle
- > Au minimum **10 modèles différents**
- > **2 coloris**

Prix maximum de vente < 6 ans **50 €**

- > Au moins **35 montures de Classe A** en présentation physique / virtuelle
- > Au minimum **17 modèles différents**
- > **2 coloris**

Prix maximum de vente ≥ 6 ans **30 €**

- > **Traitement de l'ensemble des troubles visuels**
- > **Anti-reflet**
- > **Amincissement en fonction du trouble**
- > **Durcissement anti-rayures**
- > **Verres avec filtres**

De **32,50 € à 170 €**
en fonction de la correction du verre

- Le patient peut choisir des verres dans la classe A 100% santé et une monture dans la Classe B à prix libre qui peut excéder les 30€.
- Le remboursement dépend du contrat souscrit auprès de sa mutuelle
- Le remboursement de l'Assurance maladie et des complémentaires santé ne peut pas aller au-delà de 100€ pour une monture.

CLASSE B Panier libre remboursement selon votre contrat souscrit

Composition du Panier B Tarif Libre

- **Monture** - le plafond de remboursement maximum du contrat responsable est abaissé à 100€ (150€ actuellement)
- **Les verres** - la prise en charge par la sécurité sociale est diminuée à 0,05 € et le prix de vente est libre
(remboursement en fonction de votre contrat)

Montants minimaux et maximaux de prise en charge des équipements d'optique (verres et monture) lorsque le contrat prévoit une couverture en optique en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements composés d'une monture ou de verres autres que 100% santé

Cas	Verres	Planchers et plafonds de prise en charge par équipement comprenant le tarif de responsabilité (deux verres et monture)
a	Deux verres unifocaux - sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	- Minimum : 50€ - Maximum : 420€ dont 100€ au maximum pour la monture
b	Verre 1 - verre unifocal - sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries Verre 2 - verre unifocal - sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif - sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	- Minimum : 125€ - Maximum : 560€ dont 100€ au maximum pour la monture
c	Verre 1 – verre unifocal - sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries Verre 2 - verre multifocal ou progressif - sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.	- Minimum : 125€ - Maximum : 610€ dont 100€ au maximum pour la monture
d	Deux verres appartenant à une des catégories ci-dessous précisées verre unifocal - sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif - sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	- Minimum : 200€ - Maximum : 700€ dont 100€ au maximum pour la monture
e	Verre 1 – verre appartenant à une des catégories ci-dessous précisées verre unifocal - sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	- Minimum : 200€ - Maximum : 750€ dont 100€ au maximum pour la monture

	ou verre multifocal ou progressif - sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries Verre 2 - verre multifocal ou progressif - sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.	
f	Deux verres multifocaux ou progressifs - sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;	- Minimum : 200€ - Maximum : 800€ dont 100€ au maximum pour la monture

La Monture, Les verres : Quel remboursement ?

L'accès à des montures sans reste à charge est possible pour les montures dont le prix est inférieur ou égal à 30 €. Cela correspond à des montures de qualité déjà présentes sur le marché.

Les verres sont répartis en 2 classes : la classe A qui constitue l'offre 100 % Santé et exclut tout reste à charge et la classe B pour laquelle les prix sont libres.

Les spécifications techniques générales des verres de ces deux classes sont les mêmes, pour éviter toute différence en termes de qualité et performance, notamment :

- les trois catégories de verres,
- les différentes normes de résistance, de performance optique, etc.,
- les traitements anti-rayures et anti-UV.

Plus de distinction entre adulte et enfant dans la BR de la Sécurité Sociale

Type d'acte	BR 2019	Classe A		Classe B	
		BR 2020	PLV 2020	BR 2020	PLV 2020
Monture adulte	2,84 €	9,00 €	30,00 €	0,05 €	Prix libre
Monture enfant	30,49 €	9,00 €	30,00 €	0,05 €	Prix libre

Toutefois, afin de garantir la parfaite qualité de l'offre dénuée de reste à charge, des obligations supplémentaires sont imposées pour les verres du panier 100% santé, telles que :

- l'inclusion de traitements antireflets,
- un indice de réfraction minimal.

Les spécifications techniques des montures des deux classes sont identiques. La nouvelle réglementation autorise le panachage de verres relevant d'une classe et d'une monture appartenant à l'autre classe. En revanche, le panachage de verres de deux classes n'est pas autorisé.

À savoir nouveau

Les Suppléments Optique sont pris intégralement dans le Panier A 100% santé et uniquement le ticket modérateur dans le Panier B libre ses suppléments sont :

- L'Adaptation de la correction visuel
- L'Appairage
- Les Verres avec filtre
- Et Autres (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)

Les conditions temporelles de renouvellement des équipements

Les nouvelles conditions de prise en charge modifient la fréquence de renouvellement antérieure des équipements d'optique. Désormais, le renouvellement ne peut intervenir qu'au terme des durées suivantes :

Renouvellement des équipements	
16 ans et plus	2 ans
plus de 6 ans et moins de 16 ans	1 an
jusqu'à 6 ans	6 mois

Des cas de renouvellement anticipé sont cependant prévus :

Exception de renouvellement anticipé		
Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	- variations 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.	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicale particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres	
	Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique - glaucome ; - hypertension intraoculaire isolée ; - DMLA et atteintes maculaires évolutives ; - rétinopathie diabétique ; - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; - cataracte évolutive à composante réfractive ; - tumeurs oculaires et palpébrales ; - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; - antécédents de traumatisme de l'oeil sévère datant de moins de 1 an ; - greffe de cornée datant de moins de 1 an ; - kératocône évolutif ; - kératopathies évolutives ; - dystrophie cornéenne ; amblyopie ; - diplopie récente ou évolutive ; Troubles de réfraction associés à une pathologie générale - diabète ; - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; - hypertension artérielle mal contrôlée ; - sida ; - affections neurologiques à composante oculaire ; - cancers primitifs de l'oeil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ; Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours - corticoïdes ; - antipaludéens de synthèse ; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.	
Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière	

Le bris ou la perte de l'équipement ou d'une partie de l'équipement ne justifient aucune anticipation de la prise en charge de l'équipement avant le délai de droit commun. Néanmoins, en cas de trouble neurologique grave, le remboursement pourra intervenir. Dans tous les cas où un renouvellement anticipé est présenté au remboursement, la prescription doit faire état de la situation justifiant la prise en charge.

Le remboursement des lentilles

L'Assurance Maladie prend en charge les lentilles de contact, sur prescription médicale, pour les indications suivantes :

- astigmatisme irrégulier ;
- myopie égale ou supérieure à 8 dioptries ;
- strabisme accommodatif ;
- aphakie ;
- anisométrie à 3 dioptries non corrigées par des lunettes ;
- kératocône.

Les lentilles de contact sont remboursées à 60 % sur la base d'un forfait annuel, de date à date, par œil appareillé, fixé à 39,48 €, quel que soit le type de lentilles (réutilisables ou non, journalières ou hebdomadaires, etc.)

À noter : votre complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie des frais qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, si le contrat que vous avez souscrit le prévoit. Renseignez-vous auprès d'elle.

L'orthoptiste

C'est le professionnel paramédical qui réalise, sur prescription médicale, des dépistages, des explorations de la vision, des actes de rééducation et de réadaptation de la fonction visuelle.

L'orthoptiste n'est pas habilité à prescrire les verres optiques ou les lentilles oculaires. En revanche, il dispose d'un droit de prescription, sauf indication contraire du médecin, sur d'autres dispositifs médicaux, notamment : une rondelle oculaire stérile, un cache oculaire, une loupe destinée aux personnes amblyopes de moins de 20 ans.

Pathologies prises en charge

L'orthoptiste intervient pour soulager le patient des symptômes suivants : picotements oculaires ou larmoiements, yeux rouges, fatigue liée à l'utilisation fréquente des écrans, céphalées, vertiges, douleurs posturales, nausées, strabisme, vision double (diplopie). Chez le jeune patient, l'orthoptiste prend aussi en charge les problèmes d'amblyopie ("œil paresseux"). L'orthoptiste ajoute que "la réadaptation orthoptique, quant à elle, intervient pour des patients atteints de pathologies ophtalmologiques telles que la DMLA, le glaucome sévère, pour permettre au patient d'utiliser au mieux sa vision restante".

Quand consulter un orthoptiste ?

Le patient sera orienté vers un orthoptiste par son ophtalmologue ou un autre médecin spécialiste si ce dernier pense qu'un bilan orthoptique et une rééducation sont nécessaires.

À noter : lorsque vous recevez des soins orthoptiques, l'orthoptiste est habilité, sauf indication contraire du médecin, à renouveler la prescription médicale d'une canne blanche. Votre prescription est établie pour une durée de 12 mois.

Chirurgie corrective de l'œil

Acte de chirurgie de l'œil permettant de corriger les amétropies.

Synonymes : opération de la vue, de la myopie, kératotomie radiaire.

Remboursement des opérations de chirurgie réfractive cornéenne prescrites sous la responsabilité et exécutées par un chirurgien ophtalmologue selon les recommandations de la Société française d'ophtalmologie.

La chirurgie correctrice de l'œil n'est pas prise en charge par la Sécurité Sociale. Le remboursement est calculé dans la limite de votre tableau de garantie.

Pour qui ? Pour quoi ?

- Patients âgés de 18 à 55 ans ;
- besoin de correction visuelle inchangé depuis 2 ans ;
- absence d'affections oculaires (glaucome, maladie de la rétine...) ;
- défauts visuels de légers à élevés (se mesurent en dioptries: plus le défaut est important, plus le chiffre est élevé): myopie jusqu'à - 8 dioptries, hypermétropie jusqu'à + 6 dioptries, astigmatisme jusqu'à + ou - 4 dioptries, presbytie.

Chirurgies

- Myopie (défaut de vision de loin) Diminution de la courbure de la cornée.
- Hypermétropie (défaut de vision de près) Augmentation du bombement de la cornée.
- Astigmatisme (flou visuel de loin et de près) Uniformisation de la surface de la cornée.
- Presbytie (difficulté de mise au point) Modification de la sphéricité de la cornée.

Prothèses auditives (remboursées par la SS)

Si vous souffrez d'un déficit auditif, sachez que l'Assurance Maladie vous rembourse, sur prescription médicale, vos aides auditives (également appelées "prothèses auditives") et leurs accessoires. La prise en charge dépend de votre âge et de votre handicap.

Oto-rhino-laryngologie

L'oto-rhino-laryngologie, ou ORL, est la spécialité médicale consacrée aux affections et anomalies de la « sphère ORL », à savoir :

- l'oreille (externe, moyenne et interne) ;
- le nez et les sinus ;
- la gorge et le cou (bouche, langue, larynx, trachée) ;
- les glandes salivaires.

L'ORL s'intéresse donc à l'ouïe, à la voix, à la respiration, à l'odorat et au goût, à l'équilibre, et à l'esthétique du visage (3). Elle inclut en effet la chirurgie cervico-faciale.

Comment se faire prescrire une prothèse auditive intégralement prise en charge ?

Avant tout appareillage, l'assuré en perte d'audition qui voudra bénéficier du panier « 100 % santé » devra disposer d'une prescription médicale, et d'un devis détaillé (appareil, adaptation par un audioprothésiste et suivi durant la vie de la prothèse, accessoires) par l'audioprothésiste de son choix.

- **enfant de plus d'un an et de moins de 6 ans** : un médecin oto-rhino-laryngologue (ORL) spécialisé dans les cas touchant des enfants effectue des tests physiques, d'audition et comportementaux avant toute prescription d'appareillage. Après installation par un audioprothésiste, le médecin revoit l'enfant et guide les parents pour une bonne utilisation. En parallèle, l'enfant bénéficie d'un bilan orthophonique ;
- **enfant de plus de 6 ans et adulte** : un médecin généraliste formé au soin des affections et anomalies de l'oreille et de l'audition ou un médecin ORL réalise un bilan physique et des mesures d'audition afin de prescrire l'appareillage le plus adapté. L'assuré choisit ensuite sa ou ses prothèse(s) auditive(s) avec l'accompagnement d'un audioprothésiste.

L'audioprothésiste

Avant l'achat d'un appareil auditif, l'audioprothésiste procède à des prestations préalables (examen, test, essai) afin, notamment :

- d'évaluer votre gêne, vos besoins, votre motivation, vos antécédents, etc. ;
- d'examiner vos conduits auditifs ;
- de réaliser différentes mesures (audition, tolérance aux sons forts, compréhension...) ;
- de vous informer sur les différents appareils disponibles.

Les types d'appareils auditifs

Les aides auditives se font plus discrètes et efficaces que jamais ! Confortables, petites et légères, elles allient performances technologiques et confort d'écoute.

- **Les contours d'oreille** : la solution convenant à tous types de pertes auditives. Placés derrière l'oreille, ils ont l'avantage d'être très performants et simples à utiliser.
- **Les mini-contours à écouteur déporté** : plus petits que les contours classiques, ils se placent discrètement derrière l'oreille tout en offrant confort et qualité de son.
- **Les appareils intra-auriculaires** : réalisés sur mesure pour s'adapter parfaitement au conduit auditif, ils sont placés à l'intérieur de l'oreille. Aucun boîtier n'est visible à l'extérieur ! Les appareils intra-auriculaires sont idéaux pour les personnes souffrant d'une gêne auditive légère à moyenne, ainsi que pour les personnes qui portent des lunettes.

L'audioprothésiste est tenu de vous remettre un devis normalisé.

Ce devis doit faire apparaître de façon distincte le prix de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé et le prix des prestations d'adaptation. Les nouveaux modèles de devis exigent que le prix de chaque option non incluse initialement dans le produit proposé à la vente soit indiqué. Il doit notamment mentionner :

- la marque, le modèle, la référence commerciale et la classe de l'appareil proposé, sa durée de garantie et son prix incluant tous les accessoires indispensables ou optionnels à son fonctionnement, et ce pour chaque appareil en cas d'appareillage des deux oreilles ;
- la nature des prestations d'adaptation indissociables de l'appareil proposé, nécessaires à son adaptation initiale et à son suivi périodique, et leurs prix ;
- le prix total à payer et les modalités de prise en charge par l'Assurance Maladie.

Le professionnel est tenu de proposer deux appareils de classe I à tout assuré. Il établit sa proposition d'équipement sur devis détaillé, conforme à l'arrêté ministériel.

Ce devis précise, notamment, les tarifs des appareils proposés et comportera une information sur les modalités de réalisation de l'essai des appareils, les prestations et les garanties incluses dans le prix de l'aide auditive et il présente des explications sur le régime ainsi que sur les différentes garanties attachées aux aides auditives. L'accord de l'assuré est demandé à l'issue de l'essai pour l'achat du dispositif.

L'assuré reste libre, cependant, de choisir un équipement auditif relevant de la classe II.

À noter : Le modèle de devis normalisé est obligatoirement accompagné de son annexe informative, et présentant le contenu des prestations indissociables de l'appareil qui vous est proposé. Ces prestations apparaissent dans le devis normalisé et peuvent être remises séparément avec les informations indispensables à l'identification du devis.

Toutes les aides auditives sont-elles complètement remboursées ?

Les aides auditives sont prises en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale et à condition qu'elles appartiennent à une catégorie inscrite sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie.

- Depuis le 1^{er} janvier 2019, la base de remboursement de la sécurité sociale est de 300,00 € par oreille.
- Au 1^{er} janvier 2020, la base de remboursement de la sécurité sociale est de 350,00 € par oreille.
- Au 1^{er} janvier 2021 la base de remboursement de la sécurité sociale est de 400,00 € par oreille et mise en place du 100% santé.
Les appareils du panier labellisé « 100 % santé » seront pris en charge à 100 %

Ce nouveau dispositif a pour finalité de réduire les situations de renoncement aux soins en garantissant à tous les assurés la possibilité d'obtenir des équipements de qualité les exemptant de tout reste à charge.

Il s'articule autour de trois axes :

- 2 paniers d'appareils distincts soumis à des spécifications techniques exigeantes ;
- une augmentation de la couverture financière des assurances maladie obligatoire et complémentaire en coordination avec l'effort des professionnels en matière de prix ;
- un renforcement des obligations pesant sur les acteurs de santé et des conditions de prise en charge.

100% santé : Mise en place de 2 Paniers au 1^{er} janvier 2021

Les quatre classes d'appareils qui existaient dans l'ancienne réglementation ont été supprimées, ainsi que le forfait annuel d'entretien et réparation qui couvrait l'achat de piles.

Les aides auditives sont désormais répertoriées en deux catégories :

- les aides auditives de classes I qui composent l'offre 100 % Santé destiné à permettre aux assurés de prétendre à une offre exonérée de reste à charge,
- les aides auditives de classe II, en dehors du 100 % Santé, qui sont des dispositifs médicaux à prix libre dans lequel les fonctionnalités des appareils ne permettent pas de garantir une absence de reste à charge.

Les prestations de suivi attachées à l'aide auditive délivrée restent comprises dans le prix d'achat de l'équipement.

L'audioprothésiste doit systématiquement proposer au moins une offre 100 % Santé pour chaque oreille devant être appareillée.

Composition du Panier Classe I 100% santé

Il comprendra des appareils de qualité, répondant à des critères à la fois esthétiques et techniques, et associés à un ensemble de garanties.

- **Type d'équipement Avec 12 canaux de réglage**
 - Contour d'oreille classique
 - Intra-auriculaires
 - Contours à écouteur déporté
- **Au moins 3 options incluses en fonction du type d'aide auditive :**
 - Système anti-acouphène
 - Réducteur de bruit du vent
 - Système anti-réverbération
 - Fonction apprentissage de sonie
 - Connectivité sans fil
 - Synchronisation binaurale
 - Bande passante élargie ≥ 6 000 Hz



Composition du Panier Classe II Panier libre

- **Les tarifs sont libres**

La prise en charge maximum du contrat responsable (Assurance Maladie Obligatoire + Complémentaire Santé) est limitée à 1 700 € par aide auditive (2 appareils par an (1 par oreille)).

À noter : que votre complémentaire santé interviendra dans la limite des garanties de votre contrat.

	2018	2019 c'est parti !	2020 Ça avance	2021 C'est en place
Base de remboursement AMO par appareil ≤ 20 ans	199,71 €	Revalorisation 300,00 €	Revalorisation 350,00 €	Revalorisation 400,00 €
Prix d'un appareil de classe I (100% santé) ≤ 20 ans	Prix libre	1 ^{er} plafond 1 300 € max par appareil	2 ^{ème} plafond 1 100 € max par appareil	Tarif définitif 950 € max par appareil
Prix d'un appareil classe II ≤ 20 ans	Prix libre	Prix libre	Prix libre	Prix libre prise en charge AMO+AMC max 1 700 par oreille

EXEMPLE

Achat de 2 appareils auditifs pour 2 890€ Pour un adulte couvert par un contrat Remboursant 200% BR (AMO + AMC)⁹

AVANT RÉFORME (avant le 1 ^{er} janvier 2019)			
DÉPENSE EN €	AMO	AMC	RAC
2 890 €	240 €	559 €	2 091 €

APRÈS RÉFORME (après le 1 ^{er} janvier 2021)			
Classe I - Panier RAC 0			
DÉPENSE EN €	AMO	AMC	RAC
1 900 €	480 €	1 420 €	0 €

Panier tarifs libres			
DÉPENSE EN €	AMO	AMC	RAC
2 890 €	480 €	1 120 €	1 290 €

Pour tous les autres équipements

- Le remboursement de l'Assurance maladie et des complémentaires santé ne peut pas aller au-delà de 1 700 € par oreille appareillée.

Les restes à charge vont diminuer progressivement

- un plafond de 1.300 euros pour certains modèles de prothèses auditives à partir de 2019, 1.100 euros en 2020 et un plafond final de 950 euros en 2021.
- Remboursement de l'Assurance maladie 300 euros en 2019, 350 euros en 2020 et au final à 400 euros en 2021.

Une fois l'achat confirmé : prestations de base, d'adaptation et de suivi :

L'audioprothésiste doit vous assurer des prestations de base, d'adaptation et de suivi. N'oubliez pas que les prothèses ne font pas tout, le choix de l'audioprothésiste est également primordial. Choisissez une personne avec laquelle vous vous sentez en confiance. Plusieurs rendez-vous et entretiens lui permettront d'adapter vos prothèses. Par ailleurs, si vous avez l'impression qu'elles ne vous conviennent pas, n'hésitez pas à le lui signaler afin qu'il refasse les réglages.

Ces prestations sont indissociables de l'appareil qu'il vous vend et sont transmises en annexe du devis normalisé. Elles comprennent notamment :

- la prise d'empreinte des conduits auditifs ;
- les essais, le contrôle, l'ajustement de l'appareil ;
- l'adaptation progressive du réglage pour une meilleure personnalisation
- diverses informations sur l'utilisation, la manipulation et l'entretien
- la gestion administrative de votre dossier
- des séances de contrôle au 3e, 6e et 12e mois après la délivrance de l'appareil.

A noter : un suivi vous est proposé à compter de la fin de la première année et jusqu'à la fin de la vie de l'appareil. **Réglages et suivi personnalisé obligatoires.**

Le remboursement des piles

La prise en charge des piles nécessaires au fonctionnement des aides auditives se fait désormais sur la base d'un nombre limité de piles **remboursables annuellement fixé de 3 à 10 paquets de 6 piles selon leur capacité**. Cette limitation est fixée par appareil. Un assuré portant un appareillage bilatéral peut prétendre à la prise en charge d'un nombre de piles double par rapport à cette limitation annuelle. Il appartient à l'audioprothésiste qui facture des piles de s'assurer que le nombre limitatif de paquets annuellement pris en charge n'est pas déjà atteint. La délivrance des piles ne requiert pas l'obtention préalable d'une prescription médicale par l'assuré.

Cas du renouvellement

Il existe néanmoins des conditions temporelles de renouvellement. Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive peut être fait à l'échéance d'une période de 4 ans suivant la précédente délivrance. Ces dispositions sont applicables depuis le 1er janvier 2019.

Les dates devant être retenues pour le calcul de cette durée sont les dates de facturation de l'aide auditive précédente et de la nouvelle. Cette condition temporelle de renouvellement est générale et tient donc compte des aides auditives acquises avant la date d'entrée en vigueur de la nouvelle nomenclature.

⁹ BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - AMO : Assurance Maladie Obligatoire – AMC Assurance Maladie Complémentaire (mutuelle) RAC reste à charge

ACTE DE PREVENTION

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. La mise en place des contrats responsables issus de la loi du 13 août 2004 imposent désormais le **remboursement d'au moins deux actes de prévention** mentionnés dans la liste officielle.

La liste officielle des actes de prévention

- 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

Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, les assurés, signataires d'un contrat mutuelle responsable, ont droit aux remboursements de deux actes de prévention prioritaires par leur complémentaire santé.

LA CURE THERMALE

Avant de partir en cure thermique avec la prescription de votre médecin, vous devez faire une demande de prise en charge auprès de votre caisse d'assurance maladie. Le remboursement varie selon vos ressources ou votre situation personnelle et l'affection dont vous êtes atteint.

Comment constituer votre dossier ?

Pour permettre la prise en charge de votre cure thermique, il vous faut respecter plusieurs étapes. Suivant votre pathologie et si vous remplissez les conditions, vous devez adresser à votre caisse d'assurance maladie une demande de prise en charge.

La cure thermique doit obligatoirement être prescrite par votre médecin ou, parfois, par votre chirurgien-dentiste dans le cas des affections des muqueuses bucco-linguales.

Pour être remboursée par l'Assurance Maladie, votre cure thermique doit être motivée par une affection ou une pathologie qui figure sur la liste des 12 orientations thérapeutiques prises en charge par l'Assurance Maladie :

- | | |
|--|--|
| - affections des muqueuses bucco-linguales | - affections digestives et maladies métaboliques ; |
| - affections psychosomatiques | - affections urinaires et maladies métaboliques ; |
| - dermatologie | - gynécologie ; |
| - maladies cardio-artérielles | - neurologie ; |
| - phlébologie | - rhumatologie ; |
| - troubles du développement chez l'enfant | - voies respiratoires. |

D'autre part, la prise en charge de la cure dépend des conditions suivantes :

- L'établissement thermal doit être agréé et conventionné par l'Assurance Maladie.
- Pour une même affection, vous bénéficiez d'une seule cure thermique dans la même année civile.
- Certaines stations offrent la possibilité de soins dans deux orientations thérapeutiques. Sur prescription de votre médecin, vous pouvez bénéficier d'une prise en charge de vos soins pour deux affections, si la station choisie est reconnue dans les deux orientations thérapeutiques.
- La prise en charge est valable pour l'année civile en cours, sauf si votre prise en charge est accordée en fin d'année : dans ce cas vous pourrez effectuer votre cure au début de l'année suivante. Si l'accord de prise en charge est délivré au cours du mois de décembre, la cure peut être réalisée au cours de l'année civile qui suit.
- La durée d'une cure thermique est fixée à 18 jours de traitements effectifs. Une cure interrompue ne pourra donner lieu à aucun remboursement, sauf en cas de force majeure ou pour raisons médicales.
- Le nombre de séances de soins, fixé en fonction de votre pathologie, devra vous être indiqué.

Attention : ne confondez pas thermalisme et thalassothérapie. La thalassothérapie propose des prestations exclusivement préventives et de bien-être qui ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie, alors que la cure thermique est prescrite dans le cadre du traitement d'une maladie chronique et fait l'objet d'une prise en charge de l'Assurance Maladie.

La prise en charge de votre cure thermique

Les frais liés à votre cure thermique peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie. Ils comprennent notamment les frais médicaux et, sous conditions de ressources, les frais de transport et d'hébergement.

Vous pouvez également, sous conditions de ressources, percevoir des indemnités journalières pendant votre cure thermique.

Les frais médicaux liés à votre cure thermique comprennent le forfait de surveillance médicale et le forfait thermal :

- Le forfait de surveillance médicale correspond à votre surveillance médicale par le médecin thermal pour l'ensemble des actes médicaux accomplis pendant la durée normale de votre cure. Ces frais se rapportent directement à l'affection qui a provoqué la cure thermique. Il vous sera remboursé à 70 % sur la base d'un tarif conventionnel fixé à :

- 80 € pour un médecin conventionné.
- 6,86 € pour un médecin non conventionné.

S'y ajoutent, éventuellement, certains actes spécifiques (méthode de déplacement de Proëtz, douches filiformes), appelés pratiques médicales et complémentaires, remboursées à 70 % sur la base des tarifs conventionnels. Pour être remboursé, vous devrez adresser à votre caisse d'assurance maladie le volet 1 du formulaire de prise en charge intitulé « Honoraires médicaux », une fois que celui-ci aura été rempli par le médecin thermal.

- Le forfait thermal correspond aux soins réalisés pendant la cure. Il vous sera remboursé à 65 % sur la base d'un tarif forfaitaire conventionnel variable selon l'orientation thérapeutique de votre cure (rhumatologie, voies respiratoires, etc.) et le type de forfait.

Dès le début de votre cure, remettez à l'établissement thermal le volet 2 du formulaire de prise en charge, intitulé « Forfait thermal ». Vous pourrez ainsi bénéficier de la dispense d'avance de frais et, à l'issue de votre cure, vous paierez le ticket modérateur, c'est-à-dire la partie du forfait thermal qui n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie et qui reste à votre charge.

Attention : Un complément tarifaire variable peut être facturé par les établissements thermaux en plus du forfait thermal. Ce complément ne peut dépasser un prix limite encadré conventionnellement.

À noter : votre organisme complémentaire peut éventuellement prendre en charge le ticket modérateur ainsi que le complément tarifaire. Renseignez-vous auprès de lui.

Frais de transport cure

La prise en charge des frais de transport et d'hébergement n'intervient pas dans le cadre des prestations légales.

La participation éventuelle de l'Assurance Maladie s'étudie au titre de la réglementation spécifique relative aux prestations supplémentaires et aides financières attribuées par les CPAM, telle que prévue par l'article 3 de l'arrêté du 26 octobre 1995 (Journal officiel du 15 novembre 1995).

Démarches

Remboursement des frais de transport

Pour bénéficier du remboursement de vos frais de transport et d'hébergement, vous devrez adresser à votre caisse d'assurance maladie, au retour de votre cure, le volet 3 du formulaire de prise en charge ainsi que les justificatifs de transport.

Selon les ressources de votre foyer, l'Assurance Maladie peut prendre en charge vos frais de transport et d'hébergement : pour une cure prescrite en 2019, vos ressources de 2018 ne doivent pas dépasser un plafond fixé à 14 664,38 €. Ce plafond (en vigueur depuis 2010) est majoré de 50 % - soit 7 332,19 € - pour votre conjoint et pour chaque ayant droit à votre charge (enfant, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, etc.)

Quel que soit le mode de transport que vous utilisez, vous serez remboursé à 65 % sur la base du tarif du billet SNCF aller/retour en 2^e classe, dans la limite des dépenses réellement engagées.

Dans l'hypothèse où les membres d'une même famille se rendent en même temps en cure thermique (les deux conjoints ou l'assuré et un ayant droit, etc.) au moyen du véhicule familial, il convient d'indemniser uniquement le propriétaire du véhicule, dans la limite du tarif SNCF, le transport collectif n'entraînant aucun surcoût.

Attention : veillez à conserver tous vos justificatifs de transport, ils vous seront demandés par votre caisse d'assurance maladie.

À noter : vous devez effectuer votre trajet en train lorsque ce mode de transport est moins cher que la voiture.

Remboursement des frais d'hébergement cure

Les frais d'hébergement sont remboursés à 65 % sur la base d'un forfait fixé à 150,01 €. La prise en charge s'élève donc à 97,50 €.

Les cas particuliers

Si vous êtes atteint d'une affection de longue durée, ou si vous avez été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, certains frais liés à votre cure peuvent être pris en charge à 100 %. Il existe également des modalités de remboursement différentes s'il s'agit d'une cure avec hospitalisation ou d'une cure pour un enfant placé en maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS). Dans ces situations précises, votre prise en charge variera selon les frais engagés.

Vous êtes atteint d'une affection de longue durée exonérante

La prise en charge de votre cure est exonérée du ticket modérateur si elle est liée à une affection de longue durée (ALD) et si cette affection est elle-même une affection de longue durée exonérante.

Les honoraires médicaux et le forfait de surveillance thermal, qui rémunèrent les actes médicaux accomplis pendant la cure, vous sont remboursés sur la base des tarifs conventionnels et exonérés du ticket modérateur.

Certaines pratiques médicales complémentaires peuvent également entrer dans cette prise en charge.

Toutefois, votre caisse d'assurance maladie ne vous remboursera pas les soins de confort effectués en supplément des soins thermaux prévus dans votre forfait thermal. Veillez à en être informé par votre établissement thermal.

Vos frais de transport sont pris en charge à 100 % sous conditions de ressources et après accord préalable de votre caisse d'assurance maladie, sous la forme d'un remboursement forfaitaire au titre des prestations supplémentaires (sur la base tarifaire d'un billet SNCF 2e classe aller/retour, dans la limite des dépenses réellement engagées).

Le montant du forfait d'hébergement est fixé à 150,01 €. Il est pris en charge à 100 %, sous conditions de ressources et après accord préalable de votre caisse, au titre des prestations supplémentaires. Il est exonéré de la participation forfaitaire de 24 euros.

L'OSTEODENSITOMETRIE

L'ostéodensitométrie (ou densitométrie osseuse) est un examen d'imagerie qui permet de déterminer la densité des os. La technique fait appel à un faisceau de rayons X : elle consiste à mesurer la densité osseuse, autrement dit la teneur en calcium des os.

Lorsque cette dernière est anormalement basse, on parle d'ostéoporose.

L'ostéodensitométrie est utilisée pour diagnostiquer l'ostéoporose, une affection qui se traduit par une perte de densité osseuse et un risque accru de fractures. L'ostéoporose touche surtout les femmes ménopausées (environ 8 à 18 % des femmes de plus de 50 ans et 5 % des hommes de la même tranche d'âge sont concernés).

L'intervention

L'ostéodensitométrie est un examen indolore et aucune préparation n'est nécessaire.

Le patient est couché sur une table de radiographie et l'appareil (un tube à rayons X) prend deux mesures : de préférence au niveau du bas du dos (rachis lombaire) et de l'extrémité supérieure du fémur. La dose de rayons X utilisée est plus faible que pour une radiographie.

Quels résultats ?

Le résultat de la densitométrie osseuse est exprimé par le T-score, qui est l'écart entre la densité osseuse mesurée et la densité osseuse théorique d'un adulte jeune de même sexe, au même site osseux (bas du dos, extrémité supérieure du fémur ou poignet).

Les résultats sont :

- T-score > - 1 : densité normale
- - 2,5 < T-score ≤ - 1 : ostéopénie
- T-score ≤ - 2,5 : ostéoporose (dite sévère en cas de fracture)

Dans quels cas l'ostéodensitométrie est-elle prise en charge ?

L'ostéodensitométrie est prise en charge, sur prescription médicale, pour les patient(e)s présentant les facteurs de risques médicaux de l'ostéoporose qui rendent nécessaire cet examen, notamment dans les indications suivantes. Elle est remboursée à 70 % sur la base d'un tarif fixé à 39,96€.

Pour un premier examen dans la population générale, quel que soit l'âge et le sexe

La prise en charge est assurée :

- En cas de pathologie ou de traitement potentiellement inducteurs d'ostéoporose (par exemple, l'hyperthyroïdie évolutive non traitée ou une corticothérapie de plus de trois mois).
- En cas d'antécédent de fracture sans traumatisme majeur diagnostiquée lors d'une radiographie.

Pour un premier examen chez la femme ménopausée avec des facteurs de risque

La prise en charge est assurée :

- En cas de pathologie ou de traitement potentiellement inducteurs d'ostéoporose (par exemple, l'hyperthyroïdie évolutive non traitée ou une corticothérapie de plus de trois mois).
- En cas d'antécédent de fracture sans traumatisme majeur diagnostiquée lors d'une radiographie.

Pour un deuxième examen

La prise en charge est assurée :

- À l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique, en dehors de l'arrêt précoce pour effet indésirable, chez la femme ménopausée.
- Chez la femme ménopausée sans fracture, lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après une première ostéodensitométrie montrant une valeur normale ou une, une 2e ostéodensitométrie peut être proposée 3 à 5 ans après la réalisation de la première en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque.

A noter : pour les femmes ménopausées suivant un traitement hormonal substitutif (THS), il n'est pas recommandé de réaliser une ostéodensitométrie, car la prévention de l'ostéoporose est déjà assurée par ce traitement.

OSTÉOPATHE

L'ostéopathie est basée sur des manipulations osseuses ou musculaires. L'ostéopathie est une **thérapeutique manuelle** fondée sur des manipulations osseuses ou musculaires.

L'ostéopathie est une pratique exclusivement manuelle qui lève en particulier les blocages articulaires du corps pour lui permettre de mieux fonctionner.

Elle agit à distance à partir du système musculo-squelettique sur les principaux organes du corps humain en utilisant des techniques de pression, d'élongation ou de torsion.

Les meilleurs résultats sont obtenus sur les problèmes dits « fonctionnels », c'est-à-dire les douleurs dont on ne trouve pas la cause, mais qui gênent parfois depuis très longtemps la vie quotidienne : douleurs vertébrales, costales et articulaires, tendinites, douleurs et traumatismes musculaires, maux de tête, migraines et vertiges...

À savoir : En 2002, la loi Kouchner sur les droits du malade a reconnu l'ostéopathie.

Les décrets d'application de la loi ont été publiés le 27 mars 2007 au Journal Officiel. Les ostéopathes doivent faire enregistrer leur titre officiellement à l'Agence régionale de santé (ARS). Cette reconnaissance ne se traduit pas pour autant par une prise en charge du coût des soins par l'Assurance Maladie, même si de plus en plus de mutuelles et d'assurances privées le proposent.

La formation obligatoire exigée par l'Etat depuis 2015 consiste en 4860 heures réparties sur 5 ans. Elle est dispensée par des écoles spécialisées, qui doivent renouveler leur agrément tous les 5 ans.

Attention : Un ostéopathe ne peut pas prescrire de médicaments ni effectuer d'arrêt de travail. Il lui est aussi interdit de procéder à des manipulations gynéco-obstétricales et à des touchers pelviens.

Selon votre contrat votre complémentaire santé, peut prendre en charge partiellement ou en totalité la dépense.

CHIROPRACTEUR

Le chiropracteur est un spécialiste de la colonne vertébrale. Lors de la consultation, il va exercer des manipulations sur une zone restreinte afin de soulager le patient.

Le chiropracteur est un professionnel de santé qui diagnostique, prévient et prend en charge les troubles neuro-musculo-squelettiques de l'appareil locomoteur du corps humain ainsi que leurs conséquences. "Ces dysfonctionnements peuvent engendrer des douleurs ou une limitation du mouvement. Le chiropracteur propose à son patient une prise en charge adaptée à ses besoins et lorsque la situation l'exige, il peut l'orienter vers un médecin compétent.

La chiropraxie, ou chiropratique, est une technique basée sur des manipulations, effectuées le plus souvent à mains nues, ayant pour objectif la libération des nerfs et le traitement des subluxations vertébrales responsables des troubles musculo-tendineux, mais aussi organiques par le blocage de l'influx nerveux.

À savoir : La chiropraxie n'est reconnue en France que depuis 2002, à travers la loi du 4 mars dite loi Kouchner. Il faudra attendre 2011 pour que soit appliqué le décret relatif aux actes et aux conditions d'exercice de cette discipline, et que soit ainsi précisé le périmètre d'activité des chiropracteurs. Cette reconnaissance ne se traduit pas pour autant par une prise en charge du coût des soins par l'Assurance Maladie, même si de plus en plus de mutuelles et d'assurances privées le proposent.

La chiropraxie résulte d'une formation unique, répondant à un standard international, qui requiert six années d'étude à temps complet (soit 5 500 heures réparties entre la théorie et la pratique)

Selon votre contrat votre complémentaire santé, peut prendre en charge partiellement ou en totalité la dépense.

ÉTIOPATHIE

L'Étiopathie s'adresse à chacun d'entre nous ! Du nourrisson au sénior, de la femme enceinte au sportif, l'Étiopathie soigne manuellement de nombreuses pathologies qui affectent notre vie quotidienne : troubles articulaires ou digestifs, circulatoires ou respiratoires, gynécologiques ou généraux. Son traitement consiste à permettre au corps de retrouver son activité normale, par une ou plusieurs interventions manuelles précises visant à supprimer la cause du dysfonctionnement.

Ses limites sont celles de l'urgence médico-chirurgicales et des atteintes structurales trop évoluées. L'acte étiopathique permet ainsi d'intervenir rapidement soit pour traiter efficacement le patient, soit pour le réorienter vers la médecine classique.

Proche de l'ostéopathie, l'étiopathie est une thérapie manuelle qui vise à supprimer les symptômes en agissant sur leur(s) cause(s). L'étiopathie est un terme qui provient des mots grecs "etios" qui signifie cause et "pathos" qui veut dire souffrance. Exclusivement manuelle, cette technique thérapeutique comporte un réel travail d'investigation. Elle cherche à trouver et à analyser la cause des phénomènes pathologiques afin d'agir dessus de façon douce et précise.

Déoulant donc d'une analyse approfondie, les manipulations ont pour but de rétablir le fonctionnement normal de l'organisme et de supprimer les dysfonctions en rééquilibrant les différents systèmes du corps humain.

À savoir : Depuis 2015, l'étiopathie est reconnue comme une méthode de soin par la sécurité sociale, mais elle n'est pas encore réglementée en France. Les formations se déroulent en 6 années d'études sur 3 cycles. Au total, la formation comprend plus de 3250 heures de cours.

Selon votre contrat votre complémentaire santé, peut prendre en charge partiellement ou en totalité la dépense.

PEDICURE-PODOLOGUE

Le pédicure, souvent nommé pédicure-podologue, est un soigneur du pied. On le consulte en vue d'améliorer son confort de marche, pour des infections légères de la peau ou des ongles, ou pour des exercices de déplacement. Il travaille dans un cabinet et reçoit directement les patients pour leur appliquer massages du pied et exercices ciblés.

Qu'est-ce que la pédicure ?

Le **pédicure-podologue** est un spécialiste des soins du pied, sans toutefois pratiquer d'intervention chirurgicale comme l'orthopédiste. Il aide le patient à soigner des douleurs du pied, met en place des semelles orthopédiques sur mesure, conseille le patient sur de bonnes mesures d'hygiène ou de posture, ou traite des ongles incarnés et cors de pieds.

On le conseille suite à un trouble personnel, ou suite à la demande de son médecin-traitant pour accompagner d'autres maladies. Il est très demandé par les **sportifs** et les **randonneurs** qui sont les premiers à subir les effets des douleurs de pied sur leurs pratiques, tout comme certains travailleurs où la marche est nécessaire au quotidien.

Dans quel cas faut-il pratiquer une pédicure ?

On consulte un pédicure-podologue pour différentes raisons, toutes liées de près ou de loin au pied.

- **Pour améliorer sa posture**
La mise en place de semelles adaptées, ou d'appareillages conçus sur mesure pour le patient, aident à mieux se déplacer et se tenir droit. Ces prothèses aident à réduire des douleurs du pied, mais aussi celles qui en découlent : dos, hanches, jambes. Ces traitements sont très demandés par les sportifs ou les randonneurs.
- **Pour soigner une douleur du pied**
Les cors de pied, des gonflements suite à des frottements trop importants entre les orteils sont à traiter par un podologue, tout comme les épaissements sur le côté du pied (callosités) et leur aggravation si le frottement persiste, les durillons.
- **Pour améliorer son hygiène de pied**
Bien souvent les problèmes du pied ont pour origine une mauvaise hygiène. Le pédicure pourra donc prescrire un ensemble de soins, et apporter des conseils au patient. Mieux vaut prévenir que guérir !
- **Pour traiter un ongle**
Les ongles incarnés peuvent devenir très handicapants pour la marche du patient. Là encore le pédicure-podologue saura apporter un traitement adapté.
Le pédicure-podologue en profitera pour traiter la corne des pieds (des excès de peau), ou couper les ongles trop longs afin d'éviter qu'ils ne rentrent dans la peau par chocs contre le bout de la chaussure.
- **Pour les pieds en particuliers**
Certaines maladies, comme le diabète ou l'arthrose, ou simplement l'âge, ont des conséquences sur tout l'organisme. On peut les traiter au cas par cas, à commencer par le pied. C'est souvent le médecin-traitant du patient qui recommandera la visite chez le pédicure pour soulager ces troubles.

Que fait le pédicure-podologue ?

Le pédicure podologue pratique toute sorte de soins sur le pied. Il peut ainsi aider le patient à mieux marcher par des exercices de déplacement, lui confectionner des semelles sur mesure, soigner les ongles du pied.

Il est également très demandé par les sportifs professionnels, où le pied est très souvent sollicité (football, course à pied, athlétisme).

Le diagnostic du patient

Lors de la visite, le pratiquant va tout d'abord réaliser un diagnostic pendant la première séance. Cela inclus le dialogue avec le patient, l'analyse de son pied ainsi que la façon de se déplacer, et enfin la prise d'une empreinte ou d'image numérique du pied.

Traitements variés

Une fois le diagnostic établi, le pédicure pourra prescrire différents traitements selon le problème du patient. Il peut par exemple proposer la mise en place de semelles thérapeutiques, lui apprendre des exercices de marche ou de posture à réaliser au quotidien, ou même la mise en place de bandages/attelles et prise de médicaments.

Chez un pédicure-podologue, la consultation est généralement de 25 € à 40€, et n'est remboursée que si vous possédez une ordonnance médicale. Certains pédicures exercent également à domicile, le prix de la consultation est alors parfois supérieur à celui pratiqué en cabinet. (Tarif Sécurité Sociale 27,00 €)

DIETETICIEN

Le diététicien est un spécialiste de la nutrition. Il est titulaire d'un diplôme reconnu par l'état. Le diététicien est inscrit au Code de la santé publique. Il est donc considéré comme professionnel paramédical et est soumis au secret professionnel.

Le diététicien peut exercer sa profession :

- en cabinet privé ;
- à l'hôpital, en clinique, en maison de retraite, en centre de cure... ;
- en restauration collective.

Le diététicien en libéral reçoit en consultation individuelle des personnes adressées par un médecin ou venus de leur propre initiative.

La consultation diététique s'adresse :

- aux personnes qui ont besoin d'un suivi nutritionnel personnalisé, le plus souvent en cas de surpoids, d'hypercholestérolémie, de diabète... ;
- aux personnes qui veulent apprendre les bases de l'équilibre alimentaire en fonction de leur état physiologique : femmes enceintes ou qui allaitent, sportifs, personnes âgées...).

Pendant la consultation, le diététicien :

- établit un diagnostic diététique à l'aide d'une enquête alimentaire ;
- propose un régime personnalisé correspondant aux besoins, aux habitudes de chacun ;
- explique les raisons pour lesquelles la personne doit suivre ses recommandations ;
- reçoit régulièrement pour faire le point et donner quelques conseils pratiques.

Selon votre contrat votre complémentaire santé, peut prendre en charge partiellement ou en totalité la dépense.

En milieu hospitalier, maison de retraite ou collectivité, le diététicien joue plusieurs rôles :

- il élabore tous les menus proposés (alimentation générale, régimes...). Lors de la préparation des plats, il s'assure du respect des normes d'hygiène ;
- il intervient auprès des personnes (après prescription médicale) en leur expliquant précisément le régime proposé (aliments conseillés/déconseillés, conseils pratiques...) ainsi que le but de ce régime ;
- il établit les régimes de sortie qu'il explique dans leurs moindres détails ;
- il peut aussi participer à des programmes de formation au sein de l'établissement.

LES VACCINS

La vaccination offre une protection contre de nombreuses maladies infectieuses, dont certaines peuvent être mortelles. Depuis le 1er janvier 2018, 11 vaccins sont obligatoires pour les nourrissons. Ils sont tous pris en charge par la sécurité sociale.

Liste des vaccins obligatoires :

- | | |
|---|-------------------------------------|
| - la diphtérie | - Le tétanos |
| - La poliomyélite | - La coqueluche |
| - La rougeole, | - Les oreillons |
| - La rubéole | - L'haemophilus influenza de type B |
| - L'hépatite B | - Le pneumocoque |
| - Le méningocoque de type C | |
| - La vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire pour les résidents de Guyane française. En milieu professionnel, selon l'activité exercée, certaines vaccinations le sont également. | |

Les vaccins de l'adulte

Certains vaccins nécessitent des mises à jour régulières pour être efficaces. Il est donc nécessaire d'effectuer des rappels de vaccin à l'âge adulte :

- Rappel contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DT Polio) : tous les 20 ans dès l'âge de 25 ans (puis tous les 10 ans dès 65 ans)

En outre, certains vaccins sont recommandés pour les adultes à risques :

- La vaccination contre la grippe : chaque année dès 65 ans et pour les personnes souffrant de maladies chroniques (asthme, diabète, etc.) ou d'obésité
- La vaccination contre la coqueluche : proposée à 25 ans à toutes les personnes n'ayant pas eu de rappel au cours des 5 dernières années. Le vaccin contre la coqueluche est également recommandé chez tous les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir
- La vaccination contre la rougeole-oreillons-rubéole (ROR) pour les femmes non vaccinées en âge de procréer
- La vaccination contre le méningocoque : recommandée jusqu'à 24 ans inclus
- Les vaccins du voyageur : fièvre jaune ou hépatite A tous les 10 ans, etc.

Que faire en cas de vaccination en retard ?

En cas de **vaccin en retard**, il n'est pas nécessaire de recommencer tout le programme de vaccination ; il faut compléter le compléter en réalisant le nombre d'injections requis selon l'âge.

Par qui se faire vacciner ?

Pour se faire **vacciner**, l'assuré peut se rendre :

- Chez son [médecin traitant](#)

OU

- Dans un centre de vaccination

La **sage-femme** ou la gynécologue peuvent également procéder à certaines **vaccinations**.

Quant aux enfants âgés de 0 à 6 ans, ils peuvent se faire **vacciner** gratuitement dans les centres de Protection Maternelle Infantile. Désormais, les patients adultes déjà vaccinés contre la grippe, peuvent s'il n'y a pas de contre-indication, récupérer directement leur vaccin à la pharmacie et se faire vacciner par l'infirmière de leur choix, muni du bon « Vous avez déjà été vacciné contre la grippe », et ce, sans prescription préalable.

Quelle prise en charge des vaccins par la CPAM ?

Les vaccins sur prescription médicale, sont remboursés par l'Assurance maladie à hauteur de 65 %.

En outre, certains vaccins peuvent être pris en charge à 100 % :

- Le vaccin Rougeole - Oreillons - Rubéole (ROR) : pour les enfants et les jeunes de 12 mois à 17 ans révolus
- Le vaccin contre la grippe saisonnière : personnes âgées de plus de 65 ans, personnes en Affection longue durée (ALD) ou obèses. Dans les autres cas le vaccin contre la grippe n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie.
- Des vaccins peuvent être intégralement pris en charge, uniquement pour les personnes à risques (hépatite A, etc.).

Attention : les vaccins obligatoires ou recommandés pour voyager à l'étranger (fièvre jaune, cholera, etc.), ils ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie.

Quel remboursement pour l'injection du vaccin ?

L'injection du vaccin par le médecin ou une sage-femme est remboursée par l'Assurance maladie à hauteur de 70 % (ou à 60 % si c'est une infirmière qui vaccine, sur prescription médicale).

L'injection du vaccin peut être prise en charge à 100 % pour les personnes atteintes de certaines ALD.

Si l'assuré possède une complémentaire santé, celle-ci peut éventuellement prendre en charge tout ou partie des frais de vaccination non remboursés par la Sécurité sociale.

SOINS A L'ETRANGER

La Sécu le sait bien et vous accompagne dans vos déplacements à l'étranger, qu'ils soient courts ou pérennes. Toutefois, si vous êtes citoyen français et partez à l'étranger, les modalités de votre protection sociale sur place dépendront du pays où vous vous rendez, selon les accords qu'il possède ou non avec la France et sa propre législation.

Une carte d'assurance maladie européenne

En premier lieu, lorsque vous partez dans un autre pays de l'Union européenne pour des vacances ou un séjour de moins d'un an (année d'études par exemple), vous pouvez demander la carte européenne d'assurance maladie (CEAM). Celle-ci vous permettra de faire valoir vos droits partout où vous devrez bénéficier de soins, même si parfois vous devrez avancer une partie des frais ou régler une franchise selon la législation des pays. Cette carte peut se commander en ligne auprès de l'Assurance Maladie.

Etudes, vacances... différentes règles pour les séjours courts

Lorsque vous partez étudier dans un pays hors Union européenne, votre situation dépend de votre âge. Si vous avez moins de 20 ans, vous dépendez du régime de Sécurité sociale de vos parents, qui remboursera sous certaines conditions vos frais médicaux urgents, bien que vous deviez d'abord les avancer vous-même. Si vous avez plus de 20 ans, vous devez en revanche vous affilier soit à la Caisse des Français de l'étranger (CFE), soit au régime étudiant de sécurité sociale du pays (ou à défaut au régime local). Chaque pays ayant un régime de sécurité sociale qui lui est propre, votre protection sociale sera dans ce cas différente d'un pays à l'autre.

Lorsque vous partez en vacances dans **un pays hors Union européenne** seuls les soins médicaux urgents et imprévus pourront, éventuellement, être pris en charge par votre caisse d'assurance maladie à votre retour en France.

À savoir : D'une manière générale, si vous réglez des frais médicaux d'urgence lors de votre séjour à l'étranger, que cela soit en Europe ou ailleurs, gardez bien les factures et vous pourrez faire une demande de remboursement qui sera étudiée par l'Assurance Maladie à votre retour.

Attention !!! Dans certains pays (États-Unis, Canada, pays d'Asie...), les frais médicaux coûtent très cher. Il est donc recommandé de [souscrire un contrat d'assistance ou d'assurance](#).

Malade ou victime d'un accident alors que vous êtes en voyage, en vacances ou en séjour temporaire à l'étranger, vous avez réglé les honoraires de vos soins médicaux sur place. À votre retour il est possible, sous certaines conditions, de vous faire rembourser de vos soins recus à l'étranger. Complétez votre dossier en suivant quelques conseils des techniciens de l'Assurance Maladie de Paris.

Seuls les soins médicaux imprévus et urgents pourront éventuellement être pris en compte ; ils peuvent être dispensés en milieu hospitalier ou non hospitalier, en secteur public ou privé. Le montant de remboursement versé ne pourra excéder le remboursement qui aurait été accordé si les soins avaient été reçus en France.

Pour être remboursé de vos dépenses de Soins reçus à l'étranger, pensez à conserver les factures acquittées (il faut que la facture précise que les soins ont bien été payés), les prescriptions médicales et les justificatifs de paiement (facture acquittée, ticket de carte bleue...) et adressez **les originaux de ces pièces à votre Caisse primaire d'Assurance Maladie**, accompagnés du **formulaire Soins reçus à l'étranger (cerfa n°12267*03)**, disponible sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr). Il est indispensable que les documents fournis soient des originaux car les photocopies ne sont pas acceptées pour le traitement du dossier.

- ne jamais regrouper les soins de plusieurs bénéficiaires sur le même formulaire ;
- établir des demandes distinctes pour chaque pays dans lesquels les soins ont été reçus. Pour exemple, si vous avez reçu des soins dans deux pays, vous devez constituer deux dossiers.

Les assurés relevant du régime général doivent envoyer leur dossier à leur Caisse primaire d'Assurance Maladie d'affiliation. Dans un premier temps, la Caisse de Sécurité sociale contrôle la conformité du dossier et les droits de l'assuré puis transmet le dossier **au Centre national des Soins reçus à l'étranger** (CNSE), qui se charge d'instruire la demande et effectue le remboursement éventuel selon la législation française.

Page 36 sur 36