

Les niveaux de remboursement ci-dessous sont à considérer "y compris Sécurité sociale (SS)", hormis pour les forfaits en Euros des équipements d'optique médicale (1 monture + 2 verres) : ils incluent systématiquement la prise en charge du ticket modérateur et sont à considérer en complément de la Sécurité sociale (SS), dans la limite des plafonds de prise en charge optique (SS+RC) définis réglementairement".

Liste des prestations garanties	Remboursement du Régime Obligatoire (RO) en % du tarif de convention	GARANTIE RELAX
SOINS COURANTS		
Honoraires Médicaux		
Médecins Généralistes : Consultations, visites ⁽¹⁾	70%	100% BR
Médecins Spécialistes : Consultations, visites ⁽¹⁾	70%	100% BR
Actes techniques médicaux ⁽¹⁾	70%	100% BR
Imagerie médicale, échographie	70%	100% BR
Honoraires Paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (<i>infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, podologues, sages-femme, etc.</i>)	60%	100% BR
Matériel médical (hors orthopédie)		
Petit appareillage (<i>béquilles...</i>)	60%	100% BR
Grand appareillage (<i>lits médicaux, fauteuils roulants...</i>)	60% - 100%	100% BR
Autres prestations		
Consultation de psychologues (<i>dans la limite de 8 séances par an</i>) ⁽¹²⁾	60%	Frais réels
Analyses et examens de laboratoire	60%	100% BR
Médicaments : vignettes blanches, bleues, oranges	65% 30% 15%	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés (<i>forfait annuel, par bénéficiaire</i>)	-	-
HOSPITALISATION		
Médecine - Chirurgie - Obstétrique		
Forfait journalier hospitalier (<i>sans limitation de durée</i>) ⁽²⁾	-	Remboursement intégral
Forfait patient urgences	-	Remboursement intégral
Actes de chirurgie, d'Anesthésie, d'Obstétrique conventionnés	80%	100% BR
Actes de chirurgie, d'Anesthésie, d'Obstétrique non conventionnés ⁽¹⁾	80%	100% BR
Honoraires médicaux en établissements conventionnés (<i>dont chirurgie en ambulatoire</i>)	80%	100% BR
Honoraires médicaux en établissements non conventionnés (<i>dont chirurgie en ambulatoire</i>) ⁽¹⁾	80%	100% BR
Frais de structure et de soins en établissements conventionnés	80%	100% BR
Frais de structure et de soins en établissements non conventionnés (<i>limité à 90% des frais réels</i>) ⁽¹⁾	80%	100% BR
Chambre particulière (<i>par jour limité à 90 jours par an</i>)	-	-
Lit d'accompagnant (<i>par jour, pour enfant de moins de 14 ans limité à 90 jours par an</i>)	-	-
Forfait accouchement (<i>annuel</i>) ⁽³⁾	-	-
TRANSPORT (pris en charge par le RO)		
Transport : ambulance, etc.	65%	100% BR
DENTAIRE		
Soins et Prothèses 100% Santé*	70%	Frais réels
Prothèses dentaires remboursées par le RO ⁽⁴⁾		
• Panier Tarifs maîtrisés	70%	125% BR
• Panier Tarifs libres	70%	125% BR
Consultations et soins dentaires	70%	100% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO (<i>forfait annuel, par bénéficiaire</i>)	-	-
Orthodontie remboursée par le RO	70% - 100%	125% BR
Orthodontie non remboursée par le RO	-	-
OPTIQUE (par période de prise en charge de 2 ans**) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾		
Lentilles (par paire) remboursées par le RO (<i>forfait annuel</i>)	60%	100% BR + Forfait de 100 €
Lentilles (par paire) non remboursées par le RO (<i>forfait annuel</i>)	-	50 €
Chirurgie réfractive (<i>par an et par bénéficiaire</i>)	-	-
Renouvellement d'équipement par un opticien sans ordonnance ***	60%	OUI
Equipements 100% santé*	60%	Frais réels
Equipements à tarif libre (dont 100 € maximum y compris SS pour la monture)		
Equipements à tarif libre (monture - verres simples)	60%	100 €
Equipements à tarif libre (monture - verres complexes)	60%	200 €
Equipements à tarif libre (monture - verres très complexes)	60%	200 €
Equipements à tarif libre (monture - 1 verre simple + 1 verre complexe)	60%	150 €
Equipements à tarif libre (monture - 1 verre simple + 1 verre très complexe)	60%	150 €
Equipements à tarif libre (monture - 1 verre complexe + 1 verre très complexe)	60%	200 €
Suppléments et prestations		
Suppléments et prestations optique 100% santé*	60%	Frais réels
Adaptation de la correction visuelle	60%	100% BR
Appairage (<i>forfait annuel</i>)	-	15 €
Verres avec filtre	60%	100% BR
Autres suppléments (<i>prisme, système antiptosis, verres iséoniques</i>)		100% BR

Annexe 1 : DENTAIRE 100% Santé ou RAC 0 ou RAC nul

RAC 0	Paniers Tarifs maîtrisés	Tarifs libres
Couronne métallique Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire	Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2 ^e prémolaire et molaire Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire Couronne céramo-métallique sur 2 ^e prémolaire	Couronne céramo-céramique Couronne céramo-métallique sur molaire Couronne implanto-portée
Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay métallique	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay céramique
Bridge céramo-métallique sur incisive Bridge métallique pour toute dent	Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)	Bridge céramo-céramique
Prothèse amovible à plaque base résine	Prothèse amovible sur châssis métallique	Prothèse amovible supra-implantaire
Réparations	Réparations	Adjonctions Implants

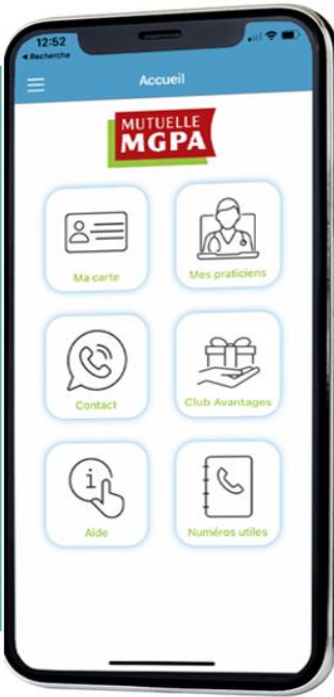
Source : Guide FNMF

Nous vous invitons à télécharger l'application mobile MGPA ACCESS pour suivre vos remboursements en temps réel et accéder à plusieurs services!









Annexe 2 : OPTIQUE 100% Santé ou RAC 0 ou RAC nul

- La classe A comprend les verres et montures relevant du « 100% santé » ;
- La classe B regroupe les verres et montures à prix libres.

Les contrats responsables ont l'obligation de prendre en charge les verres et montures de classe A dans la limite de montants définis : les « PLV » ou prix limites de vente¹.

Pour les équipements comportant des verres et/ou monture de classe B, les contrats peuvent ne prendre en charge que le ticket modérateur (TM) (pour les contrats individuels). Si la garantie couvre les dépassements de tarifs, elle doit respecter les minima et maxima de prise en charge des 3 catégories de verres, ainsi qu'un plafond de remboursement de la monture (AMO +AMC) :

Prise en charge AMO + AMC	Equipement avec ...		
	Verres simples	Verres complexes	Verres très complexes
Planchers :			
Contrats individuels	50 €	200 €	200 €
Contrats collectifs	100 €	200 €	200 €
Plafonds :	420 €	700 €	800 €
dont monture :	100 €		

Source : Guide FNMF

Annexe 3 : AUDIO 100% Santé ou RAC 0 ou RAC nul

Les bases de remboursement et les prix limites de vente des aides auditives vont évoluer jusqu'en 2021 : le RAC nul s'applique à partir de 2021.

			2019	2020	2021 et +
Equipements 100% santé	≤ 20 ans	BR	1 400 €	1 400 €	1 400 €
		PLV	1 400 €	1 400 €	1 400 €
	> 20 ans	BR	300 €	350 €	400 €
		PLV	1 300 €	1 100 €	950 €
Aides auditives à tarifs libres	≤ 20 ans	BR	1 400 €	1 400 €	1 400 €
	> 20 ans	BR	300 €	350 €	400 €

Source : Guide FNMF



Annexe 2 bis : Zoom sur les verres

Cas	Caractéristique des verres	Planchers et plafonds* de prise en charge par équipement comprenant le tarif de responsabilité (deux verres et une monture) dont 100€ maximum pour la monture	Simple / Complexes / Très complexes
A	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries	Minimum : 50€ Maximum : 420€	Simple
	Verres unifocaux 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		Simple
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries		Simple
B	Un équipement comportant un verre mentionné au A et un verre mentionné au C	Minimum : 125€ Maximum : 560€	Simple et complexe
C	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries	Minimum : 200€ Maximum : 700€	Complexe
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à + 4,00 dioptries		Complexe
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie		Complexe
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieur à 6,00 dioptries		Complexe
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries		Complexe
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries		Complexe
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à + 8,00 dioptries		Complexe
D	Equipement comportant un verre mentionné au A et un verre mentionné au F	Minimum : 125€ Maximum : 610€	Simple et très complexe
E	Equipement comportant un verre mentionné au C et un verre mentionné au F	Minimum : 200€ Maximum : 750€	Complexe et très complexe
F	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries	Minimum : 200€ Maximum : 800€	Très complexe
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries		Très complexe
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie		Très complexe
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 8,00 dioptries		Très complexe

*Conformément à l'instruction DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29/05/2019.

Lorsque l'équipement est composé de verres différents appartenant à une même catégorie **A**, **C** ou **F** définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.

Application de ces planchers et plafonds pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de verres de classe B (autres que 100% santé).

Application également pour l'acquisition d'équipement composé d'une monture de la classe A (100% santé) et de verres de classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des PLV.

Annexe 4 : Annexe aux grilles de prestations santé

Annexe aux grilles de prestations santé

Actes de prévention listés par l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale :

1. **Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)**, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. **Un détartrage annuel complet** sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. **Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24)**, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. **Dépistage de l'hépatite B** (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. **Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition** chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. **L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire** ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
7. **Les vaccinations** suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois (*)

(*) La MGPA prend en charge la vaccination pour les enfants de moins de vingt-quatre mois

❖ **100% Santé**

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés. Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% Santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% Santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% Santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% Santé », de leur présenter également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% Santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur soumettre une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

A

❖ **Aide auditive**

Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et appareils boîtiers. Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale. Dans le cadre du dispositif « 100% Santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) seront prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des prix maximums que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

❖ **Auxiliaires médicaux**

Ce sont les professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes figurant à la nomenclature sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

B

❖ **Base de remboursement (BR)**

C'est le tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) : tarif fixé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer le remboursement des honoraires de soins dispensés par les prestataires médicaux non liés par la convention nationale.
- Tarif de responsabilité (TR) : tarif retenu par le régime obligatoire pour le calcul des remboursements des médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

❖ **Biologie : analyses et examens**

Il s'agit de l'ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

C

❖ **Chambre particulière**

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). Elle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. Elle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement comme, par exemple, dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire.

❖ **Chirurgie réfractive**

La chirurgie réfractive permet de corriger les défauts visuels. Elle comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la chirurgie réfractive.

❖ **Consultation médicale**

C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien-dentiste ou une sagefemme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

❖ **Conventionné / non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire**

Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnels ou établissements de santé) a passé ou non une convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

❖ **Cure thermique**

C'est un séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

D

❖ **Dentaire**

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

Dans le cadre de la réforme « 100 % Santé », certaines prothèses dentaires sont remboursées intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires introduits et sous réserve que le chirurgien-dentiste respecte les conditions relatives au dispositif de « prise en charge renforcée ».

❖ **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM, OPTAM / OPTAM-CO)**

Ce sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires de titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

F

❖ **Forfait journalier hospitalier**

Il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation, qui n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

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

❖ **Forfait patientèle médecin traitant**

Rémunération forfaitaire versée annuellement par l'Assurance Maladie Obligatoire à chaque médecin traitant pour le suivi de ses patients.

❖ **Forfait sur les actes dits « lourds »**

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel. Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « lourds » (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...).

❖ **Frais d'accompagnement**

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

❖ **Frais de séjour**

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

❖ **Franchise médicale**

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

G

❖ **Garantie aux frais réels**

Certaines garanties de complémentaire santé prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.

❖ **Garantie (proposée par les organismes complémentaires d'assurance maladie)**

C'est l'engagement de l'organisme complémentaire d'assurance maladie à assurer la prise en charge totale ou partielle de certains postes de dépenses qui composent la couverture complémentaire santé. Le niveau de prise en charge est indiqué dans les documents contractuels.

Les garanties peuvent notamment concerner :

- L'hospitalisation (honoraires, forfait journalier hospitalier, chambre particulière...) ;
- Les honoraires médicaux ;
- Les médicaments ;
- Les analyses et examens de laboratoire ;
- Les honoraires paramédicaux ;
- L'optique ;
- Le dentaire ;
- Les aides auditives.

H

❖ **Honoraires**

Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

❖ **Hospitalisation**

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. **L'hospitalisation ambulatoire** recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse...). **L'hospitalisation à domicile** (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

I

❖ **Imagerie médicale**

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

❖ **Implantologie dentaire**

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles sont fixées une ou plusieurs prothèses.

L'implantologie n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire (sauf pathologies très particulières).

❖ **Inlays et onlays**

Ces techniques permettent de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).

Les inlays onlays ne figurent pas dans le panier « 100% Santé ». Ils figurent en revanche dans le panier dit « modéré » lorsqu'ils sont réalisés en composite ou alliage non précieux et dans le panier dit « libre » lorsqu'ils sont en céramique ou en alliage précieux

❖ **Inlay core**

Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée.

L

❖ **Lentilles**

Les lentilles de contact sont des prothèses optiques posées sur la cornée. L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels.

❖ **Lunettes**

Les lunettes sont composées d'une monture et de deux verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie). Le prix des verres varie selon sa nature et sa puissance (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Pour les personnes (de plus de 16 ans), le renouvellement de la prise en charge intervient après une période minimale de 2 ans, sauf variation significative de la vue ou en cas de situation médicale particulière.

M

❖ **Matériel médical**

Ce sont les biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

❖ **Médicaments**

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge. Il existe quatre taux de remboursement des médicaments :

- 100% pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65% pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important ;
- 30% pour les médicaments dont le service médical rendu est modéré et pour certaines préparations magistrales (médicament préparé au vu de la prescription destinée à un patient déterminé.)
- 15% pour les médicaments homéopathiques et les médicaments à service médical rendu faible.

L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale. À compter de 2021, les médicaments homéopathiques ne seront plus remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

O

❖ **Optique**

Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger des troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie. Il peut s'agir de lunettes (deux verres et une monture) ou de lentilles.

Les lunettes entrant dans le panier « 100 % Santé » (définis à partir de critères techniques) sont remboursées intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des prix maximum que les opticiens s'engagent à respecter.

Les autres équipements (n'appartenant pas au panier « 100% Santé » car répondant à d'autres critères techniques) seront moins bien pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

❖ **Orthodontie**

Il s'agit de la discipline médicale pratiquée par les orthodontistes (médecins stomatologues ou chirurgiens-dentistes). Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

❖ **Ostéodensitométrie**

Aussi appelé « densitométrie osseuse » ou « absorptiométrie biphotonique » est un examen médical permettant de mesurer la densité osseuse, autrement dit la teneur en calcium des os. Les résultats de cet examen permettent d'évaluer le risque de fracture.

P

❖ **Parcours de soins coordonnés**

C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'Assurance Maladie Obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans. Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui : a déclaré un médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ; consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins, qu'elle se trouve dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique. De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire est diminué.

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

❖ **Parodontologie**

Il s'agit d'une discipline visant au traitement des maladies parodontales qui sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (gencive, ligaments, os...). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus.

❖ **Participation du patient (lors d'une hospitalisation)**

En cas d'hospitalisation, l'Assurance Maladie Obligatoire ne prend pas en charge la totalité du prix des actes. Selon le montant de la base de remboursement, le patient a à sa charge le ticket modérateur ou le forfait « 24€ ».

❖ **Participation forfaitaire d'1 €**

Cette participation forfaitaire d'1 € est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- Des enfants de moins de 18 ans ;
- Des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour suivant la date de l'accouchement ;
- Et des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

La participation forfaitaire d'1 € n'est pas remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

❖ **Prisme**

Le prisme est un verre « spécial » de forme triangulaire (il est formé de deux faces non parallèles qui forment un angle entre elles) qui a la propriété de dévier ou de rediriger l'image de l'objet vers son sommet, le faisant « tomber » correctement sur la rétine de chaque œil. De cette manière, le cerveau perçoit une seule image et le patient ne voit pas en double.

❖ **Prix limite de vente**

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

❖ **Prothèses dentaires**

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées.

Les prothèses fixes remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique.

Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever et qui remplacent généralement plusieurs dents.

R

❖ **Reste à charge**

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de sa complémentaire santé. Après intervention de l'AMO, le reste à charge est constitué :

- Du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire) ;
- De l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- Des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
- De l'éventuel forfait journalier hospitalier ;
- Des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

S

❖ **Secteur 1 / Secteur 2**

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

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

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres.

❖ **Soins courants**

Il s'agit de l'ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médicosociaux. Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

❖ **Soins dentaires**

C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

❖ **Surcomplémentaire**

Couverture ou contrat santé supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première assurance maladie complémentaire sur certains postes de soins.

❖ **Système anti-ptosis**



C'est un système mécanique permettant de relever les paupières supérieures non fonctionnelles. Le ptosis est un affaissement de la paupière supérieure. La personne étant alors dans l'incapacité de relever sa paupière, l'œil reste à moitié ou totalement fermé.

T

❖ **Taux de remboursement de l'assurance maladie**

C'est le taux appliqué par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base de remboursement.

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

❖ **Téléconsultation**

La téléconsultation est un acte de télémedecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de pratiquer une consultation à distance pour un patient.

Des téléconsultations peuvent aussi être proposées par des médecins en relation avec les assurés ou adhérents via une plateforme téléphonique, une connexion web ou des outils adaptés aux smartphones. Elles peuvent être éligibles au remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire dans la mesure où elles respectent les conditions de réalisation des téléconsultations définies par la convention nationale des médecins libéraux.

Les organismes d'assurance maladie complémentaires peuvent proposer ce service dans leurs contrats santé.

❖ **Ticket modérateur**

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'1€ ou d'une franchise).

Il est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

La participation forfaitaire d'1 €, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur : il constitue l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

❖ **Transport**

Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient. Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire, des transports en commun, etc.

La prise en charge de certains transports, même prescrits par un médecin, nécessite l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie Obligatoire : c'est le cas des transports de longue distance, des transports en série, des transports en avion ou bateau de ligne, et des transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

V

❖ **Vaccins**

Les vaccins sont des médicaments injectables qui jouent un rôle essentiel dans la prévention et la protection contre de nombreuses maladies infectieuses.

❖ **Verres iséiconiques (sur devis)**

Verres dont les bases et épaisseurs sont calculées de manière à réduire l'aniséiconie (différence de dimension entre les images perçues par chacun des 2 yeux).

Exemples de remboursement pour l'année 2023 ¹

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO/RO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC/MGPA)	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR - 1 €	30% BR	1 € de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - 1 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 16 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	32,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	58,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	36,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,23 €
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé:					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,04 €	794,04 €	770,04 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassements si prévu au contrat	selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	413,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	141,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	451,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	179,30 €
Séjours sans actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public:					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 333,75 €	3 333,75 €	2 667,00 €	666,75 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO/RO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC/MGPA)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	120,00 €	84,00 €	66,00 €	397,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 max.)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	48,38 €	478,12 €
Optique					
Equipelement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)	33,35 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0,00 €
Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27€ (par verre) + 9 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0,00 €
Equipelement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Verres simples et monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	25 € (par verre) + 50 € (monture)	74,97 € (par verre) + 88,97 € (monture)
Verres progressifs et monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	50,02 € (par verre) + 99,97 € (monture)	180,95 € (par verre) + 39 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non connu (NC)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	TM + Forfait de 100 €** (remboursées par l'AMO) 50 €** (non remboursées par l'AMO)	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	
Opération corrective de la myopie	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés
Aides auditives					
Equipelement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Equipelement hors 100% santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 534,00 €	400,00 €	240,00 €	160,00 €	1 134,00 €

AMO : Assurance Maladie Obligatoire - AMC : Assurance Maladie Complémentaire - TM : Ticket Modérateur

DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés soient l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique (OPTAM – CO)

¹ Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

² Les contrats sont dits "responsables" quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter notre Glossaire santé.

³ La Base de Remboursement (BR) est un tarif de "référence" fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque, dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

⁴ Prix limite de vente

* Forfait par jour, limité à 90 jours

** Forfait annuel, par bénéficiaire

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire santé de la MGPA.