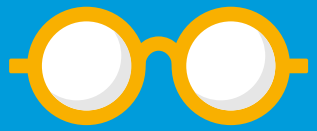
GLOSSAIRE

DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



Édition juillet 2020

unocam
UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

GLOSSAIRE DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ*

Vous trouverez dans ce glossaire interactif des explications sur des termes utilisés par votre complémentaire santé. Ils vous serviront à comprendre vos garanties.

Vous souhaitez des renseignements complémentaires ou des indications sur des termes qui ne figurent pas dans ce glossaire ? N'hésitez pas à contacter votre organisme complémentaire d'assurance maladie !

› Cliquez sur cette icône pour revenir à cette page

› Pour consulter la définition d'un mot lié à une autre définition, cliquez sur le renvoi sous forme de flèche

› Utilisez ces flèches pour naviguer d'une page à une autre lorsqu'une lettre se compose de plusieurs pages

› Pour vous déplacer d'une lettre à une autre, utilisez l'alphabet cliquable en haut de page

* Ces définitions n'ont pas de valeur contractuelle

UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, **C'EST INDISPENSABLE !**

Cette brochure a pour objectif de vous aider à mieux comprendre comment intervient une complémentaire santé, comment fonctionne le système de remboursement des soins et comment décrypter les garanties d'un contrat, afin de vous guider dans le choix d'un contrat de complémentaire santé ou dans l'évolution de vos garanties.

100 % Santé

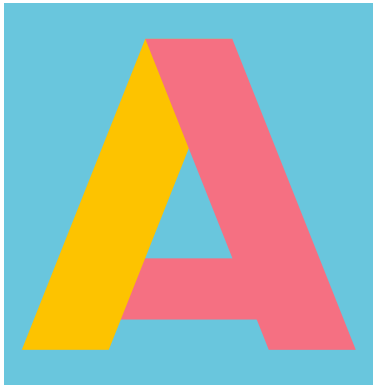
Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais 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.

Synonymes : réforme des soins et des équipements sans reste à charge, réforme des soins et des équipements à prise en charge renforcée



Accident

Atteinte corporelle non intentionnelle de la part d'un assuré ou adhérent provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent / Assuré

Dans le cadre d'un contrat individuel, la personne physique qui a adhéré ou souscrit un contrat de complémentaire santé est désignée soit par le terme d'adhérent soit par celui d'assuré selon que ledit contrat relève d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance et selon la nature du contrat.

Dans le cadre d'un contrat collectif, l'adhérent est l'entreprise qui a adhéré au règlement de l'organisme complémentaire ou souscrit un contrat collectif auprès de lui et les assurés sont les salariés et anciens salariés. Ces derniers sont les bénéficiaires des garanties. Les assurés sont donc les personnes auxquelles s'appliquent les garanties du contrat, sans qu'elles en soient nécessairement les souscripteurs.
Leurs ayants droit peuvent également bénéficier de ces mêmes garanties dans les conditions définies au contrat.

Synonyme : souscripteur

Affection de longue durée (ALD)

Il s'agit d'une maladie grave et/ou chronique reconnue par l'Assurance Maladie Obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins coûteux et prolongés.
Les affections de longue durée (ALD) figurent sur une liste établie par décret sur avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou sont reconnues par le service du contrôle médical de l'Assurance Maladie Obligatoire. Le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements recommandés pour la prise en charge dans le cadre de l'ALD. Les dépenses liées aux soins et au traitement de cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la base de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire.
Le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD (exonération du ticket modérateur).

En revanche, les taux de remboursement habituels sont appliqués aux soins sans rapport avec l'ALD (exemple : 70 % de la base de remboursement pour les honoraires médicaux). Justifiés par des actes destinés à traiter d'autres affections que celle qui fait l'objet du protocole.

La Haute Autorité de Santé (HAS) édite des recommandations destinées à la communauté médicale et des guides expliquant aux patients en ALD les principaux éléments du traitement et du suivi de leur maladie. Par ailleurs, le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.

Pour plus de détails :
www.ameli.fr

Aides auditives

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.

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

À compter du 1er janvier 2021, 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.
Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaitre a minima un équipement de l'offre « 100 % Santé ».

Les autres aides auditives (répondant à d'autres critères techniques et technologiques) sont prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

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

Consultez l'infographie
Achat d'un équipement d'aide auditive de classe II

Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs

Assistant d'écoute

L'assistant auditif est un amplificateur de son qui permet de gagner en confort d'écoute.
Contrairement aux aides auditives, il ne peut pas être ajusté à l'audition de la personne qui le porte, et aucun suivi n'est assuré. Il peut être délivré sans prescription médicale.

Ces derniers ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des régimes obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.
Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé engagés et/ou de compenser une perte de revenu liée à une incapacité physique de travail.

Synonymes : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale, régimes de base

Assurance Maladie Complémentaire (AMC)

C'est l'ensemble des garanties, proposées par les différents organismes complémentaires d'assurance maladie, assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.
L'adhésion à une couverture maladie complémentaire est soit facultative, soit obligatoire (pour les salariés).

Synonymes : organisme complémentaire d'assurance maladie (OCAM), complémentaire santé, complémentaire frais de soins

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.

Synonyme : professionnel paramédical

Ayant droit

Ayant droit au sens de l'Assurance Maladie Obligatoire :

L'ayant droit est une personne qui n'est pas assuré social à titre personnel mais qui bénéficie des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire du fait de ses liens avec un assuré social, en tant qu'enfant mineur d'un assuré social, par exemple.

Depuis le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie (PUMA) est mise en place. Les personnes majeures sans activité professionnelle ont droit à la prise en charge de leurs frais de santé à titre personnel, sous réserve de résider en France de manière stable et régulière. Elles n'ont plus besoin d'être rattachées à un assuré social ouvrant droit. Ainsi, la notion d'ayant droit disparaît progressivement pour les personnes majeures.

Ayant droit au sens de l'assurance maladie complémentaire :

L'ayant droit est une personne qui bénéficie de l'assurance maladie complémentaire d'un assuré / adhérent / participant en raison de ses liens familiaux avec celui-ci. Cette définition d'ayant droit peut varier selon les organismes et est précisée dans les documents contractuels.

Synonyme : bénéficiaire

POUR PLUS D'INFOS, CONSULTEZ LA BROCHURE

B

Base de remboursement (BR)

C'est le tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.

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) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Basse vision

Une personne affectée d'une basse vision est quelqu'un dont la déficience visuelle fonctionnelle est importante, même après traitement et/ou correction optique standard (l'acuité visuelle est inférieure à 3/10 à la perception lumineuse ou le champ visuel résiduel inférieur à 10° du point de fixation).

La basse vision est fréquemment causée par une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), mais peut être imputable à d'autres facteurs. Un examen oculaire approfondi par un ophtalmologiste est nécessaire pour diagnostiquer la cause de ce défaut visuel.

Bénéficiaire

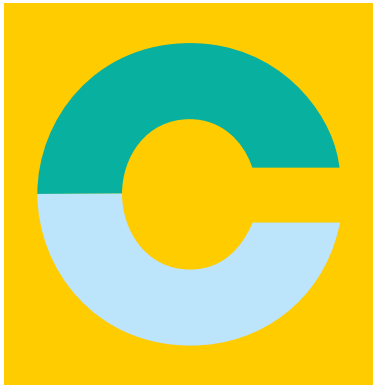
Personne physique qui bénéficie des garanties de complémentaire santé, soit :

- en tant qu'assuré ou adhérent ;
- en tant qu'ayant droit, du fait de ses liens avec l'assuré (enfant ou conjoint par exemple).

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.

Synonymes : examen de laboratoire, biologie médicale, analyses médicales



Chambre particulière / chambre individuelle

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle 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.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services. Il peut être remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

Chirurgie ambulatoire

C'est la chirurgie réalisée à l'occasion d'une hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée donc) ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Chirurgie réfractive

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

L'Assurance Maladie Obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.

La chirurgie réfractive 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.

Synonymes : chirurgie de l'œil, opération ou chirurgie laser des défauts visuels

Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

La Complémentaire santé solidaire est un dispositif de solidarité permettant d'aider les personnes ayant des revenus modestes à bénéficier d'une couverture complémentaire santé.

Selon le niveau de ressources du bénéficiaire, la Complémentaire santé solidaire est gratuite ou donne lieu à une participation financière dont le montant dépend de l'âge (1€ par jour maximum pour les personnes âgées de 70 ans et plus).

Elle donne droit, aux personnes éligibles, à la prise en charge de la part complémentaire (ticket modérateur) des dépenses de santé à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale pour les soins courants et hospitaliers. Le forfait journalier hospitalier (20 €/jour) est intégralement pris en charge quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

Elle permet aussi la prise en charge intégrale des lunettes, des aides auditives et des prothèses dentaires dans le cadre du 100 % Santé.

Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, sont exonérés de la participation forfaitaire de 1€ appliquée notamment sur les consultations en ville et de la franchise appliquée sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. La Complémentaire santé solidaire peut être gérée, au libre choix du bénéficiaire, par l'Assurance Maladie Obligatoire ou par un organisme complémentaire d'assurance maladie participant au dispositif (cf. liste des organismes complémentaires santé partenaires).

Depuis le 1er novembre 2019, ce dispositif remplace les deux dispositifs qui existaient jusqu'alors, à savoir la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Les contrats ACS en cours au 1er novembre 2019 restent en vigueur jusqu'à leur échéance.

Pour plus de détails :
www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr
www.ameli.fr

Consultation médicale

C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, 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.

Consultez l'infographie
Consultation d'un médecin généraliste secteur 1

Contrat d'accès aux soins (CAS)

Voir également :
→ Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisés (OPTAM OPTAM-CO)

Depuis le 1er janvier 2017, l'OPTAM/l'OPTAM-CO a remplacé le contrat d'accès aux soins (CAS).

Contrat collectif

C'est un contrat d'assurance maladie complémentaire à adhésion obligatoire ou facultative souscrit par un employeur au bénéfice de ses salariés et généralement de leurs ayants droit (ou par une personne morale par exemple, une association, au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit).

Lorsqu'il est à adhésion obligatoire, le contrat doit, d'une part, se conformer aux exigences prévues pour les contrats responsables et, d'autre part, respecter des niveaux de garanties minimum spécifiques pour les prothèses dentaires et certains équipements d'optique médicale.

Synonyme : contrat groupe

Contrat individuel

C'est un contrat d'assurance maladie complémentaire souscrit par un individu pour son propre compte. L'adhérent ou assuré peut éventuellement en faire bénéficier ses ayants droit, selon les clauses du contrat.

Contrat « responsable et solidaire »

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé de l'individu couvert et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle rembourse :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonnés, des soins et biens remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (hormis quelques exceptions) ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100 % Santé » pour les lunettes (à partir de 2020) et une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100 % Santé.

Elle peut prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

En revanche, elle ne doit pas rembourser :

- les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ;
- la participation forfaitaire de 1€ applicable aux consultations et à certains examens médicaux ;
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50€ par boîte de médicament).

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements : deux ans pour les lunettes et 4 ans pour les aides auditives, sauf cas dérogatoires.

Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le ministère de la Santé pour lesquels un ticket modérateur est appliqué. Les contrats « solidaires et responsables » représentent la très grande majorité des contrats offerts sur le marché.

POUR PLUS D'INFOS, CONSULTEZ LA BROCHURE

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.

1/ Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif conventionnel. Le tarif conventionnel est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

À compter de 2019 et progressivement, le tarif de certaines prothèses dentaires sera plafonné. Les chirurgiens-dentistes s'engagent à respecter ces tarifs plafonds. Il en sera de même pour certains équipements d'optique et certaines aides auditives relevant du panier à prise en charge renforcée.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base du tarif de convention, dans les conditions de réalisation des actes et de leur facturation prévues par celle-ci.

Ainsi, les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires différents, souvent appelés de « secteur 2 », peuvent facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et l'orthodontie. Dans tous les cas, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention.

2/ Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence régionale de santé compétente.

Voir également :
→ Secteur 1 / Secteur 2

Conventionné avec un organisme complémentaire d'assurance maladie

Voir également :
→ Réseau de soins
→ Tiers payant

Cotisation

Dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé, c'est le montant dû par l'adhérent ou assuré en contrepartie du bénéfice des garanties et des éventuels services associés proposés par l'organisme complémentaire d'assurance maladie : c'est le prix de la couverture complémentaire santé.
On ajoute les taxes auxquelles sont assujetties les couvertures complémentaires santé (taux de 13,27 % dans le cas le plus général) pour obtenir le prix à payer.

Synonyme : prime

Cure thermale

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

Délai d'attente

Il s'agit de la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'assuré cotise. Elle commence à courir à compter du jour de la souscription, de l'adhésion à la couverture complémentaire santé ou de son renouvellement ou à l'occasion d'un changement de garantie en cours de contrat.
Depuis le 1er janvier 2016, les couvertures complémentaires santé responsables ne peuvent pas prévoir de délai d'attente pour les produits et équipements en lien avec le caractère responsable du contrat.

Synonymes : délai ou clause de stage, délai de carence

Demande de prise en charge par l'organisme complémentaire d'assurance maladie

La demande formulée auprès de l'organisme complémentaire d'assurance maladie, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires…) permet de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie et, le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré ou adhérent, sur la base d'un devis.

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…

À compter de 2020, 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 ».

Consultez l'infographie
Pose d'une couronne dentaire céramo-métallique

Voir également :
- Implantologie dentaire
- Inlays et onlays
- Inlay core
- Orthodontie
- Parodontologie
- Prothèses dentaires
- Soins dentaires

Dépassement d'honoraires

C'est la part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements comme tout honoraire, « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le contrat le prévoit. Dans ce cas, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérant à l'OPTAM (contrats « responsables »).

Synonyme : dépassements

Voir également :
- Contrats responsables
- Options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-CO)
- Secteur 1 / Secteur 2

Dépenses réelles

Il s'agit du montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé.

Devis

Le devis est un document présentant les soins ou prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 € comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document. Dans le cadre de la réforme « 100 % Santé », les opticiens et les audioprothésistes doivent obligatoirement proposer un devis pour une offre entrant dans le panier d'équipements « à prise en charge renforcée ».

Avant de réaliser des soins prothétiques, les chirurgiens-dentistes doivent aussi remettre aux patients un devis. Une fois les soins réalisés, les chirurgiens-dentistes doivent présenter une facture aux patients qui reprend, en totalité ou partiellement, l'ensemble des éléments du devis.

Le devis peut aussi être présenté à une assurance maladie complémentaire, préalablement à tout soin, afin d'obtenir une évaluation sur les frais restant à la charge de l'assuré.

Dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux sont constitués de tout instrument, appareil, équipement, matière ou produit, utilisés seuls ou en association (y compris les accessoires et logiciels nécessaires à son bon fonctionnement), utilisés à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme.

Les dispositifs médicaux et certaines prestations associées sont pris en charge s'ils sont inscrits à la liste des produits et prestations (LPP).

Synonymes : biens médicaux, matériel médical, équipement

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-CO)

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) qui 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 des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er 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.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO que ceux d'un médecin non adhérent. Un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est également introduit pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Synonyme : OPTAM et OPTAM-CO

Dossier médical partagé (DMP)

Le dossier médical partagé (DMP) peut être considéré comme un carnet de santé numérique. Il contient des données de santé (telles que les antécédents, allergies éventuelles, traitements en cours, comptes-rendus d'hospitalisation et de consultation, résultats d'examens), alimentées par l'assuré social et les médecins qu'il consulte.

Le patient reste toutefois libre d'autoriser les médecins à accéder à son DMP (sauf pour le médecin traitant, qui dispose d'un accès privilégié).

Toutes les informations liées à la santé sont stockées dans un seul espace dématérialisé hautement sécurisé.

E

Entreprises d'assurance

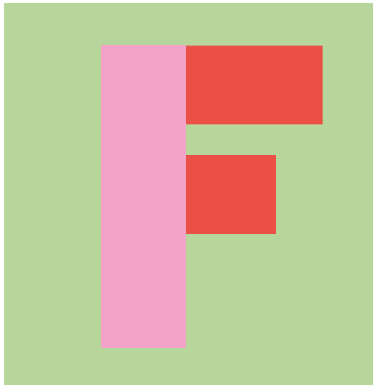
Les entreprises d'assurance sont l'un des acteurs qui prend en charge, à titre individuel (pour une personne ou sa famille) ou collectif (par exemple pour des salariés d'une entreprise) tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les entreprises d'assurance sont des organismes régis par le Code des Assurances, qui peuvent être soit des sociétés anonymes, soit des sociétés d'assurance mutuelle.

Établissement de Santé

C'est une structure qui délivre des soins avec hébergement ou sans nuitée (hospitalisation ambulatoire) ou encore à domicile.

Synonymes : hôpital, clinique, centre hospitalier



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. Depuis le 1er janvier 2018, son montant est de 20 € par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la garantie proposée par la complémentaire santé est responsable.

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.).

Synonymes : forfait hospitalier, forfait journalier

Frais d'accompagnement

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

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

Synonymes : frais d'accompagnant, lit d'accompagnant, repas d'accompagnant

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.

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...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas : actes coûteux notamment), le ticket modérateur (les 20 % restant) étant systématiquement remboursé par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Forfait patientèle médecin traitant

Rémunération forfaitaire versée annuellement par l'Assurance Maladie Obligatoire à chaque médecin traitant pour le suivi de ses patients.
Ce forfait est cofinancé par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

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. Cette participation forfaitaire s'applique sur les actes pratiqués, en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'État (120 € en 2018), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60. C'est pourquoi on la qualifie couramment de participation forfaitaire ou forfait sur les actes lourds.

Depuis le 1er janvier 2019, le montant de cette participation est de 24 €.

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…).

Ce forfait est systématiquement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Synonymes : ticket modérateur forfaitaire, participation forfaitaire de 24 €, participation/forfait actes lourds

Voir également :
→ Participation du patient

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.

Son montant est de :

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

50 €

C'est le plafonnement annuel de la franchise médicale pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale de l'État (AME), femmes enceintes (du 1er jour du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après l'accouchement), jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet évènement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsables », sinon le contrat est requalifié en « non responsable ».

Voir également :
→ Contrat « responsable et solidaire »

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.

Selon le type d'organisme complémentaire d'assurance maladie, l'engagement est matérialisé par la souscription d'un contrat ou l'adhésion à des statuts, à un règlement et/ou à un contrat.

H

Honoraires

Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral. Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

Honoraire limite de facturation (HLF)

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 ».

Depuis 2019, des honoraires limites de facturation sont appliqués progressivement aux prothèses dentaires contenues dans le panier « 100 % Santé » et dans le panier « modéré ».

Honoraires de dispensation

Cette rémunération du pharmacien d'officine est destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Il existe cinq honoraires de dispensation :

- un honoraire de dispensation au conditionnement ;
- un honoraire par ordonnance dite complexe (5 lignes et plus de prescription de médicaments remboursables) ;
- un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables*;
- un honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance pour des jeunes enfants et des patients âgés*;
- un honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques*.

Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70 % ou 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire.

*Ces honoraires peuvent se cumuler.

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.

Voir également :
- Chambre particulière
- Forfait actes lourds
- Forfait journalier hospitalier
- Frais d'accompagnement
- Frais de séjour
- Participation du patient

PLUS D'INFOS SUR
www.unocam.fr

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) mais peut, en revanche, être prise en charge par certains contrats d'assurance santé complémentaire.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit notamment comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

Synonymes : implants dentaires, implants

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 tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. 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. Ce sont les seuls soins conservateurs pour lesquels le chirurgien-dentiste peut facturer un tarif supérieur à la base de remboursement. Le tarif des inlays-onlays composite ou en alliage non précieux sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021. Celui des inlays-onlays en céramique ou alliage précieux restera quant à lui libre.

Certains contrats responsables peuvent prendre en charge les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement pour ces actes dans la limite du plafond fixé lorsqu'un tel plafond est prévu.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

Inlay core

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

À compter de 2020, cet acte est pris en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100 % Santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

Institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance sont l'un des acteurs qui prend en charge, à titre individuel (pour une personne ou sa famille) ou collectif (par exemple pour des salariés d'une entreprise) tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les institutions de prévoyance sont des organismes à but non lucratif régis par le Code de la Sécurité sociale, gérés à parité entre les représentants des employeurs et des salariés, destinés à couvrir les salariés et anciens salariés dans le cadre de la branche professionnelle ou de l'entreprise.

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. Le remboursement est alors généralement complété par l'assurance maladie complémentaire.
S'agissant des lentilles non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire, elles peuvent être remboursées, pour tout ou partie, par l'assurance maladie complémentaire suivant les garanties définies au contrat.

Consultez l'infographie
Achat d'une paire
de lunettes de classe B

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 certaines prestations d'optique, l'assurance maladie complémentaire rembourse, au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, l'intégralité des dépenses, permettant ainsi à l'adhérent ou assuré de ne plus avoir de frais restant à sa charge.

À compter de 2020, c'est notamment le cas des équipements d'optique inclus dans le panier « 100 % Santé », dans le respect des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour ces équipements.

Dans les autres cas, les opticiens fixent librement le tarif des montures et des verres. La prise en charge de l'organisme de complémentaire santé est limitée dans le cadre des contrats responsables.

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.

2 ans

C'est la période minimale à partir de laquelle une complémentaire santé responsable peut renouveler la prise en charge d'un équipement optique.

Les opticiens ont l'obligation de remettre à l'assuré un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par l'Assurance Maladie Obligatoire. À compter de 2020, le devis doit nécessairement comporter une proposition de prestation sans reste à charge (un équipement du panier « 100 % Santé »).

Synonyme : équipement optique

Consultez l'infographie
Achat d'une paire
de lunettes de classe A

POUR PLUS D'INFOS, CONSULTEZ LA BROCHURE

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…

La plupart des organismes complémentaires d'assurance maladie distinguent les équipements d'optique et les aides auditives du reste du matériel médical.

Synonymes : Dispositifs médicaux (DM), Appareillage (petit ou grand)

Maladie

Altération de la santé de l'assuré ou adhérent constatée par une autorité médicale compétente.

Médecin traitant

C'est un médecin généraliste ou spécialiste hospitalier ou libéral, désigné par le patient auprès de sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire.
Il coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal. Il oriente dans le parcours de soins coordonnés : il informe l'assuré et le met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.).

Il établit, si l'assuré est atteint d'une affection de longue durée, le protocole de soins en concertation avec les autres médecins qui suivent cette maladie. Il est ainsi garant de la bonne information de son patient sur les actes et les prestations nécessaires et pris en charge intégralement par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Il connaît et gère le dossier médical. Il a, notamment, un accès privilégié au dossier médical partagé. Il centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé de son patient. Il tient à jour le dossier médical (résultats d'examens, diagnostics, traitements, etc.).

Il assure une prévention personnalisée en fonction du style de vie de l'assuré, de son âge ou de ses antécédents familiaux et conseille les éventuels dépistages : suivi de la vaccination, examens de dépistage organisés (exemple : dépistage du cancer colorectal), aide à l'arrêt du tabac, conseils nutrition...

Voir également :
→ Parcours de soins coordonnés

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.

À compter du 1er janvier 2020, l'homéopathie est remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 15 % contre 30 % auparavant.
À compter de 2021, les médicaments homéopathiques ne seront plus remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les montants et taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien.

Les médicaments relevant d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »). L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale. L'assurance maladie complémentaire peut prendre en charge des médicaments sans prescription médicale.

Les prix des médicaments non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

Médicaments génériques

Un médicament générique est conçu à partir de la molécule d'un médicament déjà commercialisé (ou médicament princeps) dont le brevet est tombé dans le domaine public.

Un médicament générique est donc un médicament bien connu avant même sa commercialisation, grâce à l'expérience accumulée pendant plus de 20 ans par le médicament d'origine (princeps), en termes d'efficacité et de sécurité d'emploi de sa molécule.

Pour obtenir le statut de médicament générique, un médicament doit prouver sa bioéquivalence avec le médicament d'origine (princeps).

Médicaments princeps

Le médicament princeps est le médicament qui peut être « génériqué » quand son brevet tombe dans le domaine public.

Lorsque des médicaments génériques sont commercialisés, le pharmacien substituera automatiquement un médicament générique au médicament princeps.

En cas de refus par le patient du médicament générique, le pharmacien ne pourra pas pratiquer le tiers payant.

Mutuelles

Les mutuelles sont l'un des acteurs qui prend en charge, à titre individuel (pour une personne ou sa famille) ou collectif (par exemple, les salariés d'une entreprise) tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les mutuelles sont des organismes à but non lucratif, régis par le Code de la Mutualité, dans lesquels les adhérents participent directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants élus au fonctionnement et aux décisions de la mutuelle.

Nomenclature

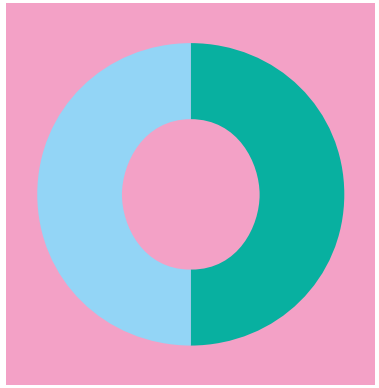
Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Elles définissent également les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites...) et l'orthodontie, il s'agit de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- pour les actes techniques médicaux et dentaires (actes de chirurgie, anesthésie,…), il s'agit de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ;
- pour les biens médicaux (appareillage,…) hors médicaments, il s'agit de la liste des produits et prestations (LPP) ;
- pour les soins hospitaliers il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

Les actes non inscrits à la nomenclature (dit « hors nomenclature » ou HN) peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

NOEMIE

NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. C'est par ce moyen que l'Assurance Maladie Obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un assuré ou adhérent.



OPTAM / OPTAM-CO

Voir également :
→ Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées

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.

À compter du 1er janvier 2020, 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. L'offre « 100 % Santé » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « à prise en charge renforcée » et d'une monture d'une autre offre, ou inversement.

Les opticiens doivent établir un devis faisant systématiquement apparaitre un équipement de l'offre « à prise en charge renforcée ».

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. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Au-delà des lunettes, la chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

Voir également :
→ Chirurgie réfractive
→ Lentilles
→ Lunettes

Ordonnance

C'est le document délivré par un médecin et sur lequel figurent ses prescriptions.

Les prescriptions peuvent concerner la délivrance de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) d'examens complémentaires (biologie…) ou la réalisation d'actes de soins par d'autres professionnels de santé (autre médecin, pharmacien, auxiliaire médical…).

La production de ce document est indispensable pour la délivrance de ce produit de santé ou la réalisation de cet acte, ainsi que pour leur remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Synonyme : prescription médicale

Organisme complémentaire d'assurance maladie (OCAM)

Il s'agit de l'organisme de protection sociale complémentaire qui prend en charge, à titre individuel (pour une personne ou sa famille) ou collectif (par exemple pour des salariés d'une entreprise) tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Il existe trois types d'organismes complémentaires d'assurance maladie :

- les institutions de prévoyance : organismes à but non lucratif régis par le Code de la Sécurité sociale, gérés à parité entre les représentants des employeurs et des salariés, destinés à couvrir les salariés et anciens salariés dans le cadre de la branche professionnelle ou de l'entreprise ;
- les mutuelles : organismes à but non lucratif, régis par le Code de la Mutualité, dans lesquels les adhérents participent directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants élus au fonctionnement et aux décisions de la mutuelle ;
- les entreprises d'assurance : organismes régis par le Code des Assurances, qui peuvent être soit des sociétés anonymes, soit des sociétés d'assurance mutuelle.

Synonymes : complémentaire santé, organisme complémentaire, assurance maladie complémentaire (AMC)

POUR PLUS D'INFOS, CONSULTEZ LA BROCHURE

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.

16 ans

C'est l'âge limite au-delà duquel l'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse plus une partie des frais d'un traitement d'orthodontie.

L'Assurance Maladie Obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants commencé avant l'âge de 16 ans. Ces remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements d'honoraires sont fréquents. Il est important d'obtenir un devis avant de commencer le traitement. Les couvertures complémentaires peuvent compléter les remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les couvertures complémentaires peuvent également prendre en charge l'orthodontie des adultes.

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.

Bien que n'ayant préalablement pas consulté 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 ».

Voir également :
→ Contrat responsable et solidaire

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 et donne lieu à différents actes tels que :

- l'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse ;
- l'élimination des causes d'infection (détartrage des racines….) ;
- le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits ;
- le contrôle périodique du patient.

L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse qu'une faible partie de ces traitements selon certaines conditions médicales. L'assurance maladie complémentaire peut prendre en charge ces traitements.

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 € ». Les contrats responsables remboursent la participation du patient.

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).

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

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

1 €
C'est la participation forfaitaire laissée à la charge du patient.

Voir également :
→ Contrat responsable et solidaire

Protection universelle maladie (PUMA)

Depuis le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie (PUMA) garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge, par l'Assurance Maladie Obligatoire, de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Prestations (d'un organisme complémentaire d'assurance maladie)

Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou assuré par l'organisme complémentaire d'assurance maladie en application de son contrat d'assurance (garanties et éventuels services associés).

Synonyme : remboursements

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.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire est assortie d'un prix limite de vente de ces dispositifs.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « 100 % Santé » ont, depuis respectivement 2019 et 2020, des prix limites de vente (PLV) que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types.

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge.

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

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

À compter de 2019, et de façon progressive, les chirurgiens-dentistes se sont engagés à appliquer des honoraires limités selon le type de prothèse et la localisation de la dent (canine, incisive, prémolaire, molaire).

Pour certaines prothèses dentaires, entrant dans le panier de soins « 100 % Santé », les contrats complémentaires responsables prennent en charge, à compter de 2020 et 2021, en plus de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, l'intégralité des dépenses engagées, permettant ainsi à l'adhérent ou assuré de n'avoir aucun frais restant à sa charge, sous réserve que les chirurgiens-dentistes respectent les tarifs maximum fixés.

Les prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de soins « 100 % Santé » sont prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Les chirurgiens-dentistes doivent également respecter les tarifs maximums fixés pour certaines de ces prothèses qui n'entrent pas dans le panier « 100 % Santé ».

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées. Il doit nécessairement comporter une proposition entrant dans le panier « 100 % Santé » ou à défaut hors champ du panier « 100 % Santé » mais soumis à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe.

PLUS D'INFOS SUR
www.unocam.fr

R

Régime Local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle

Régime spécifique, obligatoire et complémentaire, le Régime Local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, régi par le Code de la Sécurité sociale, géré par des représentants des salariés, est destiné à couvrir les salariés travaillant en Alsace-Moselle, les chômeurs, les retraités sous condition de durée de cotisation durant leur carrière ainsi que leurs ayants droit.

Réseau de soins

Les réseaux de soins sont créés par des conventions conclues entre des organismes complémentaires d'assurance maladie (directement ou par l'intermédiaire d'un tiers) et des professionnels ou des établissements de santé.

Avec leurs réseaux de soins, les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent offrir des soins de qualité aux adhérents et assurés à des tarifs moindres et/ou avec une meilleure prise en charge.

Synonymes : Réseau de professionnels ou d'établissements, accord passé avec les professionnels ou les établissements, conventionnés avec un organisme complémentaire d'assurance maladie, réseau partenaire, professionnels de santé partenaires

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.

L'assurance maladie complémentaire couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du reste à charge.

Secteur 1 / Secteur 2

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

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

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

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

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

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

Sauf cas particuliers, les médecins ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale d'État.

Pour connaître le secteur d'exercice d'un médecin, rendez-vous sur www.annuairesante.ameli.fr

Voir également :
→ Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisés

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 médico-sociaux.

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…

Synonymes : soins de ville, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.

Soins dentaires

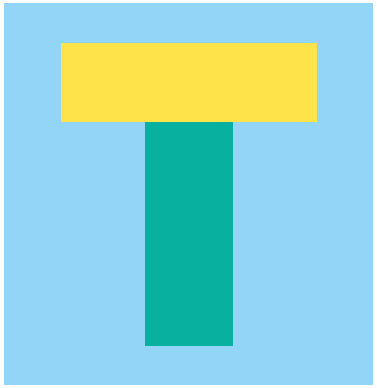
C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux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

Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'Assurance Maladie Obligatoire pour ces soins, sans possibilité de pratiquer des dépassements (à l'exception des inlays-onlays).

Surcomplémentaire

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

Une surcomplémentaire « responsable » intervient en complément des garanties déjà couvertes par le premier contrat de complémentaire santé « responsable », l'intégralité des garanties offertes par les 2 contrats ne pouvant dépasser les limites imposées par le dispositif des contrats responsables.



Tarif forfaitaire de responsabilité

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique (composé du médicament princeps et de ses génériques), un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) peut être fixé réglementairement. Ce TFR s'applique à l'ensemble du groupe générique.

La prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et, le cas échéant, par l'assurance maladie complémentaire, du médicament faisant l'objet d'un TFR est effectuée sur la base de ce tarif.

Dans le cas où le prix de vente serait supérieur au TFR, le patient aura des frais qui resteront à sa charge et que son organisme complémentaire d'assurance maladie n'a pas le droit de rembourser.

Taux de remboursement de l'assurance maladie

Pour déterminer le montant de sa prise en charge, l'Assurance Maladie Obligatoire applique un taux de remboursement à la base de remboursement. Le montant qui en résulte peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'Assurance Maladie Obligatoire.

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

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

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

- 70 % de la base de remboursement pour les actes médicaux ;
- 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux ;
- 60 % de la base de remboursement pour l'appareillage (lunettes, aides auditives, ...) ;
- 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments.

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

Voir également :
→ Honoraires
→ Hospitalisation
→ Lunettes, lentilles, aides auditives
→ Médicaments

Taxe de solidarité additionnelle

La taxe de solidarité additionnelle (TSA) est perçue sur tous les contrats d'assurance maladie complémentaire. Le taux de taxe varie selon que le contrat est responsable ou non et le type de garanties couvertes. Il est inférieur lorsque le contrat est responsable.

Elle est collectée par les organismes complémentaires d'assurance maladie qui la versent annuellement à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales (URSSAF).

Le produit de cette taxe est affecté à titre principal au Fonds pour le financement de la Complémentaire santé solidaire.

Téléconsultation

La téléconsultation est un acte de télémédecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de pratiquer une consultation à distance pour un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

Pour faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la téléconsultation pratiquée par un médecin libéral conventionné doit remplir certaines conditions, notamment celle de s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonnés, et l'obligation de connaissance préalable du patient par le médecin pratiquant la téléconsultation.

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 (cf. une partie de ces conditions ci-dessus). Les organismes d'assurance maladie complémentaires peuvent proposer ce service dans leurs contrats santé.

Télémédecine

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.
Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations, des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La télémédecine englobe notamment les actes de téléconsultation, les actes de télé-expertise et les actes de télésurveillance médicale.

Télé-expertise

La télé-expertise est un acte de télémédecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.

Pour faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la télé-expertise doit remplir certaines conditions, notamment de recueillir l'accord du patient.

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).

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

24 €

C'est le montant du ticket modérateur pour un acte médical dit « lourd »

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ».

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.

Voir également :
- Dépassement d'honoraires
- Forfait actes lourds
- Franchise
- Garanties
- Participation forfaitaire d'un euro
- Reste à charge

Tiers payant

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

Pour la part remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire, le tiers payant s'applique de droit dans les situations où l'assuré :
- bénéficie de la Complémentaire santé solidaire ;
- bénéficie de l'Aide Médicale d'État ;
- est victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ;
- bénéficie d'actes de prévention dans le cadre d'un dépistage organisé (par exemple, une mammographie effectuée lors du dépistage organisé du cancer du sein) ;
- est hospitalisé dans un établissement sous convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- est une mineure de plus de 15 ans et consulte un professionnel de santé pour sa contraception ;
- est atteint d'une affection de longue durée (ALD) ;
- bénéficie de l'assurance maternité ;
- bénéficie du dispositif de prise en charge des victimes d'attentats.

Un pharmacien peut ne pas pratiquer le tiers payant en cas de refus de l'usage de médicaments génériques.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie proposent également un service de tiers payant pour la part qu'ils remboursent. C'est aux professionnels de santé de décider s'ils proposent ou non le service du tiers payant pour la part complémentaire. Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, l'adhérent ou assuré ne peut pas en bénéficier.

Synonyme : dispense d'avance des frais

PLUS D'INFOS SUR
www.unocam.fr

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.

65 %

C'est le taux de remboursement par l'Assurance Maladie des frais de transport emprunté pour se rendre à une structure de soins.

Les frais de transport sont remboursés à 65 % du tarif de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où la personne à transporter se situe et la structure de soins pouvant donner les soins appropriés la plus proche.

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).

Synonymes : transport sanitaire, transport médical

V

Vaccins

Les vaccins sont des médicaments injectables qui jouent un rôle essentiel dans la prévention et la protection contre de nombreuses maladies infectieuses. Onze vaccinations sont obligatoires pour les enfants nés depuis le 1er janvier 2018 : il s'agit des vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b, l'hépatite B, les infections à pneumocoque, les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Les autorités définissent chaque année le calendrier des vaccinations obligatoires et de celles qui sont recommandées (par exemple : grippe, papillomavirus).

Les vaccins obligatoires ainsi que la majorité des vaccins recommandés sont remboursés, sur prescription médicale, par l'Assurance Maladie Obligatoire au taux de 65 %. L'assurance maladie complémentaire complète le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Et elle peut prendre en charge des vaccins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Certains vaccins sont remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire pour des catégories de populations ciblées (grippe saisonnière, par exemple pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes atteintes de certaines affections de longue durée, rougeole-oreillons-rubéole pour les enfants et les jeunes de 12 mois à 17 ans révolus).

Visite médicale (à domicile)

C'est une consultation médicale effectuée au domicile du patient qui est dans l'impossibilité de se déplacer.

UNOCAM,
L'UNION DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Créée en 2005, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) est née de la volonté des principales familles de complémentaires santé – FNMF, FFA et CTIP- de travailler plus étroitement ensemble. Aujourd'hui, l'Union est un des interlocuteurs des pouvoirs publics sur l'évolution de l'Assurance maladie et de son financement. Conformément aux textes en vigueur, elle est consultée officiellement sur tout projet de texte et est invitée aux négociations conventionnelles avec les professions de santé aux côtés de l'Assurance maladie obligatoire (UNCAM). Ses adhérents lui ont confié, pour compte commun, certains dossiers et notamment l'amélioration de la lisibilité des garanties de complémentaires santé.

Pour en savoir plus

WWW.UNOCAM.FR

unocam

UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Fédération Française de l'Assurance

CTIP

CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle

fnim

Conception & réalisation CIMAYA