



LA REFORME 100% SANTE : La BRESSANE vous informe !

La réforme « 100% santé » a pour objet de proposer aux titulaires d'un contrat complémentaire santé « responsable » un ensemble de prestations de soins et d'équipements contenus dans des « paniers de soins 100% santé » pour lesquels les remboursements cumulés du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de l'organisme de complémentaire santé permettront une prise en charge totale, soit pour vous aucun reste à charge.

Ces « paniers de soins 100% santé » concernent les postes :

- **Dentaire**
- **Optique**
- **Audiologie**

Bien entendu, le recours à ces paniers ne sera pas obligatoire et vous bénéficierez toujours de la possibilité de choisir des soins et équipements en tarif libre mais dans ce cas et selon les dispositions de votre contrat complémentaire santé, vous serez susceptible de supporter un reste à charge plus ou moins important.

Afin de vous permettre une bonne compréhension de la réforme, vous trouverez ci-dessous, par poste de soins, les principaux éléments à retenir.

Le présent document vous est proposé à titre purement informatif et n'a pas valeur contractuelle.

Pour obtenir des informations exhaustives sur la réforme « 100% santé » nous vous invitons à consulter le site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé à l'adresse :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/100pourcent-sante/>



Pour le poste dentaire, chaque assuré titulaire d'un contrat complémentaire responsable bénéficiera de la possibilité d'opter pour 3 paniers pour les soins prothétiques.

LE PANIER 100% SANTE EN DENTAIRE

Il s'agit du panier de soins qui sera intégralement remboursé.

A l'intérieur de ce panier se trouvent un large éventail de prothèses fixes ou mobiles avec différents matériaux considérés en fonction des contraintes esthétiques liées à la localisation de la dent.

Voici la liste des prothèses intégrées au panier de soins « 100% santé » applicable au 1^{er} janvier 2020 :

- ✓ Couronnes céramiques monolithique (autre que zircone) et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{ère} prémolaire).
- ✓ Couronnes céramique monolithique zircones (incisives, canines et prémolaires).
- ✓ Couronnes métalliques toute localisation.
- ✓ Inlays core et couronnes transitoires (liées aux couronnes définitives).
- ✓ Bridges céramo-métalliques (incisives).
- ✓ Bridges métalliques toute localisation
- ✓ Prothèses amovibles à base résine.



Conseil : N'hésitez pas à interroger votre praticien pour savoir si vos soins peuvent intégrer le panier « 100% santé »

Le contenu de ce panier sera complété d'année en année et votre contrat [nom de la Mutuelle] intégrera automatiquement ces évolutions.

LE PANIER « TARIFS MAITRISES »

Il s'agit d'un panier dans lesquels les soins prothétiques sont encadrés. Cet encadrement permet alors de limiter le montant qui restera à votre charge après intervention du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de votre contrat de complémentaire santé.

LE PANIER « TARIFS LIBRES » :

En fonction de vos exigences en termes d'innovation des dispositifs prothétiques ou d'esthétique, il est possible que les soins compris dans les paniers « 100% santé » et « Tarifs maîtrisés » n'intègrent pas la solution que vous estimez optimale. Vous pourrez convenir avec votre praticien du tarif applicable à la prestation.



Conseil : dans la situation du panier « tarif libre » n'hésitez pas à nous consulter pour connaître l'étendue de notre remboursement afin d'être pleinement informé sur les sommes qui resteront à votre charge.



Pour le poste optique, la réforme « 100% santé » prévoit à partir du 1^{er} janvier 2020 l'instauration de deux paniers de soins correspondant à des équipements (monture+2 verres) de classe A ou de classe B.

L'ÉQUIPEMENT DE CLASSE A : Le panier « 100 santé »

La nouvelle réglementation prévoit l'inscription à Liste des Produits et Prestations (LPP) des équipements optiques bénéficiant de la prise en charge intégrale, ces produits étant affectés d'un Prix Limite de Vente. Pour les équipements de Classe A donc, l'intervention conjointe en remboursement du Régime Obligatoire de l'Assurance Maladie et de votre contrat complémentaire santé s'effectueront à hauteur de Prix Limite de Vente, sans reste à charge pour l'assuré.

Au titre des équipements de Classe A :

- Pour les montures, vous aurez le choix entre 17 modèles de monture adulte différents et 10 modèles de monture enfant différents, chacun présenté en deux coloris et répondant toutes aux normes européennes. Le prix de ces montures ne peut excéder 30€.
- Pour les verres, une solution est disponible pour chaque trouble visuel. En fonction de ce dernier, les verres pourront faire l'objet de prestations complémentaires d'amincissement, durcissement et traitement anti-reflets, prestations incluses dans le Prix Limite de Vente.
- La prestation d'appairage qui peut être nécessaire en cas d'équipement comprenant deux verres d'indices de réfraction différents sera également intégralement prise en charge

L'ÉQUIPEMENT DE CLASSE B : Le panier « tarifs libres »

Il s'agit des équipements (monture+ 2 verres) à tarif libre. Ils seront alors remboursés par le Régime Obligatoire de l'Assurance Maladie et par votre contrat complémentaire à hauteur des garanties qui y sont prévues.

Toutefois, la réglementation sur le contrat responsable prévoit pour ces équipements de Classe B des planchers (prise en charge minimum) et des plafonds (prise en charge maximum) au titre de votre complémentaire. Votre contrat [nom de la Mutuelle] respecte ces impératifs, qu'elle que soit la formule que vous avez retenue.



Bon à savoir : pour les montures relevant d'un équipement de Classe B, la prise en charge maximale (remboursement du Régime Obligatoire+ complémentaire santé) sera plafonnée à 100€ TTC à compter du 1^{er} janvier 2020.

CONCRETEMENT :

- Vous aurez toujours le choix, lors de votre visite chez l'opticien, entre un équipement de Classe A ou de Classe B. Ce professionnel sera même tenu de vous présenter systématiquement une alternative « 100% santé ».
- Vous pourrez également panacher votre équipement en choisissant une monture incluse dans la Classe A et des verres relevant de la Classe B et inversement. Dans cette situation, la partie d'équipement de Classe A fera l'objet d'un remboursement intégral à hauteur du Prix Limite de Vente et la partie d'équipement de Classe B sera remboursée dans les limites prévues à votre contrat complémentaire santé.

LES CONDITIONS DE RENOUELEMENTS DES EQUIPEMENTS OPTIQUES

Quelque soit la Classe de l'équipement, la réglementation sur le contrat responsable prévoit des règles précises concernant leur renouvellement :

- Pour les assurés de + de 16 ans : l'équipement pourra être renouvelé par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition du précédent équipement
- Pour les enfants de – de 16 ans, l'équipement pourra être renouvelé par période de 1 an à compter de la date d'acquisition du précédent équipement
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, l'équipement pourra être renouvelé par période de 6 mois à compter de la date d'acquisition du précédent équipement, mais uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.



Bon à savoir : Le Code de la Sécurité Sociale prévoit des cas de dérogation strictement définis. Si dans une situation dans laquelle vous deviez avoir besoin de renouveler votre équipement avant la l'expiration de la période décrite ci-avant pour des motifs d'évolution de la vue, n'hésitez pas à prendre contact avec l'organisme gérant le Régime Obligatoire auprès duquel vous êtes affilié pour savoir si vous entrez dans le cadre d'une de ces dérogations.



Pour le poste audiologie, la réforme 100 % santé prévoit à partir du 1^{er} janvier 2021 l'instauration de deux paniers de soins correspondants à des équipements d'aides auditives de Classe I ou de Classe II.

A noter : l'équipement est considéré par oreille. Si les dispositifs d'aide auditive concernent les 2 oreilles, il y aura lieu de considérer 2 équipements.

LES AIDES AUDITIVES DE CLASSE I

La nouvelle réglementation prévoit l'inscription à Liste des Produits et Prestations (LPP) des aides auditives bénéficiant de la prise en charge intégrale, ces produits étant affectés d'un Prix Limite de Vente. Pour les équipements de Classe I donc, l'intervention conjointe en remboursement du Régime Obligatoire de l'Assurance Maladie et de votre contrat complémentaire santé s'effectueront à hauteur de Prix Limite de Vente, sans reste à charge.

Les aides auditives qui bénéficient de la Classe I sont nombreuses.

Caractéristiques des équipements de Classe I :

- Tous les types d'aide auditive sont envisagés, contour d'oreille standard, contour d'oreille à écouteur déporté, intra-auriculaire.
- Pour être inscrit en Classe I, le dispositif doit avoir au moins 12 canaux de réglage et un système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30DB.
- Le dispositif doit inclure au moins 3 des options suivantes :

Système anti-acouphène	Synchronisation binaurale
Système anti-réverbération	Directivité microphonique adaptative
Réducteur de bruits de vent	Connectivité sans fil
Bande passante élargie 6000 Hz	Fonction apprentissage de sonie

- Les équipements bénéficieront, d'une période d'essai de 30 jours avant achat, d'une garantie de 4 ans et de prestations de suivi au moins deux fois par an pour adapter en continue le réglage du dispositif.

LES AIDES AUDITIVES DE CLASSE II

Il s'agit de toutes les autres aides auditives dont le tarif est librement fixé.

Si le montant de prise en charge du Régime Obligatoire est identique à celle des équipements de Classe I, votre contrat complémentaire santé ne prévoira pas la prise en charge intégrale et il convient de vous reporter aux conditions de remboursement de votre contrat en fonction de la formule que vous avez choisie. En tout état de cause, la réglementation du contrat responsable impose une prise en charge maximale de 1700€ par équipement, remboursement du Régime Obligatoire inclus.

CONDITIONS DE RENOUELEMENT DES AIDES AUDITIVES :

La prise en charge des aides auditives sera limitée à un équipement par oreille par période de 4 ans suivant la date d'acquisition du dernier équipement, la date d'acquisition correspondant à la date de facturation.

Cela signifie que si les deux oreilles sont appareillées, ce délai de 4 ans court séparément pour chacun des équipements.

CONCRETEMENT :

Que se passe-t-il entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2021.

Au titre de votre contrat complémentaire santé, la prise en charge s'effectuera dans les conditions prévues pour cette période transitoire. Il n'est pas encore prévu de remboursement intégral au titre de la Classe I. Toutefois, les audioprothésistes seront d'ores et déjà tenus de vous proposer des équipements de Classe I disposant d'un Prix Limite de Vente. Par ailleurs, la base remboursement du Régime Obligatoire augmentera en 2020 puis en 2021.

Comment bénéficier du panier « 100 % santé » à compter du 1^{er} janvier 2021 :

A partir de cette date en cas d'acquisition d'un équipement de Classe I, l'assuré bénéficiera du remboursement intégral de l'équipement, le contrat complémentaire santé intervenant à hauteur du Prix Limite de Vente déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire.

Pour les remboursements des équipements de Classe II, les équipements seront remboursés en fonction des conditions prévues par votre contrat complémentaire santé dans la limite de 1700€ par équipement.

En toute situation votre audioprothésiste devra vous présenter un devis correspondant à un équipement de la Classe I.



A noter : les Prix Limite de Vente et les bases de remboursement du Régime Obligatoire diffèrent en fonction de l'âge de l'assuré selon que ce dernier ait moins ou plus de 20 ans.

Ces évolutions qui s'étalent sur plusieurs années visent une réduction du Prix Limite de Vente et une augmentation de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire afin notamment de permettre la modération des montants restant à la charge de l'assuré pour les équipements de Classe II.

94 Grande Rue 01380 BÂGÉ LE CHÂTEL – Tél : 03 85 22 75 54

Société d'Assurances Mutuelle à cotisations variables - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siren 775 543 523
Membre de l'Union de réassurance GAMEST

www.la-bressane.fr