

ACTUSANTÉ

LA RÉFORME 100 % SANTÉ : UN RESTE À CHARGE ZÉRO POUR L'ASSURÉ

La réforme 100 % santé vise à garantir un accès à des soins prothétiques dentaires, des équipements optiques et des aides auditives, de qualité, sans reste à charge. Explications sur ce dispositif et ses objectifs.

Le reste à charge est la part des frais de santé qui reste à votre charge après le remboursement de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé. Il peut être constitué du ticket modérateur, de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire, des éventuels dépassements d'honoraires, du forfait journalier hospitalier et des frais et soins non pris en charge par la Sécurité sociale.



Mai 2020

Le 100 % santé pour améliorer l'accès aux soins des Français

Aujourd'hui, 1 Français sur 4* renonce à se faire soigner. Et, les personnes en question évoquent à 59 % un reste à charge trop élevé comme raison à ce renoncement.

La réforme du 100 % santé, anciennement appelée « reste à charge 0 », propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements de qualité, pour les aides auditives, les lunettes de vue et les soins prothétiques dentaires, qui seront pris en charge intégralement, sans frais à la charge de l'assuré.

Pour garantir cette prise en charge intégrale, les « paniers 100 % santé », seront financés entièrement par la Sécurité sociale et les complémentaires santé, dans la limite des prix limites de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) qui s'imposent aux professionnels de santé et aux fabricants.

Qui peut en bénéficier et quand ?

95 % de la population dispose d'une couverture santé complémentaire. Tous ces assurés peuvent donc en bénéficier. Cette réforme de santé va se mettre en place, par étape, au cours des trois prochaines années.

D'ores et déjà, les assurés peuvent accéder à des prestations de mieux en mieux remboursées, jusqu'au remboursement intégral, sans reste à charge, en 2021.

Dans le détail, le « 100 % santé optique » est effectif depuis le 1^{er} janvier 2020.

Pour le « 100 % santé dentaire » et le « 100 % santé audiologie », la mise en œuvre se fait progressivement jusqu'au 1^{er} janvier 2021.

Quelle prise en charge ?

EN OPTIQUE

À partir du 1^{er} janvier 2020, les opticiens proposeront systématiquement 2 devis comprenant :

- « **Un panier 100 % santé** » sans reste à charge.

Ce panier sera composé de verres et de montures de qualité qui devront respecter les normes européennes avec :

- au moins 17 montures pour adultes et 10 montures pour enfants, proposées chacune en 2 couleurs (soit 35 montures adultes et 20 montures enfants différentes), au tarif de vente limité à 30 €.
- et des verres traitant l'ensemble des troubles visuels comprenant l'amaïncissement et les traitements anti-rayures et anti-reflets, au tarif de vente limité.

- « **Un panier tarifs libres** » remboursé pour partie par la Sécurité sociale et en fonction de la garantie santé que vous avez souscrite auprès de votre complémentaire santé.

Vous aurez aussi la liberté de choisir des équipements mixtes composés de verres 100 % santé et d'une monture à tarifs libres ou l'inverse, de verres à tarifs libres et d'une monture 100 % santé.

Dans le cadre du contrat responsable, la prise en charge des montures par les complémentaires santé sera plafonnée à 100 €, contre 150 € actuellement.

Le renouvellement des équipements se fera :

- tous les 2 ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus
- et tous les ans pour les moins de 16 ans.

Depuis le 1^{er} avril 2019, des honoraires limites de facturation et de meilleurs remboursements de la Sécurité sociale se mettent en place pour les soins dentaires intégrés au 100 % santé.

À partir du 1^{er} janvier 2020, les dentistes peuvent proposer 2 devis voire 3 devis dans certains cas :

- « **Un panier 100 % santé** » sans reste à charge, sur les couronnes et les bridges à partir du 1^{er} janvier 2020, qui se généralisera à l'ensemble des prothèses à compter du 1^{er} janvier 2021.
- « **Un panier tarifs maîtrisés** » avec des « honoraires limites de facturation », remboursés dans les limites prévues par le contrat de complémentaire santé. En le choisissant, vous bénéficierez d'un tarif plafonné pour un reste à charge modéré.

Les honoraires limites de facturation dépendront du type de prothèses, du matériel utilisé (métallique ou céramique) et de la localisation de la dent (visible ou non visible).

- « **Un panier tarifs libres** » avec le libre choix des techniques et matériaux. Et, les soins prothétiques seront remboursés dans les limites prévues par le contrat de complémentaire santé.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, le « 100 % santé » se met progressivement en place avec le plafonnement du prix des aides auditives et un meilleur remboursement de la Sécurité sociale des aides auditives.

À partir du 1^{er} janvier 2021, les audioprothésistes proposeront systématiquement 2 devis :

- « **Un panier 100 % santé** » qui permet le remboursement de l'intégralité des aides auditives.

Ce panier concerne tous les types d'appareils : contour d'oreille, contour à écouteur déporté et intra-auriculaire.

Chaque aide auditive devra comporter au moins 3 options parmi les 8 options suivantes : un système anti-acouphène, une connectivité sans fil, un réducteur de bruit du vent, une synchronisation binaurale, une directivité microphonique adaptative, une bande passante élargie ≥ 6000 Hz, une fonction « apprentissage de sonie », un réducteur de réverbération.

- « **Un panier tarifs libres** » avec le libre choix des aides auditives et des options, remboursées dans les limites prévues par le contrat de complémentaire santé.

Dans le cadre des contrats responsables, le montant cumulé remboursé par la Sécurité sociale et la complémentaire santé ne pourra pas dépasser 1700 euros par oreille appareillée.

Les aides auditives devront aussi pouvoir faire l'objet de réglage individualisé. Le renouvellement d'une aide auditive sera possible tous les 4 ans.

Votre contrat respecte l'ensemble des dispositions 100 % santé.

VOTRE TABLEAU DE GARANTIES 2020

Afin de répondre aux exigences du 100 % santé, votre tableau évolue. Nous vous présentons ici un résumé de vos garanties santé.

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées dans la limite des remboursements en pourcentage de dépenses engagées, compte tenu des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sur la base du Régime Général et le cas échéant par tout autre organisme.

SOINS COURANTS

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
HONORAIRES MÉDICAUX	
Consultations médicales et visites médicales du généraliste : Dans le parcours de soin : • Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée * : • Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée * : Hors du parcours de soin :	100 % FR dans la limite de 200 % MR 100 % FR dans la limite de 171,42 % MR ** 80 % FR dans la limite de 100 % MR
Consultations médicales et visites médicales du spécialiste et du professeur : Dans le parcours de soin : • Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée * : • Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée * : Hors du parcours de soin :	100 % FR dans la limite de 250 % MR 100 % FR dans la limite de 185,71 % MR ** 80 % FR dans la limite de 150 % MR
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale et électrothérapie : Dans le parcours de soin : • Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée * : • Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée * : Hors du parcours de soin :	100 % FR dans la limite de 400 % MR 100 % FR dans la limite de 185,71 % MR ** 80 % FR dans la limite de 200 % MR
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100 % FR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Actes d'auxiliaires médicaux	100 % FR dans la limite de 400 % MR

PMSS : le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) est fixé chaque année par les pouvoirs publics sous forme de décret - PMSS 2020 : 3 428 €

* Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

** Quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à l'OPTAM - OPTAM-CO est limitée à 100 % de la BR.

SOINS COURANTS (SUITE)

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Frais d'analyses médicales, d'examens de laboratoire et de biologie médicale	100 % FR dans la limite de 400 % MR
MÉDICAMENTS	
Frais pharmaceutiques, prescrits médicalement, pris en charge par l'AMO	100 % TFR
MATÉRIEL MÉDICAL	
Prothèses médicales non dentaires prises en charge par l'AMO, appareil orthopédique, fournitures et appareillages médicaux non dentaires :	100 % FR dans la limite de 400 % MR
MÉDECINE DOUCE - PRÉVENTION	
Ostéodensitométrie	100 % FR dans la limite de 31 € / année civile / bénéficiaire
Ostéopathie - Chiropractie - Psychologie - Diététique - Sophrologie ***	30 € par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire toutes spécialités confondues

*** Actes prescrits et pratiqués par un professionnel de santé disposant d'un diplôme d'état dans sa spécialité et d'un numéro d'immatriculation au registre du commerce (numéro SIRET)

HOSPITALISATION

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
Les frais d'hospitalisation liés à la naissance ou l'adoption qui font l'objet d'un versement forfaitaire de 40 % du PMSS soit 1 371,20 € sont exclus.	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
HONORAIRES	
Honoraires du ou des praticiens - actes de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation : • médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) : • médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :»	100 % FR dans la limite de 400 % MR 100 % TM + 125 % MR**
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100 % FR
AUTRES ACTES	
Frais de séjour - Frais de salle d'opération	100 % FR dans la limite de 400 % MR
Chambre particulière	100 % FR dans la limite de 2,50 % PMSS (85,70 €) par jour
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	100 % FR dans la limite de 2 % PMSS (68,56 €) par jour
FRAIS DE TRANSPORT	
Frais de transport, prescrits médicalement, pris en charge par l'AMO	100 % FR dans la limite du TM
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR L'AMO	
• Forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement	1 % PMSS (34,28 €) par jour dans la limite de 21 jours
MATERNITÉ (Y COMPRIS HOSPITALISATION)	
Indemnité forfaitaire (un seul forfait par naissance)	40 % PMSS par enfant à l'exclusion de tout autre remboursement
ADOPTION D'UN ENFANT	
Indemnité forfaitaire	40 % PMSS par enfant à l'exclusion de tout autre remboursement

PMSS : le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) est fixé chaque année par les pouvoirs publics sous forme de décret - PMSS 2020 : 3 428 €

* Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

** Quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à l'OPTAM - OPTAM-CO est limitée à 100 % de la BR.



OPTIQUE

NATURE DES FRAIS

PRESTATIONS

ÉQUIPEMENTS

Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) corrigeant un déficit de vision ou une combinaison de déficits TOUTES LES DEUX ANNÉES DITES GLISSANTES POUR UN BÉNÉFICIAIRE ÂGÉ DE 16 ANS OU PLUS décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, cette limitation est ramenée à une année. En tout état de cause, quel que soit le niveau de correction du défaut visuel, le remboursement de la monture prise en charge ne pourra excéder 100 € (Assurance Maladie Obligatoire comprise).

ÉQUIPEMENTS DE CLASSE A (100 % SANTÉ)*

Monture prise en charge par l'AMO :	100 % FR dans la limite du PLV tel que défini réglementairement
Verres pris en charge par l'AMO :	100 % FR dans la limite du PLV tel que défini réglementairement
Suppléments optiques pris en charge par l'AMO :	100 % FR dans la limite du PLV tel que défini réglementairement

ÉQUIPEMENTS DE CLASSE B (PANIER LIBRE) *

Monture prise en charge par l'AMO :	100 % FR - MR dans la limite de 100 € 95 % FR - MR dans la limite de 100 €
• Dans le réseau d'opticiens partenaires :	
• Hors du réseau d'opticiens partenaires :	
Verres pris en charge par l'AMO :	

GARANTIES PLAFONNÉES PAR VERRE SELON LES CRITÈRES DU CONTRAT RESPONSABLE ET DU CONTRAT ORANGE **

Typologie des verres selon le contrat Orange et correspondance avec typologie selon les critères des contrats responsables		Plafonds de garanties de verres, par verre et hors montures	
		Type de verres	Montant par verre (selon valeur du PMSS 2020: 3 428 €)
N°11	Simple foyer, de sphère allant de -6 à +6 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 137,12 €
N°21	Simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à +4 dioptries et de sphère allant de -6 à 0 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 137,12 €
	Simple foyer, de sphère positive et de somme S inférieure ou égale à 6 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 137,12 €
N°12-13	Simple foyer, de sphère hors zone de -6 à +6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°22	Simple foyer, de cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptries et de sphère inférieure à -6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°23	Simple foyer, de cylindre supérieur à +4 dioptries et de sphère allant de -6 à 0 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°24	Simple foyer, de cylindre supérieur à +4 dioptries et de sphère inférieure à -6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°31	Multifocal ou progressif, de sphère allant de -4 à +4 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°32	Multifocal ou progressif, de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à +4 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €
N°41	Multifocal ou progressif, de cylindre inférieur ou égal à +4 dioptries et de sphère allant de -8 à 0 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
	Multifocal ou progressif, de sphère positive et de somme S inférieure ou égale à 8 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
	Multifocal ou progressif, de cylindre supérieur à +4 et de sphère allant de -8 à 0 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €
N°42	Multifocal ou progressif, de cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie et de sphère inférieure à -8 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €
	Multifocal ou progressif, de sphère positive et de somme S supérieure à +8 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €

LENTILLES

Lentilles correctrices prises en charge par l'AMO En tout état de cause, les lentilles correctrices prises en charge par l'AMO sont remboursées à hauteur de 100 %TM.	100 % FR dans la limite de 15 % PMSS (soit 514,20 €) par année civile et par bénéficiaire
Lentilles correctrices non prises en charge par l'AMO y compris les lentilles correctrices jetables	100 % FR dans la limite de 10 % PMSS (soit 342,80 €) par année civile et par bénéficiaire

CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Chirurgie réfractive	100 % FR dans la limite de 24 % PMSS (soit 822,72 €) par oeil
----------------------	---

PMSS : le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) est fixé chaque année par les pouvoirs publics sous forme de décret

* Les verres, montures et suppléments de classe A (100 %santé) sont définis réglementairement par le cahier des charges des contrats responsables. Le Panier Libre correspond au panier hors 100 %Santé.

** Les garanties du Régime Frais de santé sont exprimées pour les verres en pourcentage du PMSS, sans pouvoir excéder le montant des plafonds prévus pour les équipements optiques (monture + 2 verres) des contrats responsables, exprimés en €.



DENTAIRE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100 % SANTÉ*	
Soins et prothèses dentaires 100 % santé	100 % FR dans la limite des honoraires limites de facturation**
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES À TARIFS MAÎTRISÉ ET LIBRE	
Soins dentaires pris en charge par l'AMO	100 % FR dans la limite de 300 % MR
Inlay Onlay pris en charge par l'AMO	100 % FR dans la limite de 300 % MR
PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR L'AMO (DONT COURONNE SUR IMPLANT, COURONNE PROVISoire ET INLAY CORE)	
• Dents de devant (mâchoire supérieure : n° 11 à 15 et 21 à 25 / mâchoire inférieure : n° 31 à 35 et 41 à 45) :	500 % MR dans la limite des FR
• Dents du fond (mâchoire supérieure : n° 16 à 18 et 26 à 28 / mâchoire inférieure : n° 36 à 38 et 46 à 48) :	400 % MR dans la limite des FR
PROTHÈSES DENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR L'AMO INSCRITES À LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM)	
• Dents de devant (mâchoire supérieure : n° 11 à 15 et 21 à 25 / mâchoire inférieure : n° 31 à 35 et 41 à 45)	80 % FR dans la limite de 391 € par dent
• Dents du fond (mâchoire supérieure : n° 16 à 18 et 26 à 28 / mâchoire inférieure : n° 36 à 38 et 46 à 48)	80 % FR dans la limite de 310 € par dent
Implantologie non prise en charge par l'AMO	100 % FR dans la limite de 28 % PMSS (soit 959,84 €) par année civile et par bénéficiaire
TRAITEMENT ORTHODONTIQUE	
Traitement orthodontique pris en charge par l'AMO	100 % FR dans la limite de 350 % MR
Traitement orthodontique non pris en charge par l'AMO (bénéficiaire de moins de 16 ans)	80 % FR dans la limite de 580 € par semestre

* Les prothèses dentaires fixes 100 % santé sont remboursées intégralement à compter du 1^{er} janvier 2020, les prothèses dentaires amovibles 100 % santé sont remboursées intégralement à compter du 1^{er} janvier 2021 conformément à la réglementation du cahier des charges des contrats responsables et la nomenclature des actes 100 % Santé.

** Dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) tels que définis réglementairement par le cahier des charges des contrats responsables, remboursement de l'AMO inclus.

AIDES AUDITIVES

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sur la base du Régime Général et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées dans la limite des remboursements en pourcentage de dépenses engagées, compte tenu des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le cas échéant par tout autre organisme.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
DU 1^{ER} JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2020	
Appareil auditif	100 % FR dans la limite de 540 % MR
Piles, accessoires et gestion administrative	100 % FR dans la limite de 540 % MR
À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2021 : DANS LA LIMITE D'UNE AIDE AUDITIVE TOUS LES 4 ANS POUR CHAQUE OREILLE	
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ (*) – CLASSE I*	
Appareil auditif	100 % FR dans la limite des PLV *
Piles, accessoires et gestion administrative	100 % FR dans la limite des PLV *
ÉQUIPEMENT TARIF LIBRE (*) – CLASSE II	
Appareil auditif	100 % FR dans la limite de 540 % MR**
Piles, accessoires et gestion administrative	100 % FR dans la limite de 540 % MR

(*) tel que défini réglementairement

(**) la prise en charge ne peut excéder le plafond de garanties des contrats responsables fixé à 1 700 € (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé) par appareil.



LE 100 % SANTÉ EN IMAGE



Vous allez chez un dentiste conventionné qui vous pose une couronne

La couronne est acceptée par la Sécurité sociale.

Le taux de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire pris en compte dans les exemples est de 70 %.

Le reste à charge est en fonction de vos **frais réels**, de la **position de la dent** et des **matériaux**.

Dans tous les cas, faites un devis !

Incisive (dent n°11), canine (dent n°23) ou 1ère prémolaire (dent n°14) ; Dents de devant (voir classification)

panier 100 %santé

BR 120 €

Céramique monolithique avec Zircone

Frais réels engagés	440 € ⁽¹⁾
Remboursements :	—
Sécurité sociale	84 €
Régime Frais de Santé	356 €
Reste à charge	0 €

Céramique monolithique sans Zircone Céramométallique

Frais réels engagés	500 € ⁽¹⁾
Remboursements :	—
Sécurité sociale	84 €
Régime Frais de Santé	416 €
Reste à charge	0 €

panier Libre

BR 107,50 €

Céramo Céramique

Frais réels engagés	900 € ⁽²⁾
Remboursements :	—
Sécurité sociale	75,25 €
Régime Frais de Santé	376,25 €
Reste à charge	448,50 €

(1) Honoraire Limite de Vente

(2) Honoraire Libre



Vous achetez une paire de lunettes pour adulte (16 ans et plus)
1 monture + 2 verres complexes n°41 (voir classification)

panier 100 % santé

Lunettes de classe A	Monture		2 verres		
Frais réels engagés	30 €	+	180 €	=	210 €
Remboursements :					—
Sécurité sociale	5,40 €	+	32,40 €	=	37,80 €
Régime Frais de Santé	24,60 €	+	147,60 €	=	172,20 €
Reste à charge	0 €	+	0 €	=	0 €

panier Libre

Lunettes de classe B	Monture		2 verres		
Frais réels engagés	150 €	+	542 €	=	692 €
Remboursements :					—
Sécurité sociale	0,03 €	+	0,06 €	=	0,09 €
Régime Frais de Santé	99,97 €	+	514,20 €	=	614,17 €
Reste à charge	50 €	+	27,74 €	=	77,74 €



Vous achetez une aide auditive de classe II pour adulte (20 ans et plus)

panier 100 % santé

Frais réels engagés	1 100 €
Remboursements :	—
Sécurité sociale	210 €
Régime Frais de Santé	890 €
Reste à charge	0 €

panier Libre

Frais réels engagés	1 476 €
Remboursements :	—
Sécurité sociale	210 €
Régime Frais de Santé	1 134 €
Reste à charge	132 €

