

# GUIDE

## DE L'ADHÉRENT MUTUALISTE

ÉDITION 2022 • 2023



**La Mutuelle Catalane**  
Une mutuelle plus humaine



La Mutuelle Catalane  
Une mutuelle plus humaine

# GUIDE DE L'ADHÉRENT MUTUALISTE

**Parce que nous sommes une « Vraie Mutuelle », gérée par et pour ses adhérents, nous rappelons sans cesse le fonctionnement du système de protection sociale.**

Une complémentaire santé intervient en complément des remboursements de l'assurance maladie obligatoire. Pour autant, il apparaît important de bien expliquer les modes de remboursements, les taux de remboursements, et l'ensemble des éléments nécessaires pour appréhender au mieux sa couverture santé. Il est primordial de comprendre ces termes afin de savoir ce que votre garantie remboursera ou non.

## Sommaire

Lexique .....	Page 1 à 22
Comprendre le mode de gestion d'une Mutuelle .....	Page 23
Exemples de remboursements .....	Page 25 à 33
Partenariats Mutuelle .....	Page 31 et 33
Comment choisir la bonne garantie.....	Page 34
Souscription.....	Page 35
Nous contacter .....	Page 36

# LEXIQUE

<b>100% Santé</b>	<p>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 maximums fixés.</p> <p>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 ».</p> <p>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 proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.</p> <p><i>Synonyme : réforme des soins et des équipements sans reste à charge, réforme des soins et des équipements à prise en charge renforcée.</i></p>
<b>Accident</b>	<p>Atteinte corporelle non intentionnelle de la part d'un assuré ou adhérent provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.</p>

<p><b>Adhérent/Assuré</b></p>	<p>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 société d'assurance et selon la nature du contrat.</p> <p>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.</p> <p>Leurs ayants-droit peuvent également bénéficier de ces mêmes garanties dans les conditions définies au contrat.</p> <p><i>Synonyme : souscripteur</i></p>
<p><b>Affection Longue Durée (ALD)</b></p>	<p>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. Elles 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).</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Détails sur <a href="http://www.ameli.fr">www.ameli.fr</a></p>



**ACCÉDEZ À VOS DÉVOMPTES  
DE REMBOURSEMENT  
SUR VOTRE ESPACE  
WEB ET MOBILE**

[www.mutuelle-catalane.com](http://www.mutuelle-catalane.com)

Téléchargez notre application sur **Apple Store** ou **Google Play**



**La Mutuelle Catalane**  
Une mutuelle plus humaine

## **Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)**

## **Complémentaire Santé Solidaire (CSS)**

L'ACS est une aide destinée à financer l'achat d'un contrat de complémentaire santé pour les personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU complémentaire. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. L'ACS ouvre droit aux avantages suivants : tarifs médicaux sans dépassements d'honoraires dans le cadre du parcours de soins, exonération de la participation forfaitaire de 1 €, des franchises médicales et tiers-payant.

Cette aide est accordée pour un an (renouvelable). Son renouvellement n'est pas automatique sauf pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).

Le montant de l'aide est variable selon l'âge du bénéficiaire et chaque personne composant le foyer peut en bénéficier. Elle est utilisable uniquement sur certains contrats de complémentaire santé sélectionnés à cette fin par l'État pour leur rapport qualité/prix. La liste des offres ACS et des organismes qui les proposent est disponible sur le site <https://www.info-acs.fr>.

Il est possible de se renseigner sur le dispositif ACS auprès de sa caisse d'assurance maladie, de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou sur le site <http://www.info-acs.fr>

**Cette aide a été remplacée par un nouveau dispositif depuis le 1er novembre 2019, dispositif appelé Complémentaire Santé Solidaire (CSS).**

La Complémentaire santé solidaire est une aide pour payer vos dépenses de santé.

Selon vos ressources :

- La Complémentaire santé solidaire ne vous coûte rien
- Ou la Complémentaire santé solidaire vous coûte moins de 1 € par jour par personne.

La Complémentaire santé solidaire peut couvrir l'ensemble de votre foyer.

Vos frais médicaux sont payés par les organismes d'assurance maladie obligatoire et l'organisme que vous avez choisi pour gérer la Complémentaire santé solidaire.

Attention, le médecin peut vous demander un dépassement d'honoraires si vous avez des demandes particulières, comme les consultations hors des heures habituelles ou des visites à domicile non justifiées.

Pour demander la Complémentaire santé solidaire, vous devez :

- Bénéficier de l'assurance maladie
- Et ne pas dépasser la limite maximum de ressources.

Plus d'informations sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

# **Le saviez-vous ?**

**La Mutuelle Catalane propose désormais  
des garanties spécifiquement adaptées  
aux besoins de vos enfants étudiants.**

**Renseignez auprès de votre conseiller au  
04 68 34 45 66 ou sur notre site internet :**

**[www.mutuelle-catalane.com](http://www.mutuelle-catalane.com)**

<p><b>Aides auditives</b></p>	<p>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 les appareils boîtiers.</p> <p>Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes et sur prescription médicale.</p> <p>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.</p> <p>A compter du 1er janvier 2021, dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 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 maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.</p> <p>Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».</p> <p>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.</p> <p>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 administratif.</p> <p>Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.</p> <p><i>Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs.</i></p>
<p><b>Assistant d'écoute</b></p>	<p>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.</p> <p>Il peut être délivré sans prescription médicale.</p> <p>Ces derniers ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.</p>
<p><b>Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</b></p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p><i>Synonymes : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale, régimes de base</i></p>
<p><b>Assurance Maladie Complémentaire (AMC)</b></p>	<p>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.</p> <p>L'adhésion à une couverture maladie complémentaire est soit facultative, soit obligatoire (pour les salariés).</p> <p><i>Synonymes : organisme complémentaire d'assurance maladie (OCAM), complémentaire santé, complémentaire frais de soins, Mutuelle Santé.</i></p>
<p><b>Auxiliaires Médicaux</b></p>	<p>Ce sont les professionnels paramédicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...</li> <li>• Dont les actes figurant à la nomenclature sont remboursés, par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.</li> </ul> <p><i>Synonymes : professionnel paramédical</i></p>

## 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 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, personne protégée.*



**20€**

**Parrainez un proche !  
et gagnez un chèque CADHOC de 20€\***

**\*Offre soumise à condition :** Valable uniquement pour l'adhésion de votre filleul sur un contrat Individuel, TNS ou Etudiant (Hors Mutuelle de Village et Agents Territoriaux)

<p><b>Base de Remboursement</b></p>	<p>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.</p> <p>On parle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tarif de convention (TC)</b> 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.</li> <li>• <b>Tarif d'autorité (TA)</b> 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.</li> <li>• <b>Tarif de responsabilité (TR)</b> pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.</li> </ul> <p><i>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.</i></p>
<p><b>Basse Vision</b></p>	<p>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).</p> <p>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.</p>
<p><b>Bénéficiaire</b></p>	<p>Personne qui bénéficie des garanties de complémentaire santé, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À titre personnel lorsqu'elle est la personne physique sur la tête ou sur les intérêts de laquelle repose l'assurance. On parle alors d'assuré ou d'adhérent,</li> <li>• Du fait de ses liens avec l'assuré (enfant ou conjoint), on parle alors d'ayant droit.</li> </ul>
<p><b>Analyse et Examens de Biologie</b></p>	<p>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.</p> <p><i>Synonymes : examen de laboratoire, biologie médicale, analyses médicales</i></p>
<p><b>Chirurgie ambulatoire</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>Chirurgie réfractive</b></p>	<p>Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.</p> <p>L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.</p> <p>La chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie....</p> <p><b>En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la chirurgie réfractive.</b></p> <p><i>Synonyme : chirurgie de l'œil, opération ou chirurgie laser des défauts visuels</i></p>
<p><b>Consultation médicale</b></p>	<p>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.</p>

<p><b>Contrat Collectif</b></p>	<p>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 droits). 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.</p> <p><i>Synonyme : contrat groupe, contrat obligatoire entreprise ou association</i></p>
<p><b>Contrat Individuel</b></p>	<p>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 droits, selon les clauses du contrat.</p>
<p><b>Contrat responsable et solidaire</b></p>	<p>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.</p> <p>La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle rembourse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonnés, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire (hormis quelques exceptions)</li> <li>- le forfait journalier hospitalier</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Elle peut également 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ;</li> <li>- la participation forfaitaire de 1 euro applicable aux consultations et certains examens médicaux ;</li> <li>- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 euros par boîte de médicament)</li> </ul> <p>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.</p>
<p><b>Cotisation</b></p>	<p>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.</p> <p>La cotisation inclue les taxes auxquelles sont assujetties les couvertures complémentaires santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de 13,27% dans le cas des contrats solidaires et responsables</li> <li>• Taux de 20,27% dans le cas des contrats non responsables</li> </ul> <p><i>Synonyme : prime</i></p>

<p><b>Couverture Maladie Universelle CMU-C</b></p>	<p>La couverture maladie universelle complémentaire donne droit à une assurance maladie complémentaire gratuite. Elle est destinée aux personnes qui ont de faibles ressources et qui résident en France de manière stable et régulière.</p> <p>Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville et hospitaliers, dans le cadre du parcours de soins, sans avance de frais ni reste à charge. Elle est accordée pour un an renouvelable.</p> <p>Cette couverture complémentaire peut être gérée, au libre choix du bénéficiaire, par l'assurance maladie obligatoire ou par un organisme complémentaire d'assurance maladie participant au dispositif.</p> <p>Les personnes dont les ressources excèdent légèrement le plafond ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) peuvent obtenir l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS).</p> <p>Depuis le 1er novembre 2019, ce dispositif est étendu, sous conditions et selon des modalités spécifiques, aux personnes anciennement bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS).</p> <p>Pour plus de détails : site du fonds CMU et <a href="http://ameli.fr">ameli.fr</a></p>
<p><b>Cure Thermale</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>Délai d'attente</b></p>	<p>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.</p> <p>Depuis le 1er janvier 2016, les couvertures complémentaires santé responsables ne peuvent pas prévoir de délai d'attente pour les soins et biens en lien avec le caractère responsable du contrat.</p> <p>En ce qui concerne La Mutuelle Catalane, il n'y a pas de délai d'attente pour l'ensemble des prestations.</p> <p><i>Synonymes : délai ou clause de stage, délai de carence</i></p>
<p><b>Demande de prise en charge par l'organisme complémentaire d'assurance maladie</b></p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p><b>Dentaire</b></p>	<p>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 ...</p> <p>Depuis 2020, dans le cadre du dispositif de soins et d'équipements « à prise en charge renforcée », 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 ».</p> <p>Voir également : implantologie dentaire, inlays et onlays, inlay-core, orthodontie, parodontologie, prothèses dentaires, soins dentaires</p>
<p><b>Dépassement d'honoraires</b></p>	<p>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 adhérents à l'OPTAM (contrats « responsables »).</p> <p><i>Synonymes : dépassements</i></p> <p>Voir également : secteur 1 / secteur 2 / Options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-Co) / contrats responsables.</p>

<b>Dépenses réelles</b>	Il s'agit du montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé.
<b>Devis</b>	<p>Le devis est un document présentant les soins ou prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.</p> <p>Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 euros comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.</p> <p>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 des équipements « à prise en charge renforcée », les opticiens et audioprothésistes devront obligatoirement proposer un devis pour une offre entrant dans le panier d'équipements « à prise en charge renforcée ».</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Dispositifs médicaux</b>	<p>Les dispositifs médicaux sont constitués de tout instrument, appareil, équipement, matière, ou produit, utilisé seul ou en association (y compris les accessoires et logiciels nécessaires à son bon fonctionnement), utilisé à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme.</p> <p>Les dispositifs médicaux et certaines prestations associées sont pris en charge s'ils sont inscrits à la liste des produits et prestations (LPP).</p> <p><i>Synonymes : biens médicaux, matériel médical, équipement</i></p>
<b>Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-Co)</b>	<p>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.</p> <p>L'option de pratique tarifaire maîtrise (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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'Optam ou l'Optam-co.</p> <p>Pour savoir si un médecin a adhéré à l'Optam ou l'Optam-co, le site <a href="http://annuaire.sante.ameli.fr">annuaire.sante.ameli.fr</a> est à la disposition de tous.</p> <p><i>Synonyme : OPTAM et OPTAM-CO</i></p>
<b>Dossier Médical Partagé (DMP)</b>	<p>Le dossier médical partagé 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</p> <p>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).</p> <p>Toutes les informations liées à la santé sont stockées dans un seul espace dématérialisé hautement sécurisé.</p>

<b>Frais de Séjour</b>	<p>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...</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Frais d'accompagnement</b>	<p>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).</p> <p>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.</p> <p><i>Synonymes : frais d'accompagnant, lit d'accompagnant, repas d'accompagnant</i></p>
<b>Frais réels</b>	<p>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.</p>
<b>Forfait sur les actes dits « lourds »</b>	<p>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'Etat (120 euros 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.</p> <p>Le montant de cette participation était de 18€. Au 1er janvier 2019, il est passé à 24€.</p> <p>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...).</p> <p>Ce forfait est systématiquement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.</p> <p><i>Synonymes : ticket modérateur forfaitaire, participation forfaitaire de 18€, participation/forfait actes lourds.</i></p> <p>Voir : participation du patient</p>
<b>Forfait patientèle médecin traitant</b>	<p>Rémunération forfaitaire versée annuellement par l'assurance maladie obligatoire à chaque médecin traitant pour le suivi de ses patients.</p> <p>Ce forfait est co-financé par les organismes complémentaires d'assurance maladie.</p>
<b>Franchise Médicale</b>	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,50 € par boîte de médicaments ;</li> <li>• 0,50 € par acte paramédical ;</li> <li>• 2 € par transport sanitaire.</li> </ul> <p>La franchise est plafonnée à 50 euros 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 euros par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.</p> <p>Certaines personnes en sont exonérées : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'Aide Médicale de l'Etat, les femmes enceintes (du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence et les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet évènement.</p> <p>Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsables », sinon le contrat est requalifié en « non responsable ».</p> <p>Voir également : contrat « responsable et solidaire »</p>

<b>Garantie</b>	<p>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 à un niveau prévu à l'avance.</p> <p>Les garanties peuvent notamment concerner :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'hospitalisation (honoraires, forfait journalier hospitalier, chambre particulière...)</li> <li>• Les honoraires médicaux,</li> <li>• Les médicaments,</li> <li>• Les analyses et examens de laboratoire,</li> <li>• Les honoraires paramédicaux,</li> <li>• L'optique,</li> <li>• Le dentaire,</li> <li>• Les aides auditives.</li> </ul> <p>Cet engagement est matérialisé par la souscription d'un contrat ou l'adhésion à des statuts, à un règlement et/ou à un contrat, selon le type d'organisme complémentaire d'assurance maladie.</p>
<b>Honoraires</b>	<p>Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.</p> <p>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)</p>
<b>Honoraires de Dispensation</b>	<p>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.</p> <p>Il existe cinq honoraires de dispensation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un honoraire de dispensation au conditionnement ;</li> <li>• Un honoraire par ordonnance dite complexe (5 lignes et plus de prescription de médicaments remboursables) ;</li> <li>• Un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables* ;</li> <li>• Un honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance pour des jeunes enfants et des patients âgés* ;</li> <li>• Un honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques* ;</li> </ul> <p><i>* Ces honoraires entrent en vigueur au 1er janvier 2019 et peuvent se cumuler. 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.</i></p>
<b>Honoraire Limite de Facturation (HLF)</b>	<p>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 ».</p> <p>A compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcée ».</p>
<b>Hospitalisation</b>	<p>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.</p> <p>L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine.</p> <p>L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.</p> <p>Voir également :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forfait journalier hospitalier</li> <li>• Frais de séjour</li> <li>• Frais d'accompagnement</li> <li>• Forfait actes lourds</li> <li>• Chambre particulière</li> <li>• Participation du patient</li> </ul>
<b>Imagerie médicale</b>	<p>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..</p>

<b>Implantologie dentaire</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><i>Synonyme : implants dentaires, implants</i></p>
<b>Inlay/Onlay</b>	<p>Ces techniques permettent de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une couronne. Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).</p> <p>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 ». Leur tarif sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021 (pour les inlay composite). 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.</p> <p>Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.</p>
<b>Inlay-Core</b>	<p>Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée.</p> <p>Depuis 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.</p>
<b>Lentilles</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Lunettes</b>	<p>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...).</p> <p>Le prix des verres varie selon leur nature et leur puissance (verres unifocaux ou multifocaux), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).</p> <p>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.</p> <p>Depuis 2020, c'est notamment le cas des équipements d'optique inclus dans le panier « 100% santé », dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) 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.</p> <p>Pour les adultes (de plus de 16 ans), le renouvellement de la prise en charge intervient après une période minimale de 2 ans. Ce délai peut être réduit en cas de variation significative de la vue ou de situation médicale particulière.</p> <p>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. Depuis 2020, le devis doit nécessairement comporter une proposition de prestation sans reste à charge (un équipement du panier à « prise en charge renforcée »).</p> <p><i>Synonyme : équipement optique</i></p>
<b>Matériel Médical</b>	<p>Ce sont les biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire.</p> <p>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...</p> <p>La plupart des organismes complémentaires d'assurance maladie distinguent les équipements d'optique et les aides auditives du reste du matériel médical.</p> <p><i>Synonymes : Dispositifs médicaux (DM), Appareillage (petit ou grand)</i></p>

<b>Maladie</b>	Altération de la santé de l'assuré ou adhérent constatée par une autorité médicale compétente.
<b>Médecin traitant</b>	<p>C'est un médecin généraliste ou spécialiste hospitalier ou libéral, désigné par le patient auprès de sa caisse d'assurance maladie obligatoire.</p> <p>Il coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal.</p> <p>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.).</p> <p>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, et 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.</p> <p>Il connaît et gère le dossier médical, et 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.).</p> <p>Il assure une prévention personnalisée et conseille les éventuels dépistages : suivi de la vaccination, examens de dépistage organisés (ex : dépistage du cancer colorectal), aide à l'arrêt du tabac, conseils nutrition, en fonction de votre style de vie, de votre âge ou de vos antécédents familiaux.</p> <p>Voir également : parcours de soins coordonnés</p>
<b>Médicaments</b>	<p>Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.</p> <p>Il existe quatre taux de remboursement des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux,</li> <li>• 65% pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important,</li> <li>• 30% pour les médicaments dont le service médical rendu modérés et certaines préparations magistrales,</li> <li>• 15% pour les médicaments à service médical rendu faible, les médicaments homéopathiques et les préparations magistrales homéopathiques (PMH).</li> </ul> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Les prix des médicaments non remboursables par l'assurance maladie obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.</p>
<b>Médicaments génériques</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Pour obtenir le statut de médicament « générique », un médicament doit prouver sa bioéquivalence avec le médicament d'origine (princeps).</p>
<b>Médicaments princeps</b>	<p>Le médicament princeps est le médicament qui peut être « générique » quand son brevet tombe dans le domaine public.</p> <p>Lorsque des médicaments génériques sont commercialisés, le pharmacien substituera automatiquement un médicament générique au médicament princeps.</p> <p>En cas de refus par le patient du médicament générique, le pharmacien ne pourra pas pratiquer le tiers-payant.</p>

<p><b>Nomenclature</b></p>	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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) ;</li> <li>• Pour les actes techniques médicaux et dentaires (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;</li> <li>• Pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ;</li> <li>• Pour les biens médicaux (appareillage...) hors médicaments, il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP);</li> <li>• Pour les soins hospitaliers il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).</li> </ul> <p>Les actes non-inscrits à la nomenclature (dit « hors nomenclature » ou HN) peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.</p>
<p><b>NOEMIE</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>Optique</b></p>	<p>Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger des troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie, la presbytie...</p> <p>Il peut s'agir de lunettes (deux verres et une monture) ou de lentilles.</p> <p>Depuis le 1er janvier 2020, les lunettes entrant dans le panier de soins « 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 de vente (PLV) que les opticiens s'engagent à respecter.</p> <p>L'offre « à prise en charge renforcée » 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.</p> <p>Les opticiens doivent établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « à prise en charge renforcée ».</p> <p>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.</p> <p>Au-delà des lunettes, la chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.</p>
<p><b>Ordonnance</b></p>	<p>C'est le document délivré par un médecin et sur lequel figurent ses prescriptions.</p> <p>Les prescriptions peuvent concerner la délivrance de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) d'examens complémentaires (biologie, acte d'imagerie...) ou la réalisation d'actes de soins par d'autres professionnels de santé (autre médecin, pharmacien, auxiliaire médical...).</p> <p>La production de ce document est indispensable pour la délivrance de ce produit de santé ou la réalisation de cet acte, et à leur remboursement par l'assurance maladie obligatoire.</p> <p><i>Synonyme : prescription médicale</i></p>
<p><b>Organisme complémentaire d'assurance maladie (OCAM)</b></p>	<p>Il s'agit de l'organisme de protection complémentaire assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 ;</li> <li>• 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 ;</li> <li>• Les entreprises d'assurance : organismes régis par le code des Assurances, qui peuvent être soit des sociétés anonymes, soit des sociétés d'assurance mutuelle.</li> </ul> <p><i>Synonymes : complémentaire santé, organisme complémentaire, assurance maladie complémentaire (AMC)</i></p>

<p><b>Orthodontie</b></p>	<p>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.</p> <p>L'assurance maladie obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants commencé avant l'âge de 16 ans. Ses 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.</p> <p>Les couvertures complémentaires peuvent également prendre en charge l'orthodontie des adultes.</p>
<p><b>Parcours de soins coordonnés</b></p>	<p>C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposée en France. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants-droits de moins de 16 ans.</p> <p>Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;</li> <li>• Consulte un autre médecin, appelé «médecin correspondant», après lui avoir été adressée par son médecin traitant.</li> </ul> <p>Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 ».</p> <p>Voir également : contrat responsable et solidaire</p>
<p><b>Parodontologie</b></p>	<p>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 (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).</p> <p>Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse ;</li> <li>• L'élimination des causes d'infection (détartrage des racines...);</li> <li>• Le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits ;</li> <li>• Le contrôle périodique du patient.</li> </ul> <p>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.</p>
<p><b>Participation Forfaitaire de 24 €</b></p>	<p>La participation forfaitaire de 24 € s'applique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé, ou dans un établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes.</li> <li>• Aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique), y compris en hospitalisation à domicile (HAD), au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.</li> <li>• Aux frais d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées ci-dessus et en lien direct avec elle.</li> </ul> <p>Les contrats responsables remboursent la participation du patient.</p>

<p><b>Participation Forfaitaire de 1 €</b></p>	<p>Cette participation forfaitaire de 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des enfants de moins de 18 ans ;</li> <li>• Des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement ;</li> <li>• Des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de la CSS ou de l'Aide médicale de l'État (AME).</li> </ul> <p>Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 € par année civile et par personne. La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».</p> <p>Voir également : contrat responsable et solidaire</p>
<p><b>Protection universelle maladie (PUMA)</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>Prestations (d'un organisme complémentaire d'Assurance Maladie)</b></p>	<p>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).</p> <p><i>Synonyme : remboursements</i></p>
<p><b>Prix Limite de Vente (PLV)</b></p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » ont respectivement depuis 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.</p>

**VOUS ACCOMPAGNER**  
c'est notre métier



**La Mutuelle Catalane**  
Une mutuelle plus humaine

<h2>Prothèses dentaires</h2>	<p>Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.</li> </ul> <p>Depuis 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).</p> <p>Pour certaines prothèses dentaires, entrant dans le panier de soins « 100 % Santé », les contrats complémentaires responsables prendront 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 maximums fixés.</p> <p>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 souscrit.</p> <p>Les chirurgiens-dentistes doivent également respecter les tarifs maximums fixés pour certaines de ces prothèses qui n'entrent pas dans le panier « 100 % Santé ».</p> <p>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. Depuis le 1er janvier 2020, ce devis 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.</p>
<h2>Reste à Charge</h2>	<p>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.</p> <p>Après intervention de l'AMO, le reste à charge est constitué :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire) ;</li> <li>• De l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;</li> <li>• Des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ;</li> <li>• De l'éventuel forfait journalier hospitalier ;</li> <li>• Des frais liés aux soins et prestations non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.</li> </ul> <p>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.</p>
<h2>Soins Courants</h2>	<p>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.</p> <p>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...</p> <p>Synonymes : soins de ville, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants</p>
<h2>Soins dentaires</h2>	<p>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 :</p> <p>Il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.</p> <p>Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'Assurance Maladie Obligatoire pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements (hormis pour les inlay-onlay).</p>

<p><b>Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR)</b></p>	<p>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.</p> <p>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 aurait des frais qui resteraient à sa charge que son organisme complémentaire d'Assurance Maladie n'a pas le droit de rembourser.</p>
<p><b>Taux de remboursement de la sécurité sociale</b></p>	<p>C'est le taux appliqué par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci 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.</p> <p>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.</p> <p>Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 70 % de la base de remboursement pour les actes médicaux ;</li> <li>• 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux ;</li> <li>• 60 % de la base de remboursement pour l'appareillage ;</li> <li>• 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments.</li> </ul> <p>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 »).</p> <p>Voir également : médicaments, hospitalisation, appareillage, honoraires</p>
<p><b>Taxe de solidarité additionnelle</b></p>	<p>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).</p> <p>Le produit de cette taxe est affecté à titre principal au Fonds CMU (pour le financement de la CMU-C et de la CSS).</p>
<p><b>Téléconsultation</b></p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaires peuvent proposer ce service dans leurs contrats santé.</p>

<h2>Télémédecine</h2>	<p>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 figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.</p> <p>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 ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.</p> <p>La télémédecine englobe notamment les actes de téléconsultation, les actes de télé-expertise et les actes de télésurveillance médicale.</p>
<h2>Ticket Modérateur</h2>	<p>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'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou 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)...</p> <p>Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24 €) pour certains actes dits « lourds ». La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'Assurance Maladie Complémentaire.</p> <p>Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'Assurance Maladie Complémentaire responsables (sauf exceptions).</p> <p>Voir également : reste à charge, participation forfaitaire d'un euro, franchise, dépassements d'honoraires, garanties, forfait actes lourds</p>
<h2>Tiers Payant</h2>	<p>Ce système de paiement évite au patient de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances Maladie Obligatoire et/ou Complémentaire pour les soins ou produits.</p> <p>Pour la part remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire, le tiers payant s'applique de droit dans les situations où l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bénéficie de la CMU-C ;</li> <li>• Bénéficie de l'aide médicale d'État ;</li> <li>• Bénéficie de l'ACS ;</li> <li>• Est victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ;</li> <li>• 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) ;</li> <li>• Est hospitalisé dans un établissement sous convention avec l'Assurance Maladie ;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est une mineure de plus de 15 ans et consulte un professionnel de santé pour sa contraception.</li> <li>• Est atteint d'une affection de longue durée (ALD) ;</li> <li>• Bénéficie de l'assurance maternité ;</li> <li>• Bénéficie du dispositif de prise en charge des victimes d'attentats.</li> </ul> <p>Un pharmacien peut ne pas pratiquer le tiers payant en cas de refus de l'usage de médicaments génériques.</p> <p>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.</p> <p><i>Synonyme : dispense d'avance des frais</i></p>

<h2>Transport</h2>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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-psychopédagogiques (CMPP).</p> <p>Synonymes : transport sanitaire, transport médical</p>
<h2>Vaccins</h2>	<p>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 <i>Haemophilus influenzae</i> 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.</p> <p>Les autorités définissent chaque année le calendrier des vaccinations obligatoires et de celles qui sont recommandées (par exemple : grippe, papillomavirus).</p> <p>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.</p> <p>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).</p>

# COMPRENDRE LE MODE DE GESTION D'UNE MUTUELLE

Notre seule ressource est la cotisation des adhérents. La règle d'équilibre est obligatoire. Chaque contrat doit répondre à cette obligation.

**COTISATIONS**



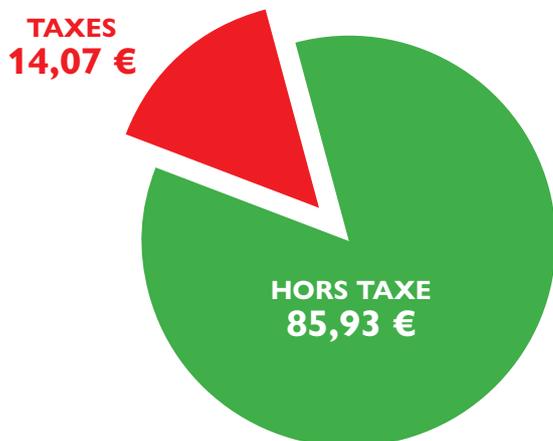
**TAXES + PRESTATIONS VERSÉES  
+ FRAIS DE GESTION**

Si le contrat est déséquilibré alors les cotisations doivent être ajustées.

## INFORMATION SUR LES IMPÔTS ET TAXES AUXQUELS SONT SOUMIS LA MUTUELLE :

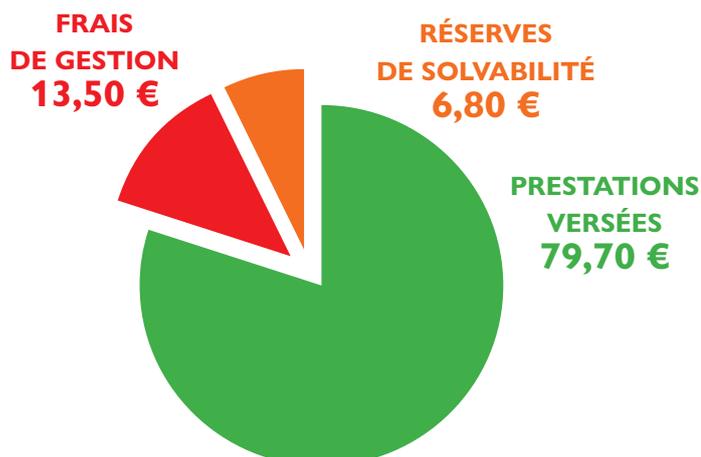
- Impôt sur les sociétés : 28% du résultat
- Taxe patientèle : 0,80% des cotisations.
- Taxe CMU : 6,27% des cotisations
- Taxe sur les contrats d'assurance :
  - 7% des cotisations sur les contrats responsables
  - 14% des cotisations sur les contrats non responsables
- Taxe sur les salaires : 4,25% au-delà d'un certain plafond
- TVA : Les 20% sur nos frais de gestion et immobilisations ne peuvent pas être récupérées. La Mutuelle paye tout en TTC

## POIDS DES TAXES SUR UNE COTISATION DE 100 € SUR UN CONTRAT RESPONSABLE



Il nous reste pour faire fonctionner la Mutuelle 85,93 € sur une cotisation de 100 €

## RÉPARTITION DES 85,93 EUROS RESTANTS



Nous redistribuons à nos adhérents près de 80 € sur une cotisation de 100 €

# LES FRAIS DE GESTION DE LA MUTUELLE CATALANE

**Des dépenses incontournables et des services indispensables aux adhérents.**

• **Les frais d'acquisition correspondent aux actions entreprises pour attirer de nouveaux adhérents :**

- Développement d'un réseau d'agences,
- Marketing,
- Campagne de communication...

• **Les frais d'administration intègrent** les autres charges de structure permettant la gestion de la relation adhérent (encaissement des cotisations et versement des prestations aux adhérents) Figurent également les services proposés aux adhérents :

- Le tiers payant qui permet aux assurés de ne pas avancer les sommes à payer pour leurs dépenses de santé.
- L'action sociale qui met en œuvre des solidarités et qui permet aux adhérents de continuer à se soigner et conserver leur mutuelle en cas de difficultés financières.
- Les démarches contractuelles avec les professionnels de santé qui facilitent l'accès à des soins de qualité et limitent les restes à charge.

L'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) à travers son étude de 2018 a indiqué que la moyenne des frais de gestion des Mutuelles se situait autour de 23%.

**Notre saine gestion et la prudence que nous avons à travers la maîtrise des coûts donnent le résultat de 9,7% de frais de gestion (largement en dessous de frais de nos homologues).**

**Frais de gestion 2021 de La Mutuelle Catalane :**

- **Frais d'acquisition : 3.1%**
- **Frais d'administration : 5.4%**
- **Frais gestion prestations : 3.3%**
- **TOTAL Frais gestion ACPR : 11.8%**

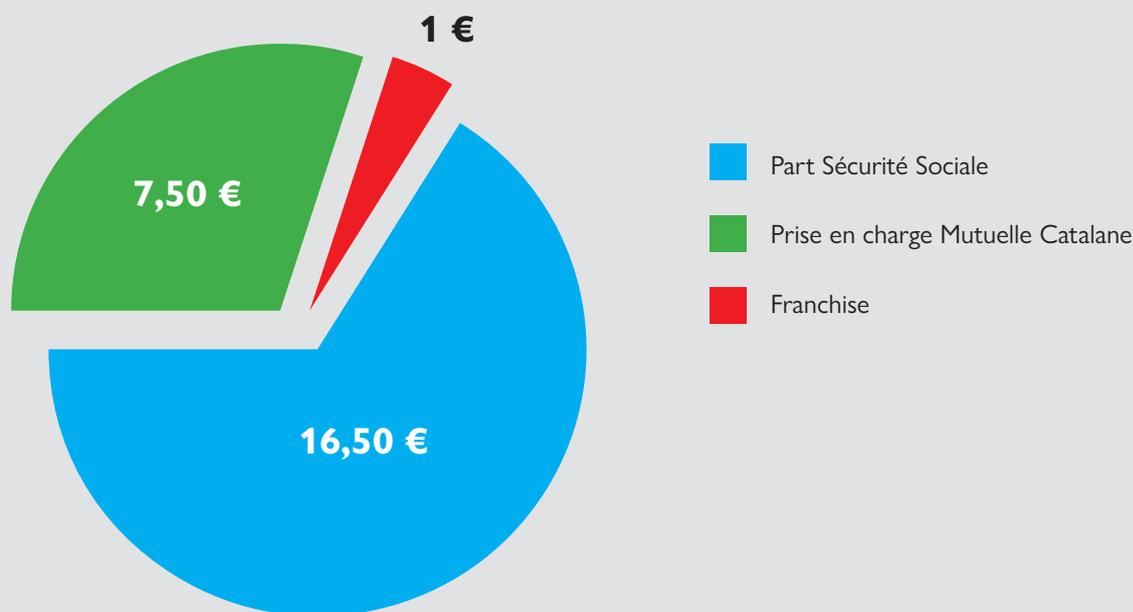
## DES FONDS PROPRES POUR PROTÉGER LES ADHÉRENTS

**Les mutuelles n'ont pas d'actionnaires et ne versent donc pas de dividendes.** Conformément à la loi de financement de la sécurité sociale de 2012, elles publient et présentent, en toute transparence, le montant de leurs frais de gestion ainsi que leur composition, chaque année lors de leur assemblée générale.

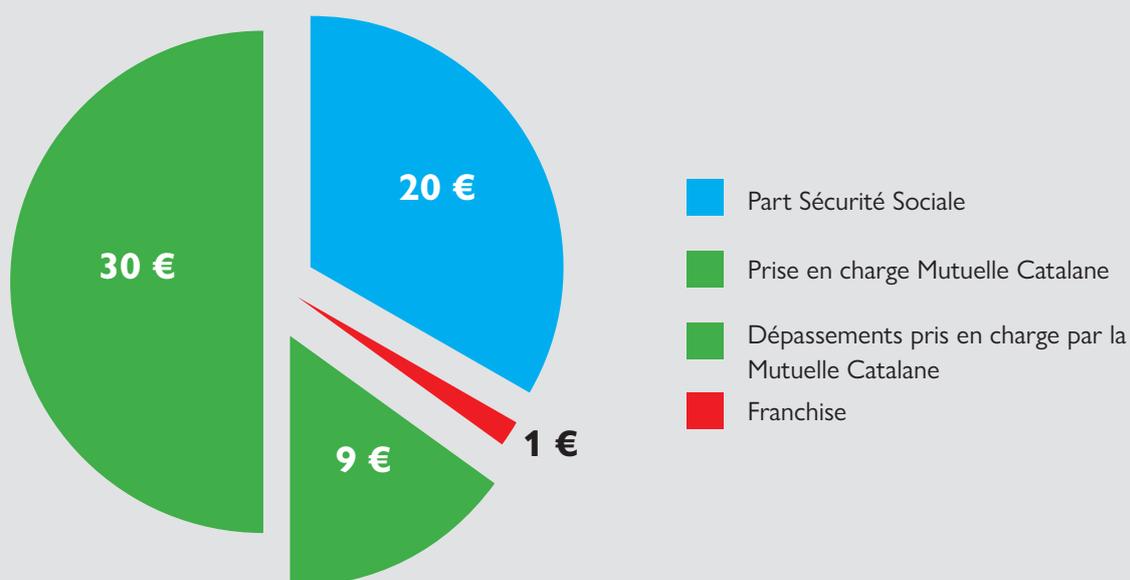
**Conformément à la réglementation prudentielle, les mutuelles doivent détenir un certain niveau de fonds propres pour exercer leur activité d'assurance. Ces exigences visent à assurer aux adhérents que leur mutuelle est en mesure de faire face à ses engagements en toute circonstance.**

# QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

## 1 / Remboursements d'un généraliste avec une garantie à 100% BRSS Exemple de remboursement consultation Généraliste



## 2 / Remboursement d'un Ophtalmologue avec une garantie à 200% BRSS Exemple de remboursement consultation Ophtalmologue à 60 euros



## MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Tarif des honoraires 25 Euros - base de remboursement sécurité sociale 25€ = 100% BR

Taux de remboursement	Base de remboursement	Remboursement sécurité sociale	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Franchise
100%	25 €	16.50€	7.50€	0 €	1 €

## MÉDECIN SPÉCIALISTE SIGNATAIRE OPTAM/OPTAM-CO

Cardiologue, Tarif des honoraires 60€ - base de remboursement sécurité sociale 30€ = 100% BR

Taux de remboursement	Base de remboursement	Remboursement sécurité sociale	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Franchise
100%	30 €	20 €	9 €	30 €	1 €
130%	30 €	20 €	18 €	21 €	1 €
150%	30 €	20 €	24 €	15 €	1 €
200%	30 €	20 €	39 €	0 €	1 €
250%	30 €	20 €	39 €	0 €	1 €
300%	30 €	20 €	39 €	0 €	1 €

## MÉDECIN SPÉCIALISTE SIGNATAIRE NON OPTAM/NON OPTAM-CO

Cardiologue, Tarif des honoraires 60€ - base de remboursement sécurité sociale 30€ = 100% BR

Attention, Selon tarif de convention : L'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ainsi que l'OPTAM-CO (option tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens) conclues entre l'assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement d'honoraires permanent ainsi que de certains médecins exerçant en secteur 1. Voir liste des praticiens signataires sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

Taux de remboursement	Base de remboursement	Taux minoré	Remboursement sécurité sociale	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Franchise
100%	30 €	100%	20 €	9 €	30 €	1 €
130%	30 €	110%	20 €	12 €	27 €	1 €
150%	30 €	130%	20 €	18 €	21 €	1 €
200%	30 €	180%	20 €	33 €	6 €	1 €
250%	30 €	200%	20 €	39 €	0 €	1 €
300%	30 €	200%	20 €	39 €	0 €	1 €

# PROTHÈSES DENTAIRES CONTRATS 100% SANTÉ

## LES PROTHÈSES INTÉGRALEMENT PRISES EN CHARGE

(Uniquement sur les contrats santé dits « Responsables »)

Le panier « 100 % Santé », intégralement pris en charge pour les assurés couverts par un contrat de mutuelle santé responsable, comporte dès à présent un choix de prothèses fixes (bridges et couronnes). Ces prothèses utilisent différents matériaux de qualité, en fonction de la localisation de la dent dans la bouche.

Concrètement, le panier « 100 % Santé » s'applique à partir du 1er janvier 2020 :

- Pour les dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires) : aux couronnes céramo-métalliques et céramiques monolithiques hors zircone ;
- Pour ces mêmes dents visibles (incisives, canines, premières et deuxième prémolaires) : aux couronnes en zircone ;
- Pour toutes les dents : aux couronnes métalliques ;
- Pour les incisives : aux bridges céramo-métalliques.

**IMPORTANT :** Renseignez-vous auprès de votre conseiller Mutuelle Catalane pour connaître la nature juridique de votre contrat (Responsable ou Non Responsable)

### CE QUI A CHANGÉ EN 2020

**COURONNES CÉRAMIQUES\***  
Reste à charge :  
- Auparavant : 195 € en moyenne  
- À partir de 2020 : 0 €  
• incisives  
• canines  
• 1<sup>ères</sup> prémolaires  
Prix plafond au 1<sup>er</sup> janvier 2020 : 500 €

**COURONNES EN ZIRCONÉ**  
Reste à charge :  
- Auparavant : 115 € en moyenne  
- À partir de 2020 : 0 €  
• incisives  
• canines  
• prémolaires  
Prix plafond au 1<sup>er</sup> janvier 2020 : 440 €

**COURONNES MÉTALLIQUES**  
Reste à charge :  
- Auparavant : 0 € pour la plupart des assurés ayant un contrat de mutuelle standard  
- À partir de 2020 : 0 €  
• • • toutes les dents  
Prix plafond au 1<sup>er</sup> janvier 2020 : 290 €

**BRIDGES CÉRAMIQUES\*\***  
Reste à charge :  
- Auparavant : 650 € en moyenne  
- À partir de 2020 : 0 €  
• incisives  
Prix plafond au 1<sup>er</sup> janvier 2020 : 1 465 €

• Incisives • Canines • Prémolaires • Molaires

\* Couronnes céramométalliques ou couronnes céramiques monolithiques (hors zircone).  
\*\* Bridges céramométalliques

Conception : DIXOT

### CE QUI A CHANGÉ EN 2021

**50 autres prothèses fixes (couronnes et bridges) et amovibles (dentiers) seront à leur tour intégralement remboursées.**

# PROTHÈSES DENTAIRES PANIER MAÎTRISÉ

**EXEMPLE 1 : Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur deuxième prémolaires et molaires à 550€ (Frais réels)**

Taux de remboursement	Base de remboursement	Remboursement sécurité sociale	Remboursement Mutuelle	Reste à charge
100%	120 €	84 €	36 €	430 €
150%	120 €	84 €	96 €	370 €
200%	120 €	84 €	156 €	310 €
250%	120 €	84 €	216 €	250 €
300%	120 €	84 €	276 €	190 €
350%	120 €	84 €	336 €	130 €
400%	120 €	84 €	396 €	70 €

**EXEMPLE 2 : Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux à 290€ (Frais réels)**

Taux de remboursement	Base de remboursement	Remboursement sécurité sociale	Remboursement Mutuelle	Reste à charge
100%	120 €	84 €	36 €	170 €
150%	120 €	84 €	96 €	110 €
200%	120 €	84 €	156 €	50 €
250%	120 €	84 €	216 €	0 €
300%	120 €	84 €	276 €	0 €
350%	120 €	84 €	336 €	0 €
400%	120 €	84 €	396 €	0 €

## IMPORTANT

Chaque patient est libre de choisir l'alternative thérapeutique qui lui convient au mieux, en ayant pris soin de voir les conditions de remboursement prévues par son contrat d'assurance complémentaire pour les paniers aux tarifs maîtrisés et libres.

**Ce devis doit être établi par écrit et comporter notamment :**

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

**Vous pourrez le transmettre ensuite à La Mutuelle Catalane qui vous renseignera sur le montant de sa prise en charge, qui varie selon les contrats.**

# LE REMBOURSEMENT DE VOS TRAITEMENTS D'ORTHODONTIE

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

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

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

À noter cependant que le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous en informer préalablement au moyen d'un devis écrit.

## Exemple de remboursement Orthodontie – Enfant moins de 18 ans. Prix du semestre : 600€

Taux de remboursement	Base de remboursement	Remboursement sécurité sociale	Remboursement Mutuelle	Reste à charge
100%	193,50 €	193,50 €	0,00 €	406,50 €
150%	193,50 €	193,50 €	96,75 €	309,75 €
200%	193,50 €	193,50 €	193,50 €	213,00 €
250%	193,50 €	193,50 €	290,25 €	116,25 €
300%	193,50 €	193,50 €	387,00 €	19,50 €
350%	193,50 €	193,50 €	406,50 €	0,00 €

Dans cet exemple, le montant remboursé par l'assurance maladie ne tient pas compte de la participation forfaitaire de 1 € éventuellement retenue si le traitement est réalisé par un médecin stomatologiste.

# REMBOURSEMENT DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

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

- Le « panier 100 % santé » permet aux assurés d'accéder à des équipements d'optique sans reste à charge à condition d'avoir un contrat de complémentaire santé solidaire et responsable.
- Le « secteur à prix libres » (se renseigner auprès de votre conseiller pour connaître le montant du forfait optique de votre contrat).

## Renouvellement de la prise en charge d'un équipement

- Adultes et les enfants de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 2 ans. Période réduite à 1 an en cas de dégradation des performances oculaires sous conditions et sur justification. D'autres cas dérogatoires existent lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.
- Enfants de moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 1 an. Période réduite à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans sous conditions (mauvaise adaptation à la morphologie entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur) et sur justification. Jusqu'à 6 ans, aucun délai minimal n'est applicable pour les verres en cas de dégradation des performances oculaires sous conditions et sur justification.
- La Monture est limitée à 100€.

Les périodes s'apprécient à compter de la date de la facturation du dernier élément de l'équipement optique.

**Un équipement comprend 1 monture et 2 verres.** La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement en cas d'intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux et présentant un déficit de vision de près et de déficit de vision de loin, chaque équipement corrigeant un des deux déficits, ou en cas d'amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, avec deux équipements à porter en alternance.

## Exemple de remboursement panier 100% santé (Classe A)

Avec un contrat responsable

	Coût réel	Remboursement Assurance maladie	Remboursement Mutuelle Catalane avec un contrat Responsable	Reste à charge
Monture Classe A	30 €	5,40 €	24,60 €	0,00 €
Verre complexe gauche	90 €	16,20 €	73,80 €	0,00 €
Verre complexe droit	90 €	16,20 €	73,80 €	0,00 €
Total	210 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €

### Info : Avec un contrat Non Responsable

La prise en charge partielle ou totale du reste à charge dépend du montant forfait optique indiqué dans votre contrat

## Exemple de remboursement panier Libre (Classe B)

Avec un contrat responsable ou Non responsable

		Coût réel	Remboursement Assurance maladie	Remboursement Mutuelle Catalane avec un contrat Responsable	Reste à charge
Avec un Forfait de 200€	Monture	100 €	0,03 €	99,97 €	0,00 €
	Verres Complexes	220 €	0,06 €	99,94 €	120,00 €
	<b>Total</b>	<b>320 €</b>	<b>0,09 €</b>	<b>199,91 €</b>	<b>120,00 €</b>
Avec un Forfait de 250€	Monture	100 €	0,03 €	99,97 €	0,00 €
	Verres Complexes	220 €	0,06 €	149,94 €	70,00 €
	<b>Total</b>	<b>320 €</b>	<b>0,09 €</b>	<b>249,91 €</b>	<b>70,00 €</b>
Avec un Forfait de 350€	Monture	100 €	0,03 €	99,97 €	0,00 €
	Verres Complexes	220 €	0,06 €	219,94 €	0,00 €
	<b>Total</b>	<b>320 €</b>	<b>0,09 €</b>	<b>319,91 €</b>	<b>0,00 €</b>



**VISUAL**  
OPTICIEN LUNETIER

**Opticien Partenaire**

Pratique du Tiers Pavant

**20% de Remise sur tout l'équipement optique.**

- 15% de Remise sur les solaires de marque
- 5% de remise sur les lentilles de contact

**Perpignan, Place de la Loge**

**04 68 34 40 43**

**Cabestany, Mas Guerido**

**04 68 50 10 70**

# LE REMBOURSEMENT DES AIDES AUDITIVES

## Le panier 100 % Santé audio

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

Les aides auditives sont désormais répertoriées en deux catégories :

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

Les prestations de suivi attachées à l'aide auditive délivrée restent comprises dans le prix d'achat de l'équipement. L'audioprothésiste doit systématiquement proposer au moins une offre 100 % Santé pour chaque oreille devant être appareillée.

## Exemple sur un appareil de Classe 1 avec un contrat responsable

La base de remboursement est de 400€.

Exemple avec un contrat responsable (Prix Limite de Vente = 950€)

Prix Limite de vente	Remboursement sécurité sociale	Remboursement Mutuelle	Reste à charge
950 €	240 €	710 €	0 €

## Exemple sur un appareil de Classe 1 avec un contrat NON responsable

Taux de remboursement	Base de remboursement	Remboursement sécurité sociale	Remboursement Mutuelle	Reste à charge
100%	400 €	240 €	160 €	550 €

Le Reste à charge peut être minoré si votre contrat dispose d'un forfait prothèses auditives. Lorsque des forfaits figurent sur votre garantie = forfait prothèses auditives (100€, 150€, 300€...), cette somme vient s'ajouter au remboursement de la mutuelle figurant ci-dessus.

## Exemple sur un appareil de Classe 2 quelque soit la nature du contrat (responsable ou NON responsable)

(Prix Limite de Vente = 1700€)

Taux de remboursement	Base de remboursement	Remboursement sécurité sociale	Remboursement Mutuelle	Reste à charge
100%	400 €	240 €	160 €	1300 €

Le Reste à charge peut être minoré si votre contrat dispose d'un forfait prothèses auditives. Lorsque des forfaits figurent sur votre garantie = forfait prothèses auditives (100€, 150€, 300€...), cette somme vient s'ajouter au remboursement de la mutuelle figurant ci-dessus.

**Notre partenariat avec AUDITION CONSEIL vous fait bénéficier d'une REMISE IMMEDIATE SUPPLEMENTAIRE.**

# APPAREIL AUDITIF



La Mutuelle Catalane et Audition Conseil P.O s'allient pour vous offrir la meilleure offre pour votre appareil auditif

**REMISE IMMÉDIATE SUR LE COUT DE LA PROTHÈSE**

En plus du ticket modérateur et de votre forfait mutuelle\*

\*voir votre détail de garantie

**CLASSE 1 : 100€ PAR OREILLE**

**CLASSE 2 : 250€ PAR OREILLE**



La Mutuelle Catalane  
Une mutuelle plus humaine



PERPIGNAN,  
80 RUE PASCAL MARIE AGASSE  
**04 68 56 41 45**

THUIR LE BOULOU POLLESTRES ST ESTEVE CABESTANY RIVESALTES CANET EN ROUSS.

# AUTRES FORFAITS (SUIVANT LE NIVEAU DE GARANTIE)

Forfait	Montant autorisé par acte / séance / jour	Plafond éventuel
Forfait journalier médical/chirurgical	20€ / jour	illimité
Forfait Patient Urgences	19,61€	illimité
Forfait journalier psychiatrie	15€ / jour	illimité
Forfait hospitalier rééducation/convalescence/maison de repos	20€ / jour	Limité suivant la garantie à 30 jours / 45 jours / 60 jours par an
Forfait médecines douces (les spécialistes doivent être agréés dans la discipline dispensée)	40€ ou 50€ / séance	Annuel – 60€ / 80€ / 100€ / 150€ / 200€ suivant la garantie
Forfait servage tabagique (en fonction des garanties)	50€ / facture	50€ par an

## COMMENT CHOISIR LA BONNE GARANTIE ?

Le choix de la couverture la plus adaptée dépend de vos besoins. Ces derniers sont évalués en fonction de plusieurs critères :

- **Votre âge.**
- **Votre situation familiale** (avez-vous besoin de couvrir votre conjoint, vos enfants...).
- **Vos besoins** en soins actuels ou futurs (par exemple fréquence de vos consultations, si vous portez des lunettes...).
- **Vos habitudes médicales** (pharmacie, médecins pratiquant des dépassements d'honoraires...).
- **Votre régime d'assurance maladie obligatoire** (par exemple, la situation de l'Alsace-Moselle est différente).
- **Le prix** de la complémentaire santé constitue également un facteur de choix par rapport à votre budget.
- **Si vous êtes pris en charge par l'assurance maladie pour une affection longue durée (ALD)** et donc couvert « à 100 % », votre complémentaire santé peut vous être utile sur d'autres aspects comme la prise en charge du forfait journalier, les dépassements d'honoraires, la chambre individuelle, l'optique, les prothèses dentaires ou la médecine alternative.

# SOUSCRIPTION, PRISE D'EFFET ET RÉSILIATION

**Quels sont les modes de souscriptions, modalités de prise d'effet de votre garantie, et résiliations ?**

- **Adhésion**

Pour adhérer à notre organisme, il convient de compléter un bulletin d'adhésion. Ce dernier sera remis avec un dossier complet comportant plusieurs documents comme le document d'information précontractuel, le détail de votre garantie, les tarifs, le règlement mutualiste, les statuts.

- **La date d'effet de l'adhésion**

La date d'effet de l'adhésion est fixée à la date du jour de prise d'effet figurant sur le bulletin d'adhésion. Cette date ne doit pas être antérieure à la date de réception par la mutuelle de la demande d'adhésion. L'adhésion est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvelle chaque année, à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf démission exprimée au moins deux mois avant cette date par le participant, par tous moyens écrits sur un support dit « durable » (lettre par envoi postal, courriel, lettre remise en main propre en agence).

Les frais engagés dans le cadre des garanties souscrites sont couverts à compter de la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion. Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion sous condition d'encaissement du premier règlement.

- **La demande de changement de contrat**

La demande de changement de contrat est possible, sous certaines réserves :

Cette modification peut avoir lieu dans le cadre d'une hausse ou d'une baisse en gamme, sur demande expresse et écrite de l'adhérent et sur validation au cas par cas de la Direction de la Mutuelle, à condition d'avoir au moins 1 an d'ancienneté de garantie. La prise d'effet à lieu le 1er jour du premier trimestre du mois suivant la demande : 01/01, 01/04, 01/07, 01/10. Le changement engage forcément sur 24 mois minimum sur la même garantie, un changement ne peut excéder deux garanties d'écart (Niveau 1 → Niveau 3 maximum)

Afin de valider ce changement, il convient de compléter un bulletin d'adhésion, ainsi que la fiche de devoir de conseil.

- **Résiliation**

Une résiliation en cours d'année est possible sans délai pour tout assuré qui bénéficie :

Du dispositif CSS (Complémentaire Santé Solidaire) La demande de résiliation doit être exprimée par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée du justificatif du motif de radiation (ACS, CSS, CMU-C) La radiation prendra effet le 1er du mois suivant la réception du justificatif.

D'un contrat obligatoire entreprise (sur présentation de l'attestation employeur)

Résiliation Infra-annuelle : Depuis le 1er décembre 2020, pour tout adhérent ayant au minimum un an d'ancienneté depuis la date de prise d'effet de son contrat. Dans ce cas, la résiliation prend effet 30 jours après la réception de la demande. (Code de la Mutualité : L221-10-2).

Si vous n'êtes pas dans les cas cités plus haut, **la demande de radiation n'est possible qu'à l'échéance du contrat moyennant un courrier recommandé que la Mutuelle doit recevoir 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours.**



**La Mutuelle Catalane**

Une mutuelle plus humaine

**04 68 34 45 66**

**20 Avenue de Grande Bretagne  
66029 Perpignan Cedex**



**Facebook.com/Mutuelle.Catalane**



**@lamutuellecatalane**



**La Mutuelle Catalane**

**[www.mutuelle-catalane.com](http://www.mutuelle-catalane.com) • [contact@mutuelle-catalane.com](mailto:contact@mutuelle-catalane.com)**

La Mutuelle Catalane, Société mutualiste régie par le livre II du Code de la Mutualité  
N° préfectoral d'agrément 66004573 | Numéro Immatriculation au Registre National des Mutuelles 302 476 536  
Siege Social : 20 avenue de Grande Bretagne - 66029 Perpignan Cedex  
Tél : 04 68 34 45 66 / Fax : 04 68 51 21 29 | [www.mutuelle-catalane.com](http://www.mutuelle-catalane.com) | [contact@mutuelle-catalane.com](mailto:contact@mutuelle-catalane.com)

**Téléchargez notre application mobile  
sur Apple Store ou PlayStore**