

« 100 % Santé » : l'essentiel

Votée en décembre dernier par les pouvoirs publics, la réforme du « 100 % Santé » doit permettre à tous les Français d'accéder à des soins et des équipements en optique, en dentaire et en audioprothèse sans reste à charge. Retrouvez dans ces pages l'essentiel de cette réforme, qui va se mettre en place progressivement au cours des trois prochaines années, et les recommandations de votre mutuelle.



L'optique

À compter du 1^{er} janvier 2020 la nomenclature et la tarification en optique évoluent. Deux classes

de verres et de montures sont mises en place : la classe A « 100 % Santé » et la classe B « prix libres ».

La classe A « 100 % Santé » comprend des verres qui traitent l'ensemble des troubles visuels, avec trois options incluses : amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures et traitement antireflet. L'opticien devra présenter au moins trente-cinq montures relevant de la classe A pour adultes et vingt pour les enfants. Les prix des équipements de la classe A sont encadrés par des prix limite de vente (PLV).

En classe B « prix libres » le professionnel de santé est libre de fixer les prix des dispositifs. Les contrats responsables doivent couvrir le ticket modérateur et respecter des plafonds

de prise en charge. Sur les équipements de la classe B, vous pouvez avoir un reste à charge après remboursements de la Sécurité sociale et de votre mutuelle en fonction de la garantie souscrite.

Seul le choix d'un équipement de la classe A « 100 % Santé » vous sera remboursé intégralement par l'Assurance maladie et votre mutuelle.

Renouvellement

Le renouvellement est possible tous les deux ans, il peut être ramené à un an s'il y a une évolution de la vue constatée.

Pour les autres équipements

Le patient peut choisir des verres dans le cadre du panier « 100 % Santé » et une monture à prix libre qui peut excéder les 30 euros (30 euros étant le prix limite de vente de la monture dans le panier « 100 % Santé »).

- Le remboursement dépend du contrat souscrit auprès de sa mutuelle.
- Le remboursement du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peut pas aller au-delà de 100 euros pour une monture (nouveau plafond pour une monture hors panier « 100 % Santé »).

De nouvelles obligations vis-à-vis des fabricants et des professionnels de santé

- Obligation de qualité des verres : traitement anti-rayure et traitement anti-UV (plus pour les verres de classe A uniquement : traitement antireflet et indice de réfraction minimal).
- Obligation de délivrer un devis comprenant au moins une offre « 100 % Santé ».

Dans tous les cas transmettez le ou les devis établis par votre professionnel de santé directement à MIP.

Des exemples pour mieux comprendre*

Prestation de votre complémentaire santé : équipement optique (verres complexes + monture) : 245 euros (remboursement Sécurité sociale inclus).

• 1^{er} janvier 2020 : Classe A « 100 % Santé »

Équipement (monture + verres) optique de classe A avec verres unifocaux : PLV 265 euros

Remboursement Sécurité sociale : 47,70 euros + remboursement de votre complémentaire santé : 217,30 euros

Votre dépense : 265 euros

Reste à votre charge : 0 euro

• 1^{er} janvier 2020 : Classe B « prix libres »

Équipement (monture + verres) optique de classe B avec verres unifocaux

Remboursement Sécurité sociale : 0,09 euro + remboursement de votre complémentaire santé : 244,91 euros

Votre dépense : 450 euros

Reste à votre charge : 205 euros

* Exemples donnés à titre indicatif et non contractuels

Mise en place de bases de remboursement Sécurité sociale (BR) et de prix limites de vente (PLV) pour les montures et verres de Classe A « 100 % Santé »

Bases de remboursement Sécurité sociale (BR) par verre et monture

Verre		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	
		0 à -/+2	-/+2 à -/+4	-/+4 à -/+8	-/+8 à -/+12	>+12	
Unifocaux	Sphérique	9,75 €	11,25 €	14,25 €	29,25 €		
	Astigmat + (sphérocyindrique)	Cylindre 0-4	11,25 €	12,75 €	15,75 €	30,75 €	
		Cylindre > 4	15,75 €	17,05 €	20,25 €	35,25 €	
Progressifs	Sphérique	22,50 €	24 €	27 €	39,00 €		
	Astigmat + (sphérocyindrique)	Cylindre 0-4	27 €	28,50 €	31,50 €	43,50 €	
		Cylindre > 4	34,50 €	36 €	39,00 €	51,00 €	
Multifocaux	Sphérique	13,50 €	15 €	18 €		30 €	
	Astigmat + (sphérocyindrique)	Cylindre 0-4	18 €	19,50 €	22,50 €		34,50 €
		Cylindre > 4	22,50 €	24 €	27 €		39 €

Prix limites de vente (PLV) par verre

Verre		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	
		0 à -/+2	-/+2 à -/+4	-/+4 à -/+8	-/+8 à -/+12	>+12	
Unifocaux	Sphérique	32,50 €	37,50 €	47,50 €	97,50 €		
	Astigmat + (sphérocyindrique)	Cylindre 0-4	37,50 €	42,50 €	52,50 €	102,50 €	
		Cylindre > 4	52,50 €	57,50 €	67,50 €	117,50 €	
Progressifs	Sphérique	75 €	80 €	90 €	130 €		
	Astigmat + (sphérocyindrique)	Cylindre 0-4	90 €	95 €	105 €	145 €	
		Cylindre > 4	115 €	120 €	130 €	170 €	
Multifocaux	Sphérique	45 €	50 €	60 €		100 €	
	Astigmat + (sphérocyindrique)	Cylindre 0-4	60 €	65 €	75 €		115 €
		Cylindre > 4	75 €	80 €	90 €		130 €

Monture	PLV	BR
Adultes et enfants	30 €	9 €

À NOTER : Dans le cadre des contrats responsables, le remboursement pour les montures sera plafonné, au 1^{er} janvier 2020, pour les équipements de Classe B « prix libres » à 100 euros (remboursement de l'Assurance maladie + mutuelle). Le renouvellement des équipements sera possible tous les deux ans pour les personnes âgées de 16 ans et plus (hors situation médicale particulière), tous les ans pour les moins de 16 ans.





Le dentaire

Pour maîtriser les restes à charge et rendre les actes prothétiques accessibles à tous, vous aurez le choix entre trois paniers de soins prothétiques.

1. Le panier « 100 % Santé » à partir du 1^{er} janvier 2020

Le seul panier intégralement remboursé. Il couvre les besoins essentiels et les plus courants en prothèse, et garantit l'accès à des matériaux d'une qualité esthétique adaptée à la localisation de la dent soignée (distinction entre les dents « visibles » et les dents « non visibles ») :

- Couronnes céramiques monolithiques (autre que zircone) et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires).
- Couronnes céramiques monolithiques zircones (incisives, canines et prémolaires).
- Couronnes métalliques toute localisation.

- Inlays core et couronnes transitoires (liées aux couronnes définitives).
- Bridges céramo-métalliques (incisives).
- Bridges métalliques toute localisation.
- Prothèses amovibles à base résine.

2. Un panier aux tarifs maîtrisés

Il comprend des soins prothétiques dentaires aux tarifs encadrés et vous assure un reste à charge modéré.

3. Un panier aux tarifs libres

Il permet au praticien et au patient de choisir librement les techniques les plus innovantes ou de répondre à des exigences esthétiques particulières (couronnes céramo-céramiques) sans plafonnement de tarifs.

Dès le 1^{er} janvier 2020, certains soins prothétiques dentaires (couronnes et bridges) entreront dans le panier « 100 % Santé » et, à ce titre, seront intégralement pris en charge. Ce panier

de soins sera complété par d'autres prothèses à compter du 1^{er} janvier 2021. Depuis avril 2019, le plafonnement des actes prothétiques s'effectue au fur et à mesure des revalorisations des soins conservateurs, afin de laisser aux chirurgiens-dentistes le temps de réorienter leurs pratiques.

Ce qui va changer pour les chirurgiens-dentistes

La nouvelle convention vise en priorité à réorienter l'activité des chirurgiens-dentistes vers davantage de prévention et de soins courants, dits conservateurs. Ils ont l'obligation de délivrer un devis contenant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés. Ils s'engagent également à proposer une solution sans reste à charge, chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe.

Dans tous les cas transmettez le ou les devis établis par votre professionnel de santé directement à MIP.

Calendrier:

Revalorisation échelonnée et progressive sur cinq ans, de 2019 à 2023, de la base de remboursement de quatre-vingts soins bucco-dentaires fréquents:

• 1^{er} avril 2019

Revalorisation de la base de remboursement de neuf actes de restauration, de l'exérèse de la pulpe camérale d'une dent temporaire, et de deux actes d'avulsion.

• 1^{er} janvier 2020

Panier « 100 % Santé » Poursuite de la revalorisation de la base de remboursement de neuf actes de restauration.

• 1^{er} janvier 2021

Poursuite de la revalorisation de la base de remboursement de neuf actes de restauration, seize actes d'exérèses, et de quatre actes d'obturation.

• 1^{er} janvier 2022

Poursuite de la revalorisation de la base de remboursement de huit actes de restauration.

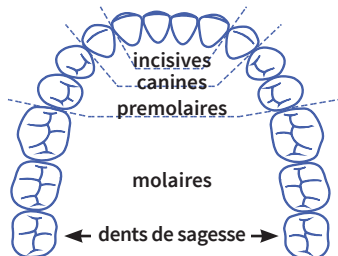
• 1^{er} janvier 2023

Revalorisation de la base de remboursement pour huit actes de comblements de sillons et quarante et un actes d'avulsion.

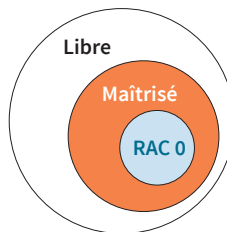
Mise en place de nouvelles bases de remboursement de la Sécurité sociale (BR)

	Panier 100% santé	Panier RAC maîtrisé	Panier tarif libre
Couronnes	120 €	120 € au 1 ^{er} janvier 2020	120 € au 1 ^{er} janvier 2022
Inlay-Onlay	-	100 € au 1 ^{er} avril 2019	100 € au 1 ^{er} avril 2019
Inlay Core sans ou avec clavette	90 €	90 € au 1 ^{er} avril 2019	90 € au 1 ^{er} avril 2019

Et des honoraires plafonnés (honoraires limites de facturation HLF)



1^{er} avril 2019



1^{er} janvier 2020

	Inc	Can	1PM	2PM	1M	2M	3M	Inc	Can	1PM	2PM	1M	2M	3M	
Metallique	320 €							290 €							
Céramo-métallique	530 €		Honoraires libres						500 €	550 €	Honoraires libres				
Céramique Monolithique (Zircone)	480 €		Honoraires libres						440 €		440 €				
Céramique Monolithique (Hors Zircone)	530 €		Honoraires libres						500 €	550 €					
Céramo-céramique	Honoraires libres							Honoraires libres							
Bridge (2 piliers d'ancrage céramométal et 1 élément intermédiaire céramométal)	1 465 €	Honoraires libres						1 465 €	2020 : Honoraires libres						
									2021 : 1635 €						
Inlay-Onlay céramique	Honoraires libres							Honoraires libres							
Inlay-Onlay composite ou métallique	Honoraires libres							2020 : Honoraires libres							
								2021 : 350 €							
Inlay core	230 €*							175 €*							

* Pour les paniers 100% santé et maîtrisé

Des exemples pour mieux comprendre*

Votre complémentaire santé rembourse: une prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale à 170 % BR

1^{er} janvier 2020: Panier « 100 % Santé »
 • Prothèse dentaire céramo-métallique (canine) : honoraires limites de facturation (HLF) 500 euros

Remboursement Sécurité sociale: 84 euros + remboursement de votre complémentaire santé: 416 euros
 Votre dépense: 500 euros
 Reste à votre charge: 0 euro

1^{er} janvier 2020 : Panier maîtrisé
 • Prothèse dentaire céramo-métallique (2PM) : HLF 550 euros

Remboursement Sécurité sociale: 84 euros + remboursement de votre complémentaire santé: 204 euros
 Votre dépense: 550 euros
 Reste à votre charge: 262 euros

1^{er} janvier 2020 : Panier honoraires libres
 • Prothèse dentaire fixe céramique

Remboursement Sécurité sociale : 75,25 euros + remboursement de votre complémentaire santé: 182,75 euros
 Votre dépense: 650 euros
 Reste à votre charge: 392 euros

* Exemples donnés à titre indicatif et non contractuels



L'audioprothèse

Evolution de la liste des produits et prestations (LPP). A compter du 1^{er} janvier 2019 la nomenclature et la tarification des aides auditives évoluent jusqu'en 2021. **Le reste à charge zéro interviendra à partir de 2021.**

Les appareils concernés

Tous les types : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, in-auriculaire.

L'ensemble des aides auditives doit répondre à des spécifications techniques minimales. Par exemple, un système d'amplification des sons extérieurs restitués à hauteur d'au moins 30 décibels (dB) possède au moins douze canaux de réglages pour une adéquation de la correction du trouble auditif.

Deux listes d'options supplémentaires sont également définies : les listes A et B.

Les aides auditives peuvent relever de deux classes : la classe I et classe II en fonction du nombre d'options de l'appareil.

Classe I « 100 % Santé »

Ce sont les aides auditives qui seront intégralement prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire et votre mutuelle.

Classe II « prix libres »

Les bases de remboursement de l'AMO sont les mêmes que pour la classe I, mais le professionnel de santé est libre de fixer les prix des dispositifs. Si vous optez pour un équipement de cette classe, vous pouvez avoir un reste à charge après remboursements de l'Assurance maladie et de votre mutuelle, en fonction de la garantie santé souscrite.

Renouvellement

Le renouvellement est possible tous les quatre ans.

Par ailleurs, un plafond de remboursement est prévu de 1 700 euros maximum (remboursements Assurance maladie obligatoire + mutuelle) par oreille appareillée en classe II.

Obligation du professionnel de santé

L'audioprothésiste doit établir un devis mentionnant au moins un équipement **auditif appartenant à la classe I pour chaque oreille ayant besoin d'appareillage.**

Dans tous les cas transmettez le ou les devis établis par votre professionnel de santé directement à MIP.

Mise en place de bases de remboursement (BR) et de prix limites de vente (PLV) jusqu'en 2021. Le « 100 % Santé » s'applique à partir de 2021

Classe I panier de soins à prise en charge « 100 % Santé »

Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente (PLV) des aides auditives de la classe I

			2019	2020	2021
Classe I Equipements 100 % santé	Egal ou inférieur à 20 ans	BR	1 400 €	1 400 €	1 400 €
		PLV	1 400 €	1 400 €	1 400 €
	Supérieur à 20 ans	BR	300 €	350 €	400 €
		PLV	1 300 €	1 100 €	950 €

Classe II panier de soins autres que « 100 % Santé »

Prise en charge sous conditions de plafond et dans les limites prévues par votre garantie santé.

			2019	2020	2021
Classe II Aides auditives à tarifs libres	Egal ou inférieur à 20 ans	BR	1 400 €	1 400 €	1 400 €
	Supérieur à 20 ans	BR	300 €	350 €	400 €

À NOTER : Dans le cadre des contrats responsables, le remboursement des aides auditives sera plafonné, au 1^{er} janvier 2021, pour les équipements de classe II (à « prix libres ») à 1 700 euros par oreille (remboursement de l'Assurance maladie + mutuelle).

Des exemples* pour mieux comprendre

Prestation de votre complémentaire santé : appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale : 260 % BR

1^{er} janvier 2019 : Classe I

Appareil auditif (adulte de plus de 20 ans)
une oreille

Remboursement Sécurité sociale :
180 euros + remboursement de votre
complémentaire santé : 780 euros

Votre dépense : 1 300 euros

Reste à votre charge : 340 euros

1^{er} janvier 2020 : Classe I

Appareil auditif (adulte de plus de 20 ans)
une oreille

Remboursement Sécurité sociale :
210 euros + remboursement de votre
complémentaire santé : 890 euros

Votre dépense PLV : 1 100 euros

Reste à votre charge : 0 euro

1^{er} janvier 2021 : Panier Classe I

Appareil auditif (adulte de plus de 20 ans)
une oreille

Remboursement Sécurité sociale :
240 euros + remboursement de votre
complémentaire santé : 710 euros

Votre dépense PLV : 950 euros

Reste à votre charge : 0 euro

* Exemples donnés à titre indicatif et non contractuels.

Comment procéder vis-à-vis de votre mutuelle ?

Obligations de vos professionnels de santé

Vos professionnels de santé doivent établir un devis mentionnant au moins un équipement auditif ou optique, appartenant au « 100 % Santé ».

En ce qui concerne les dentistes, ils ont l'obligation de délivrer un devis contenant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés. Ils s'engagent également à proposer une solution sans reste à charge ou « 100 % Santé », chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe. Tous doivent également respecter les prix limites de vente (PLV) ou pour les dentistes, les honoraires limites de facturation (HLF).

Que faire des devis ?

Dans tous les cas, transmettez le ou les devis établis par vos professionnels de santé directement à MIP, soit par courrier, soit depuis votre espace privé sur le site de votre mutuelle, Mutuelles.biz.

Estimation de vos remboursements

Au reçu de votre devis, MIP vous retournera un devis estimatif de votre remboursement :

- votre devis concerne un équipement « 100 % Santé » et les prix indiqués respectent les PLV ou les HLF. Vous n'aurez rien à régler.

Votre équipement sera intégralement pris en charge

par l'Assurance maladie obligatoire et MIP.

- Votre devis concerne un équipement « 100 % Santé » et les prix indiqués ne respectent pas les PLV ou les HLF. Vous risquez d'avoir un reste à charge.

Dans ce cas, un message spécifique sera indiqué sur le devis estimatif que vous recevrez de MIP, précisant que nos remboursements sont calculés dans la limite des PLV ou des HLF en vigueur.

- Votre devis concerne un équipement autre que « 100 % Santé »

Vous pouvez avoir un reste à charge après remboursements de l'Assurance maladie et de votre mutuelle, en fonction de la garantie santé souscrite.

Nous vous conseillons de consulter votre grille 2020 pour connaître les modalités d'application intervenues à la suite de la mise en place du « 100 % Santé ».

Lisibilité des garanties, pour une meilleure information des adhérents

En parallèle de la réforme « 100 % Santé » et pour renforcer la démarche de lisibilité des garanties, une harmonisation des principaux intitulés des garanties obligatoires sera effectuée au 1^{er} janvier 2020 sur vos grilles de garanties. A partir de janvier 2020, vous pourrez consulter votre nouvelle grille de garantie directement sur le site de votre mutuelle Mutuelles.biz, dans votre espace privé. ●