

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE VOS BESOINS EN ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Répondez aux questions ci-dessous, comptez le nombre de **A**, **B** et **C**
et l'IRCEM Mutuelle vous guide vers le niveau de garanties le plus approprié.



SOINS COURANTS

Consultez-vous des médecins spécialistes (ORL, dermatologue, chirurgien, cardiologue, etc...) qui pratiquent des dépassements d'honoraires ?

NON	OUI
je ne consulte jamais de médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires.	je consulte des médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires.
Notre conseil :	Notre conseil :
A ou B	C
Les niveaux 1 et 2 vous remboursent à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins courants.	Le niveau 3 vous rembourse à hauteur de 140% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins courants.



OPTIQUE

Avez-vous des besoins spécifiques* en optique (lunettes, lentilles...) ?

NON	OUI	OUI
ma vue est excellente	je porte des lunettes pour une légère correction de ma vue et je me contente d'un équipement basique.	je porte des lunettes équipées de verres progressifs ou des lentilles.
Notre conseil :	Notre conseil :	Notre conseil :
A	B	C
Le niveau 1 vous rembourse à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour un équipement basique.	Le niveau 2 vous rembourse jusqu'à 400€ (dont 150€/verre) pour les verres simples et jusqu'à 500€ (dont 200€/verre) pour les verres complexes.	Le niveau 3 vous rembourse jusqu'à 450€ (dont 175€/verre) pour les verres simples et jusqu'à 600€ (dont 250€/verre) pour les verres complexes.



DENTAIRE

Avez-vous des besoins spécifiques* en soins dentaires (prothèse dentaire, orthodontie...) ?

NON	OUI	OUI
je vais chez le dentiste une fois par an pour une visite de contrôle.	j'ai une dentition qui nécessite régulièrement quelques soins et/ou mon enfant est suivi pour orthodontie.	j'ai des problèmes dentaires qui nécessitent des frais importants et/ou mon enfant est suivi pour orthodontie et je souhaite minimiser mon reste à charge.
Notre conseil :	Notre conseil :	Notre conseil :
A	B	C
Le niveau 1 vous rembourse 100% de la base de remboursement des prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale et 100% des soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale. L'orthodontie est prise en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale par semestre.	Le niveau 2 vous rembourse 250% de la base de remboursement des prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale et 100% des soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale. L'orthodontie est prise en charge à hauteur de 200% de la base de remboursement de la Sécurité sociale par semestre.	Le niveau 3 vous rembourse 275% de la base de remboursement des prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale et 125% des soins dentaires acceptés par la Sécurité sociale. L'orthodontie est prise en charge à hauteur de 225% de la base de remboursement de la Sécurité sociale par semestre.



HOSPITALISATION

Souhaitez-vous être couvert pour la chambre particulière en cas d'hospitalisation ?

<p>NON</p> <p>je me contente des remboursements de la Sécurité sociale.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>A</p> <p>Le niveau 1 vous rembourse à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins hospitaliers mais ne propose pas de forfait pour la chambre particulière.</p>	<p>OUI</p> <p>je souhaite bénéficier d'une participation pour une chambre particulière.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>B</p> <p>Le niveau 2 vous rembourse à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins hospitaliers et propose un forfait de 44€/jour pour la chambre particulière.</p>	<p>OUI</p> <p>je souhaite un remboursement renforcé sur ce poste de dépenses.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>C</p> <p>Le niveau 3 vous rembourse à hauteur de 125% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins hospitaliers et propose un forfait de 44€/jour pour la chambre particulière.</p>
--	--	--



BUDGET

Quel budget souhaitez-vous consacrer à votre assurance santé ?

<p>J'ai peu de moyens à consacrer dans ma complémentaire Santé*.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>A</p> <p>Le niveau 1 couvre la plupart des frais de santé courants et le forfait journalier en cas d'hospitalisation pour un budget réduit. Je bénéficie d'un accès sans reste à charge sur les équipements des paniers de soins de la réforme 100% santé</p>	<p>Je veux bien faire un effort pour payer une cotisation complémentaire Santé qui me permettra d'améliorer mes remboursements.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>B</p> <p>Le niveau 2 vous permet de bénéficier d'une couverture plus complète pour tous vos soins courants et de la prise en charge de la chambre particulière en cas d'hospitalisation. Je bénéficie de remboursements renforcés sur les postes de dépenses spécifiques peu couverts par la sécurité sociale et choisis en dehors des paniers de soins de la réforme 100% santé.</p>	<p>Je suis prêt à payer une cotisation complémentaire Santé plus conséquente afin de minimiser mon reste à charge.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>C</p> <p>Le niveau 3 vous offre une couverture renforcée sur les montants de remboursements de certains postes de santé : l'optique, les prothèses dentaires, les autres prothèses et l'orthodontie. Je bénéficie notamment de la prise en charge de tout ou partie des dépassements d'honoraires pour certains frais, ou équipements choisis en dehors des paniers de soins de la réforme 100% santé, le tout pour un budget maîtrisé.</p>
--	--	---

TOTAL

A =

B =

C =

NOTRE CONSEIL

Si vous avez uniquement des réponses **A**, nous vous conseillons le **niveau 1**. Il couvrira la plupart de vos frais de santé à moindre coût.

Si vous avez au moins une réponse **B** ou **C**, nous vous conseillons à minima le **niveau 2**.

Si vous avez un maximum de réponses **B**, nous vous conseillons le **niveau 2**. Il vous offrira des remboursements plus importants pour une cotisation plus conséquente.

Si vous avez un maximum de réponses **C**, nous vous conseillons le **niveau 3**. Il vous permettra de limiter les frais restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale, moyennant un effort sur la cotisation.

Pour une recommandation personnalisée, contactez nos conseillers au :

 **0 980 980 390** (appel non surtaxé)

Ils sont à votre disposition pour vous accompagner, du lundi au vendredi de 8h30 à 18h.

TABLEAU DES NIVEAUX DE GARANTIES

Notre Garantie Santé vous propose 3 niveaux de couverture

Prestations et services proposés applicables au 01/01/2024.

Notre contrat est un **contrat "responsable" et "solidaire"** conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale (cf Règlement mutualiste). Seuls les actes ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale donnent lieu à remboursement sauf dérogation indiquée par un astérisque * dans le tableau ci-dessous qui reprend l'ensemble des niveaux de garanties existantes. Nos prestations ajoutées au remboursement de la Sécurité sociale, de tout autre organisme, et éventuellement de tout tiers responsable, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées. Les prestations exprimées en pourcentage se réfèrent à la base de remboursement du Régime obligatoire. Elles incluent les prestations versées par le Régime obligatoire.

PRESTATIONS		RÉGIME OBLIGATOIRE + RÉGIME COMPLÉMENTAIRE		
		Niveau 1 Économique	Niveau 2 Renforcé	Niveau 3 Confort
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux		100%	100%	140% ¹
Honoraires paramédicaux		100%	100%	125%
Analyses et examens de laboratoire		100%	100%	125%
Actes de spécialité, imagerie médicale		100%	100%	140% ¹
Médicaments		100%	100%	100%
Vaccin grippal (non remboursé S.S. par an et par bénéficiaire*)		-	11 €	11 €
Matériel médical		100%	100%	100%
OPTIQUE (Forfaits limités à l'achat d'un équipement (monture + 2 verres) pour 2 ans ** et monture limitée à 100€. Les conditions d'utilisation des forfaits optiques sont détaillées dans le règlement mutualiste de la GARANTIE SANTÉ.)				
Équipement 100% Santé	Monture et verres unifocaux	Frais réels pour les équipements de Classe A, les prestations (adaptation et appareillage) et suppléments pour les verres avec filtre de classe A, dans la limite des prix de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L 165-1 du code de la Sécurité sociale.		
	Monture et verres multifocaux ou progressifs			
Équipement hors 100% Santé (classe B)	Monture et verres unifocaux adultes	100%	400 € ² (dont 150 €/verre)	450 € ² (dont 175 €/verre)
	Monture et verres multifocaux ou progressifs adultes	100%	500 € ² (dont 200 €/verre)	600 € ² (dont 250 €/verre)
	Monture et verres enfant mineur	100%	300 € ²	350 € ²
	Lentilles remboursées S.S.	100%	100%	100%
	Lentilles non remboursées S.S.*	-	50 €	100 €
	Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur***	100%	100%	100%
Accès au réseau de soins optique		Inclus	Inclus	Inclus
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% santé		Frais réels pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.		
Soins et prothèses hors 100% santé	Soins dentaires	100%	100%	125%
	Prothèses dentaires acceptées S.S.	100%	250%	275%
	Orthodontie acceptée S.S. par semestre et par bénéficiaire	100%	200%	225%
	Prothèses dentaires refusées S.S. par an et par bénéficiaire*	-	178 €/an	178 €/an
HOSPITALISATION				
Honoraires		100%	100%	140% ¹
Frais de séjour		100%	100%	125%
Soins externes		100%	100%	140% ¹
Séjour en maison de repos		100%	100%	125%
Forfait journalier hospitalier ³		Frais réels ⁴	Frais réels ⁴	Frais réels ⁴
Chambre particulière y compris la maternité*		-	44 €/j/sans limite ⁴	44 €/j/sans limite ⁴
Frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans*		-	22 €/j/10j maxi	22 €/j/10j maxi
Prime maternité par bénéficiaire et par an*		-	178 €/an	178 €/an
Transport		100%	100%	125%

N.B : Quel que soit le niveau choisi, nous remboursons intégralement la franchise de 24 euros qui est laissée à la charge du patient pour les actes techniques médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60. Nos prestations ajoutées au remboursement de la Sécurité sociale, de tout autre organisme, et éventuellement de tout tiers responsable, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées. ** A l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. *** Après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique. **** Une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Ces dispositions s'appliquent à partir du 1er janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil. 1 : Le taux de prise en charge s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-co). Ce taux est minoré de 20 % et plafonné à 200% du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale) en vigueur pour les médecins non adhérents. 2 : Les montants de forfaits sont en sus des remboursements S.S. Ces forfaits incluent la prise en charge du ticket modérateur. 3 : Ne concerne pas le régime Alsace Moselle. 4 : Prise en charge du forfait journalier et de la chambre particulière sans limite de durée, sauf pour les établissements médicaux sociaux (maison de retraite à caractère médicalisé, maison d'accueil spécialisée, institut de rééducation et autres types d'établissements de longs séjours). Pour ces hospitalisations, la durée d'indemnisation est limitée à 90 Jours non renouvelables par année civile et par bénéficiaire.

TABLEAU DES NIVEAUX DE GARANTIES (suite)

PRESTATIONS (suite)	RÉGIME OBLIGATOIRE + RÉGIME COMPLÉMENTAIRE		
	Niveau 1 Économique	Niveau 2 Renforcé	Niveau 3 Confort
AIDES AUDITIVES : un équipement tous les 4 ans ****			
Équipement 100% Santé (classe I)	Frais réels dans la limite des prix de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.		
Équipement hors 100% Santé (classe II)	100%	100%	100%
Forfait par an et par bénéficiaire	-	630 €/an	655 €/an
Consommables, piles ou accessoires remboursés S.S.	100%	100%	100%
Accès au réseau de soins en audioprothèse	Inclus	Inclus	Inclus
AUTRES PROTHÈSES REMBOURSÉES S.S.			
Autres prothèses remboursées S.S.	100%	100%	100%
Forfait par an et par bénéficiaire	-	631 €/an	655 €/an
BIEN-ÊTRE ET PREVENTION			
Prestations de prévention remboursables S.S.	100%	100%	100%
Cures thermales	Cures thermales traitement	100%	100%
	Cures thermales frais refusés S.S.* par an et par bénéficiaire	-	178 €/an
Pédicure/Podologue* Forfait par an et par bénéficiaire	-	77 €/an	77 €/an
Médecines douces* (homéopathie, acupuncture, ostéopathie, diététicien) Forfait par an et par bénéficiaire	-	77 €/an	77 €/an
PRESTATIONS D'ASSISTANCE	Incluses	Incluses	Incluses

N.B : Quel que soit le niveau choisi, nous remboursons intégralement la franchise de 24 euros qui est laissée à la charge du patient pour les actes techniques médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60. Nos prestations ajoutées au remboursement de la Sécurité sociale, de tout autre organisme, et éventuellement de tout tiers responsable, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées. ** A l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. *** Après réalisation d'un examen de la refraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique. **** Une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Ces dispositions s'appliquent à partir du 1er janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil. 1 : Le taux de prise en charge s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-co). Ce taux est minoré de 20 % et plafonné à 200% du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale) en vigueur pour les médecins non adhérents. 2 : Les montants de forfaits sont en sus des remboursements S.S. Ces forfaits incluent la prise en charge du ticket modérateur. 3 : Ne concerne pas le régime Alsace Moselle. 4 : Prise en charge du forfait journalier et de la chambre particulière sans limite de durée, sauf pour les établissements médicaux sociaux (maison de retraite à caractère médicalisé, maison d'accueil spécialisée, institut de rééducation et autres types d'établissements de longs séjours). Pour ces hospitalisations, la durée d'indemnisation est limitée à 90 jours non renouvelables par année civile et par bénéficiaire.

TABLEAU DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est calculé en fonction de votre âge atteint au cours de l'année civile de votre adhésion et du niveau de garanties souscrit. La cotisation évolue ensuite chaque année en fonction de l'âge.

VOTRE ÂGE ⁽²⁾	COTISATION MENSUELLE AU 1 ^{ER} JANVIER 2024		
	Niveau 1 Économique	Niveau 2 Renforcé	Niveau 3 Confort
Au 31 décembre de l'année d'adhésion			
jusqu'à 18 ans	18.50 €	34.20 €	45.40 €
19 à 25 ans	28.40 €	54.50 €	60.50 €
26 à 35 ans	31.00 €	59.70 €	66.90 €
36 à 45 ans	34.70 €	66.50 €	74.00 €
46 à 55 ans	47.00 €	75.10 €	82.40 €
56 à 59 ans	54.80 €	91.60 €	100.60 €
60 à 65 ans	62.10 €	107.70 €	117.80 €
66 ans et plus	69.70 €	123.40 €	133.10 €
À partir du 3 ^{ème} enfant et pour le(s) petit(s)-enfant(s) à charge du grand-parent adhérent*			
▶ Gratuité de la cotisation			

RÉDUCTIONS TARIFAIRES

-10%

- > Dès qu'un couple est assuré sur un même contrat
- > Pour le 2^{ème} enfant
- > Pour le parent qui adhère seul et le premier enfant*

*Les réductions et gratuités pour un enfant sont valables tant que ce dernier est âgé de moins de 19 ans et qu'il figure sur la carte de Sécurité sociale du parent ou grand-parent adhérent. (1) Pour les personnes relevant du régime Alsace-Moselle, nous contacter par téléphone. (2) Le calcul se fait par différence de millièmes. L'adhésion doit avoir lieu avant 70 ans (âge réel).

COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS

Pour chaque dépense de santé que vous faites, la Sécurité sociale vous rembourse une partie, puis l'IRCEM Mutuelle se base sur ce remboursement pour apporter un complément suivant le niveau souscrit (dans la limite des dépenses engagées). Vous trouverez sur le site www.ircem.com rubrique garantie santé, le détail des niveaux de remboursements pris en charge par la Sécurité sociale et pris en charge par l'Ircem Mutuelle, pour chacun des exemples donnés dans ce tableau.

Le détail des bases de remboursement de la Sécurité sociale est disponible sur le site www.ameli.fr.

Quelques exemples pour bien comprendre le remboursement des dépenses et votre reste à charge.

EXEMPLE	PRIX MOYEN PRATIQUÉ OU TARIF RÉGLEMENTÉ*	RESTE À CHARGE			PRÉCISIONS ÉVENTUELLES	COMMENTAIRES
		Niveau 1 Économique	Niveau 2 Renforcé	Niveau 3 Confort		
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	422 €	150,30 €	150,30 €	41,62 €		Prix moyen national de l'acte pour un œil
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	463 €	191,30 €	191,30 €	191,30 €		Prix moyen national de l'acte pour un œil
OPTIQUE						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	115 €	0 €	0 €	0 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	356 €	355,85 €	41,97 €	41,97 €	Monture + verres unifocaux simples	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE						
Détartrage	43,38 €	0 €	0 €	0 €		Tarif conventionnel
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	0 €	0 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	434,00 €	254 €	272 €	Panier tarif libre sans prix limite de vente	Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950 €	0 €	0 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille	1 565 €	1 165 €	575 €	552 €		Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	26,50 €	1 €	1 €	1 €		Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	31,50 €	1 €	1 €	1 €		Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	52 €	21,50 €	21,50 €	7,90 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	65 €	41,50 €	41,50 €	36,60 €		Prix moyen national de l'acte

* Dernières données disponibles dans le système national de données de santé (SNDS).

DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'IMPRÉVU*

EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

- > Portage de médicaments en cas d'urgence et d'immobilisation.
- > Une aide à la recherche d'un médecin de garde.

EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE À L'ÉTRANGER

- > Une avance des frais d'hospitalisation.
- > Le remboursement des frais médicaux.

EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 4 JOURS

- > Plan d'aide à la convalescence pour le retour à domicile.
- > Une aide-ménagère à votre domicile.
- > La garde de vos animaux familiers.
- > La garde des personnes dépendantes vivant dans votre foyer.

EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 10 JOURS

- > Mise à disposition d'un service de téléassistance gratuitement pendant 1 mois.



Les **+** de notre Garantie Santé

- > **Pas de questionnaire de santé**
- > **Des remboursements rapides et élevés** pour vos soins courants, vos dépenses optiques et dentaires...
- > **Pas d'avance de frais** grâce au tiers payant
- > **Prise en charge de dépenses non remboursées par la Sécurité sociale** (suivant le niveau souscrit) telles que la chambre particulière à l'hôpital ou en clinique, les médecines douces...
- > **Possibilité de changer votre niveau de garanties chaque année** en fonction de vos besoins (selon les conditions prévues par le règlement mutualiste de la Garantie Santé).

DES SERVICES ET UNE ASSISTANCE QUI PRENNENT SOIN DE VOUS

GARANTIE
SANTÉ



Quel que soit le niveau de garanties souscrit, **vous bénéficiez :**

UN RÉSEAU DE SOINS

> Pour bénéficier de **conditions privilégiées** au sein de réseaux de soins optiques et audioprothésistes partenaires.

UN SERVICE D'ANALYSE DE DEVIS

> Pour **optimiser vos dépenses** sans renoncer à la qualité

► **Des aides pour vous accompagner dans des moments clés de votre vie**

UN FONDS D'ACTION SOCIALE

> Pour continuer à prendre soin de vous en cas de **difficultés passagères**.

DE MEILLEURS REMBOURSEMENTS DES FRAIS DE SANTÉ

Vous avez certainement entendu parler de la **réforme 100% santé**, votée fin 2018, mais vous vous demandez ce que prévoit cette réforme.

Cette réforme instaure des meilleurs remboursements pour certains frais de santé importants. Ainsi, les patients pourront **bénéficier d'équipements dentaires, optiques et auditifs sans déboursier un euro**.

Pour cela l'assurance maladie et les mutuelles interviendront plus largement qu'aujourd'hui.

Son application s'est échelonnée sur 2019, 2020 et 2021.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les opticiens doivent vous proposer **un choix d'équipements optiques intégralement remboursé par l'Assurance maladie et la Mutuelle**.

De même, le panier de soins 100% santé vous permet de couvrir un large choix de prothèses dentaires fixes ou mobiles, avec des matériaux (céramo métallique, céramique monolithique...) dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (distinction entre les dents "visibles" et les dents "non visibles").

A partir du 1^{er} janvier 2021, les équipements auditifs du panier de soins 100% santé seront également intégralement remboursés par l'Assurance maladie et la Mutuelle.

► Pour bénéficier de ces dispositions il faut détenir une complémentaire santé.

INFORMATIONS RELATIVES AUX FRAIS DE GESTION AU TITRE DE LA GARANTIE SANTÉ POUR 2022

1) Ratio Prestations versées / Cotisations encaissées : 70,2 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

2) Ratio Frais de gestion / Cotisations encaissées : 16,0 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Nos garanties sont en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux « contrats responsables et solidaires » et les décrets pris pour son application, et s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonnés.*Les prestations d'assistance sont assurées par Filassistance International. Entreprise régie par le code des assurances. Siège social 108 bureaux de la colline 92213 St Cloud cedex 433 012 689 RCS Nanterre.