

PARTICULIERS



MIEUX COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS

Édition 2019





ÉDITO

Il est souvent difficile de s'y retrouver dans un système de santé français assez complexe. Comprendre l'articulation entre le montant facturé par votre professionnel de santé, la prise en charge de la Sécurité sociale et celle des complémentaires santé n'est pas chose aisée. Nous avons donc élaboré ce guide pour vous aider à mieux comprendre vos remboursements sur les soins les plus coûteux, qu'il reste un montant à votre charge ou qu'il soit totalement couvert dans le cadre de la réforme du 100 % santé.

Le 100 % santé est une réforme qui va vous permettre de vous équiper plus facilement en lunettes et/ou en aides auditives de qualité et de bénéficier de soins dentaires prothétiques esthétiques sans que cela ne vous coûte un centime après remboursement de l'Assurance Maladie et des complémentaires.

Cette réforme entrera progressivement en vigueur au cours des 2 prochaines années et vous pourrez bénéficier de ces prestations en totalité dès le 1^{er} janvier 2021.



Bonne Lecture !



LES REMBOURSEMENTS DENTAIRES

En dentaire, il existe plusieurs types d'actes dont les caractéristiques conditionnent la manière dont ils sont remboursés. On les décrypte pour vous.



LES ACTES
RÈGLEMENTÉS

Les tarifs de ces actes sont réglementés par la Sécurité sociale, par exemple : consultation, détartrage, traitement des caries, dévitalisation d'une dent. Les dentistes, ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires au-delà de ces tarifs (sauf cas exceptionnel). Vous n'aurez donc presque jamais de reste à charge si votre complémentaire santé est responsable.



LES ACTES
PLAFONNÉS

LES ACTES PROTHÉTIQUES 100 % SANTÉ (46 % DES ACTES)

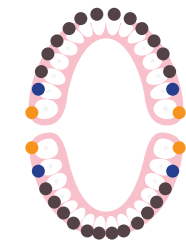
À compter du
1^{er} Janvier 2020

Ils concernent un large choix de prothèses fixes ou mobiles, dont l'esthétique est adaptée à la localisation de la dent. En pratique :

- Une prothèse à effet naturel pour les dents visibles
- Une prothèse métallique pour les dents du fond

Les dentistes ne doivent pas facturer au-delà des tarifs maximums autorisés par la Sécurité sociale. **Vous n'aurez jamais de reste à charge si votre complémentaire santé est responsable.**

ACTES PROTHÉTIQUES POUR LESQUELS VOUS N'AUREZ PAS DE RESTE À CHARGE



- Couronne et bridge métallique
- Couronne céramique
- Couronne et bridge céramo-métallique
- Couronne et bridge métallique
- Couronne céramique zircon
- Couronne et bridge métallique

LES ACTES PROTHÉTIQUES AVEC UN RESTE À CHARGE MAÎTRISÉ (25 % DES ACTES)

Vous pouvez également choisir une prothèse à effet naturel sur une dent non visible (2^e prémolaire et molaire). Les dentistes ne doivent pas facturer au-delà des tarifs maximums autorisés par la Sécurité sociale. **Son panier de remboursement sera toutefois insuffisant pour couvrir votre dépense.** Une complémentaire santé est donc nécessaire pour diminuer votre reste à charge.

Il s'agit des actes dont les tarifs sont fixés librement par le dentiste notamment :

- Les actes prothétiques qui requièrent techniques et matériaux les plus sophistiqués, quelle que soit la localisation de la dent.
- Les actes d'orthodontie
- L'implantologie
- La parodontologie

Ces actes qu'ils soient ou non remboursables par la Sécurité sociale ne sont pas plafonnés. Les tarifs facturés peuvent donc être très élevés et le reste à charge important. Une complémentaire santé sera indispensable pour combler tout ou partie de ces restes à charge.



LES ACTES
LIBRES

EN EXEMPLE, LES AVENTURES DE THIBAUT ET SA FAMILLE

« J'ai trop mal aux dents !!! »



Pauline
10 ans

Ici, c'est la part de l'Assurance Maladie Là, c'est la complémentaire santé



Sans « mutuelle », les soins de Pauline auraient coûté 11,07 € à son père.

La prise en charge de KLESIA dans ce cas est de 11,07 €*.

« Zut ! Je me suis cassé deux dents... »



Thibaut
49 ans

Pour les dents de devant, Thibaut pourra bénéficier d'un matériel de qualité très esthétique, sans reste à charge.

100% SANTÉ



Pour les dents moins visibles, Thibaut aura le choix entre différents matériaux plus ou moins esthétiques avec des restes à charges différents en fonction du matériau choisi.

100% SANTÉ



Sans « mutuelle », Thibaut aurait dû régler au maximum 879,45 € pour l'ensemble de ses soins (dents visibles et non visibles).

TARIF MAÎTRISÉ



TARIF LIBRE



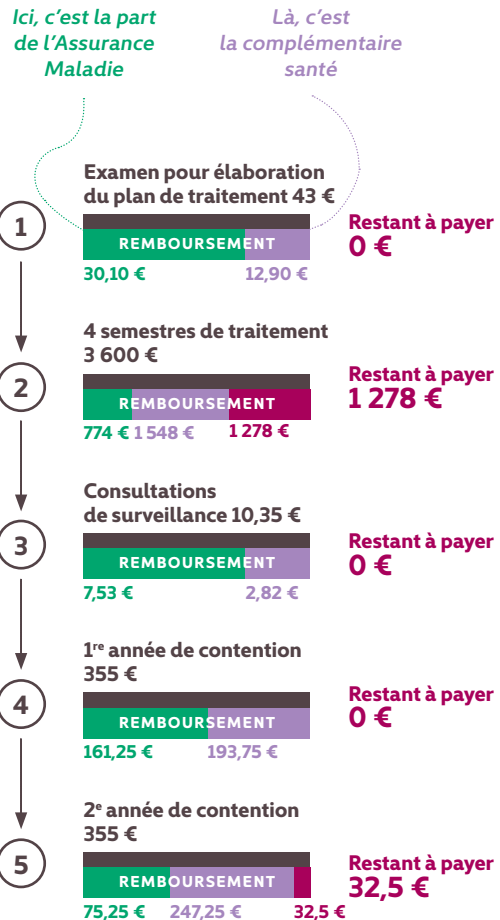
La prise en charge de KLESIA dans ce cas est de 555,75 €*.

* Exemple de remboursement sur la base d'une formule intermédiaire KLESIA

« Marre
des dents
de lapin ! »



Laure
14 ans



Sans « mutuelle »,
les soins
d'orthodontie
de Laure auraient
coûté 3 315,22 €
à son père.

La prise en charge
de KLESIA dans
ce cas est de
2 004,72 €*.

* Exemple de remboursement sur la base d'une formule intermédiaire KLESIA

LES ACTES DE PRÉVENTION

En pratique, il s'agit par exemple :

- d'un examen bucco-dentaire et des soins qui en découlent, dès 3 ans et jusqu'à 24 ans ;
- de l'application de vernis fluoré chez les enfants présentant un risque carieux élevé ;
- du bilan de santé annuel des gencives et du traitement nécessaire en parodontologie chez les patients diabétiques.

Ces actes étant pris en charge par l'Assurance Maladie, vous n'aurez pas ou peu de reste à charge.



BON À SAVOIR

- Grâce à votre contrat santé, vous bénéficiez peut-être sur le poste dentaire d'un réseau de soins (ex. : Santéclair, Itelis etc.) regroupant des professionnels de santé agréés qui peuvent vous proposer des tarifs négociés et des services adaptés à votre besoin. Si c'est le cas, pensez à présenter votre carte de tiers-payant à votre praticien.
- Pour évaluer votre reste à charge, transmettez le devis remis par votre dentiste à votre complémentaire santé.
- Pour bénéficier du remboursement de l'Assurance Maladie, les traitements doivent démarrer avant le 16^e anniversaire de votre enfant.



LES REMBOURSEMENTS DES AIDES AUDITIVES

Seules 15 % des personnes concernées par des problèmes d'audition sont appareillées alors qu'il existe de nombreuses solutions pour pallier la déficience auditive. Décryptage de ce poste de soin coûteux.

LES AIDES AUDITIVES

Il existe 2 classes d'aides auditives qui ont chacune leurs spécificités.

CLASSE I

Il s'agit d'aides auditives de qualité dont les tarifs ont été négociés avec les audioprothésistes :

- Tous les types d'appareils sont concernés
- 12 canaux de réglage disponibles
- 30 jours d'essai avant achat
- 4 ans de garantie
- 3 options au choix
- Prestation de suivi une fois par an minimum

À partir du 1^{er} janvier 2021, vous n'aurez aucun reste à charge pour ces aides auditives discrètes, ergonomiques et performantes.

CLASSE II

Il n'y a pas d'encadrement en matière de qualité pour ce type d'appareil et les prix sont fixés librement par les audioprothésistes. Il s'agit d'aides auditives haut de gamme et très sophistiquées.

La prise en charge de la Sécurité sociale est toujours de 400 €. En revanche, les complémentaires santé ne prendront pas en charge la totalité du complément.

Dans le cadre du contrat responsable, les mutuelles ne peuvent pas rembourser plus de 1 700 € par aide auditive. La plupart du temps, vous aurez donc un reste à charge pour ce type d'appareil.

À compter du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge de la Sécurité sociale sera la même peu importe la classe de l'appareil (400 €). Pour les aides auditives de classe I, la complémentaire santé vient automatiquement prendre en charge le complément pour supprimer le reste à charge.

EN EXEMPLE, LES AVENTURES D'ALINE ET ALEXANDRE

« J'entends de moins en moins la TV ! »



Alexandre, 65 ans

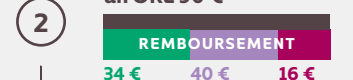
Ici, c'est la part de l'Assurance Maladie
Là, c'est la complémentaire santé

Consultation chez son médecin traitant 25 €



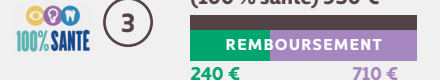
Restant à payer 1 €

Consultation chez un ORL 90 €



Restant à payer 16 €

Équipement de classe I (100 % santé) 950 €



Restant à payer 0 € (Dès 2021)

Sans « mutuelle », Alexandre aurait dû déboursier 774,50 € pour bénéficier d'une aide auditive.

La prise en charge de KLESIA dans ce cas est de 757,5 €.

« Il est temps que je renouvelle mon équipement ! »



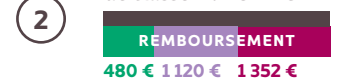
Aline, 41 ans

Consultation chez son médecin traitant pour renouveler son ordonnance 25 €



Restant à payer 1 €

Montant de 2 aides auditives de classe II : 2 942 €



Restant à payer 1 352 €

Sans « mutuelle », Aline aurait dû déboursier 2 480,50 € pour le renouvellement de ses aides auditives.

La prise en charge de KLESIA dans ce cas est de 1 127,50 €.

Pour diminuer son reste à charge, Aline pourra se rendre chez un audioprothésiste partenaire du réseau de soins dont elle dépend.





LES PILES ET ACCESSOIRES

L'utilisation d'aide auditive nécessite l'achat d'accessoires spécifiques et adaptés : embouts auriculaires, écouteurs, microphones, etc. Ils sont en partie pris en charge par l'**Assurance Maladie sur prescription médicale**, en fonction de l'accessoire mais **pas de façon significative**. Il est donc indispensable d'avoir une complémentaire santé **pour alléger votre reste à charge pour ce type d'équipement**.

Attention : vérifiez auprès de votre « mutuelle » si les accessoires dont vous avez besoin sont bien pris en charge et à quelle hauteur

QUAND RENOUVELER MON ÉQUIPEMENT ?

Pour renouveler votre équipement vous aurez besoin d'une nouvelle ordonnance. Selon la loi, les complémentaires santé sont limitées dans le remboursement des aides auditives.

La durée de vie moyenne d'une aide auditive est de 5 ans. Toutefois, il vous est possible de renouveler son appareil tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Un renouvellement anticipé peut intervenir sous deux conditions cumulatives :

- Le renouvellement doit intervenir après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente ;
- l'aide auditive doit être hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

💡 BON À SAVOIR

- Une fois l'appareillage prescrit par votre ORL ou votre médecin traitant, c'est à l'audioprothésiste que vous devez vous adresser pour vous équiper d'une correction auditive. Peu importe l'enseigne que vous choisissez, que ce soit pour des raisons financières ou de proximité, l'audioprothésiste qui vous prendra en charge a l'obligation d'assurer un suivi indissociable de la vente du matériel. Cette prestation et son montant doivent par ailleurs figurer obligatoirement dans le devis normalisé qu'il doit vous fournir avant l'achat.
- Que vous consultiez un ORL ou un médecin généraliste, vous serez remboursé, à condition d'avoir déclaré un médecin traitant. Renseignez-vous sur le conventionnement de votre ORL et ses tarifs avant consultation, afin d'anticiper les éventuels frais qui resteraient à votre charge après remboursement.



LES REMBOURSEMENTS OPTIQUES

L'optique est un poste de soins coûteux et peu remboursé par la Sécurité sociale.

Voici quelques éclairages sur la prise en charge des principaux soins et prestations de ce poste.

LES LUNETTES

Au 1^{er} janvier 2020, il existera 2 catégories de lunettes avec des prises en charge différentes de la part de la Sécurité sociale et des complémentaires santé, dans le cadre de la réforme 100 % santé :

CLASSE A

Les tarifs des verres et des montures de classe A ont été négociés auprès des professionnels de santé et la qualité de ces équipements est encadrée par les pouvoirs publics.

Chez chaque opticien, vous pourrez ainsi bénéficier de :

- 34 montures esthétiques à 30 €
- De verres de qualité amincis, couvrant tous les problèmes de vue, tous les types de verres et avec une protection anti-reflet et anti-rayure.

Vous n'aurez aucun reste à charge si vous optez pour ce type d'équipement (une monture et 2 verres), peu importe la correction et le type de verres dont vous avez besoin, à condition d'être titulaire d'une complémentaire santé qui compensera automatiquement la part non prise par la Sécurité sociale.

CLASSE B

Il n'y a pas d'encadrement en matière de qualité pour ce type d'équipement et les prix sont fixés librement par les professionnels de santé. La plupart du temps, vous aurez un reste à charge pour ce type d'équipement.

La prise en charge de la Sécurité sociale n'étant que de 9 centimes, dans ce cas, il est indispensable d'avoir une complémentaire santé pour alléger votre reste à charge. Notez que les mutuelles responsables ne peuvent pas tout prendre en charge comme pour les montures où le seuil de remboursement est fixé à 100 € maximum.

Pour le diminuer davantage, vous pouvez aussi vous rendre chez un opticien partenaire du réseau de soin dont vous dépendez.

BON À SAVOIR

Vous avez également la possibilité de « panacher » votre équipement et ainsi de choisir la monture que vous souhaitez (classe B) avec des verres 100 % pris en charge (classe A) ou une monture dont le prix est plafonné (classe A) avec des verres de votre choix, à tarifs libres (classe B).

EN EXEMPLE, LES AVENTURES DE THIERRY ET SA FAMILLE

« J'ai toujours mal aux yeux et à la tête après l'école ! »



Leila,
8 ans



Ici, c'est la part de l'Assurance Maladie

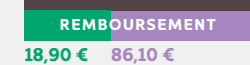
Là, c'est la complémentaire santé

Consultation chez un ophtalmologue 50 €



Restant à payer 0 €

Équipement de classe A (100 % santé) 105 €



Restant à payer 0 €

Sans « mutuelle », l'équipement de Leila aurait coûté 115,10 € à ses parents.

La prise en charge de KLESIA dans ce cas est de 115,10 €.

« Est-ce que je change de corrections pour mon renouvellement de lunettes et de lentilles ? »



Nicolas,
26 ans



Adaptation chez l'opticien pour des verres de classe 10 €



Restant à payer 0 €

Montant d'un an de lentilles journalières 500 €



Restant à payer 160,52 €

Équipement de classe A (100 % santé) 125 €



Restant à payer 0 €

Sans « mutuelle », les prestations dont a bénéficié Nicolas lui auraient coûté 582,81 €.

La prise en charge de KLESIA dans ce cas est de 422,29 €.

Au prix des lentilles, il faudra également ajouter le prix des produits d'entretien, d'une paire de lunette « de secours » ainsi que le coût d'adaptation (3 ou 4 rendez-vous) pour trouver le meilleur type de lentilles et apprendre à les manipuler.





LES LENTILLES

Le prix des lentilles varie en fonction du type de lentilles (souples, rigides, progressives, mensuelles, journalières, etc.) et du type de correction (myopie, hypermétropie ou astigmatisme).

La Sécurité sociale ne prend en charge qu'une partie du coût des lentilles et seulement dans quelques cas :

Le prix moyen annuel pour l'achat de lentilles de contact (pour les deux yeux) varie entre 130 et 900 € et est fixé librement, sans plafonnement.

Vos lentilles, remboursées ou non par la Sécurité sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement partiel ou total, à condition de bénéficier d'une complémentaire santé qui prend en charge ce type de prestation.

Pensez à vérifier auprès de votre « mutuelle » si les lentilles sont bien prises en charge, y compris celles non remboursées par la Sécurité sociale et à quelle hauteur.

LA CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Aujourd'hui, de plus en plus de troubles visuels peuvent être corrigés grâce à la chirurgie réfractive : myopie, hypermétropie, astigmatisme et même parfois la presbytie. Cette technologie a cependant un coût qui n'est pas neutre car, **considérée comme une opération de confort, elle n'est pas remboursée par la Sécurité sociale (sauf pour la cataracte).**

Compris entre 2 000 et 3 000 € pour les deux yeux, les tarifs de ce type d'opération sont fixés librement par les professionnels de santé. Vous pouvez toutefois bénéficier d'une prise en charge partielle de l'opération, pour alléger son coût, à condition d'avoir une complémentaire santé qui prend en charge ce type de prestation.

Pensez à vérifier auprès de votre « mutuelle » si la chirurgie réfractive est bien prise en charge, à quelle hauteur et pour quelles pathologies.

« Oh, mais j'y vois de moins en moins depuis un moment ! »



Thierry, 55 ans

1

Consultation chez un ophtalmologue 80 €

REMBOURSEMENT
15,10 € 29,90 € 35 €

Restant à payer
35 €

2

Paire avec une monture classe A et des verres classe B 330 €

REMBOURSEMENT
32,43 € 247,57 € 50 €

Restant à payer
50 €

CVN
100% SANTÉ

Sans « mutuelle », les prestations dont a bénéficié Thierry lui auraient coûté 362,47 €.

La prise en charge de KLESIA dans ce cas est de 277,47 €*.

Pour diminuer son reste à charge, Thierry pourra se rendre chez un opticien partenaire du réseau de soins dont il dépend.

Renseignez-vous sur le conventionnement de votre médecin et ses tarifs avant la consultation, afin d'anticiper les éventuels frais qui resteraient à votre charge après remboursement.



* Exemple de remboursement sur la base d'une formule intermédiaire KLESIA

QUAND RENOUVELER MON ÉQUIPEMENT ?

Une ordonnance prescrivant une correction visuelle est valable :

- 1 an, pour les moins de 16 ans ;
- 5 ans, de 16 à 42 ans ;
- 3 ans, pour les plus de 42 ans.

Selon la loi, les complémentaires santé sont limitées dans le remboursement des lunettes.

Il est possible de renouveler son équipement :

- tous les 2 ans, pour les adultes et les enfants de plus de 16 ans ;
- tous les ans, pour les enfants de 6 ans à 16 ans ;
- tous les 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans.

Il existe également des cas de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue :

- un an, pour les adultes et les enfants de plus de 16 ans ;
- à tout moment, pour les enfants de moins de 16 ans et en cas de situation médicale particulière.



BON À SAVOIR

Depuis 2016, un opticien peut, après un bilan visuel, renouveler vos lunettes et lentilles en les adaptant à votre vue sans nouvelle ordonnance ni examen de l'ophtalmologue (à condition que la date de moins de 3 ans). Gardez-la donc précieusement !

La prise en charge de cette « prestation d'adaptation » dépend du type de correction choisi :

- pour un équipement sans reste à charge (classe A)
- et partiellement si vous choisissez un équipement dont les tarifs ne sont pas encadrés (classe B).

À CHAQUE
ÉTAPE DE VIE
UN BESOIN



À CHAQUE
BESOIN
UNE SOLUTION

Santé – Prévoyance – Retraite

KLESIA est à vos côtés à chaque étape de votre vie. Découvrez nos solutions Santé : des garanties et des services pour vous protéger vous et vos proches. Plus d'informations sur klesia.fr/particulier

KLÉSIA
PROTECTION ET INNOVATION SOCIALES