



100% SANTÉ

Des soins pour tous, 100% pris en charge

**Dossier
de presse**

Décembre 2019



Sommaire

100% SANTE : des soins pour tous, 100 % pris en charge	P.4
100% SANTE OPTIQUE : une offre disponible dès le 1 ^{er} janvier 2020.....	P.6
100% SANTE DENTAIRE : un premier panier disponible dès le 1 ^{er} janvier 2020	P.10
100% SANTE AUDIOLOGIE : un remboursement supplémentaire des aides auditives	P.14

100% SANTÉ

des soins pour tous, 100% pris en charge

Donner à tous les Français un accès à des soins de qualité pris en charge à 100%, dans le domaine de l'optique, des aides auditives et du dentaire constitue un des engagements du président pendant la campagne.

Depuis 2019, après négociations avec les différents acteurs de la santé et professionnels des secteurs concernés, cette réforme majeure pour le quotidien des Français se met en place progressivement et ce, jusqu'en 2021.

Quel que soit le secteur concerné, les principes retenus sont les mêmes : proposer un ensemble de prestations de soins identifiées (panier) répondant aux besoins de santé nécessaires – **bien voir, bien entendre et soigner son hygiène bucco-dentaire** – avec une garantie de qualité.

Cette offre sera accessible à tous les Français ayant adhéré à un contrat de complémentaire santé responsable, et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie et les complémentaires en santé, donc sans reste à payer pour les patients. Ces derniers pourront néanmoins, s'ils le souhaitent, opter pour d'autres prestations non prises en charge à 100%.

100% Santé garantit ainsi l'accès de tous les Français aux soins dans les secteurs de l'optique, du dentaire et des aides auditives. Il s'agit d'un projet global d'amélioration de l'accès aux soins qui, au-delà des questions de remboursement, traite de l'ensemble des aspects touchant à la prévention ou à l'organisation des filières.



Comment cette réforme se met-elle en place ?

Les professionnels de santé des trois secteurs et les complémentaires santé sont les principaux partenaires de cette nouvelle réforme. C'est avec eux et avec les fabricants des dispositifs médicaux que se sont construites les offres pour qu'elles répondent à la volonté du gouvernement de les rendre disponibles partout, quels que soient l'opticien, l'audioprothésiste ou le dentiste.

En parallèle de la mise en place de l'offre, le gouvernement continue de travailler, avec les professionnels, à l'amélioration de l'accès aux soins et de la prévention et au développement de modes d'organisation des soins plus efficaces.

La mise en place du "100% Santé" se déploie progressivement sur 3 ans

Depuis le 1^{er} janvier 2019, **dans le secteur des aides auditives**, les assurés peuvent bénéficier de paniers d'offres de mieux en mieux remboursés avec une diminution de leur reste à charge de 200€ par appareil. En 2020, une nouvelle diminution de 250€ du reste à charge moyen par appareil va intervenir et ce jusqu'au remboursement total, sans reste à charge, à l'horizon 2021.

Depuis avril 2019, **le secteur dentaire** a mis en place de nouvelles mesures permettant d'améliorer l'accès aux soins dentaires, résultat d'un accord entre l'Assurance Maladie et les représentants des dentistes.

Les soins dits conservateurs (comme la restauration d'une dent ou la reconstitution de la forme de la dent) ont été revalorisés pour les dentistes tout en étant toujours intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie et les complémentaires santé, sans reste à charge supplémentaire pour l'assuré. Il est en effet important d'encourager des soins qui préservent les dents naturelles plutôt que de les remplacer par des prothèses.

Par ailleurs, les tarifs d'un ensemble d'actes prothétiques sont dorénavant plafonnés. Cela signifie que les dentistes s'engagent à ne pas dépasser un tarif fixé pour certains types d'actes. De plus, une majoration spécifique pour les séances de soins dispensés aux patients en situation de handicap lourd a été créée afin de faciliter leur prise en charge par les dentistes.

Enfin, dès le 1^{er} janvier 2020, **les opticiens** proposeront 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 la complémentaire santé.

Cette réforme constitue un double progrès sanitaire et social pour nos concitoyens. Elle contribue à consolider notre modèle de protection sociale contre la maladie, fondé sur l'égal accès aux soins de tous.





100% SANTÉ

DES SOINS POUR TOUS,
100% PRIS EN CHARGE

OPTIQUE

Une offre disponible dès le 1^{er} janvier 2020

Le taux de renoncement pour des raisons financières aux équipements d'optique s'établit à 10,1 % en moyenne. Il est de 17 % pour les 20 % de Français avec les revenus les plus faibles⁽¹⁾.

Pour que les assurés ne renoncent plus à ces soins, l'offre 100% santé optique sera disponible à partir du 1^{er} janvier 2020 (au plus tard à la date du renouvellement du contrat de complémentaire santé) et va tout changer pour les assurés porteurs de lunettes. Avec cette offre, changer de lunette sur prescription médicale sera totalement remboursé.

Le panier 100% Santé optique

La monture

L'accès à des montures sans reste à charge sera possible pour des montures dont le prix est inférieur ou égal à 30€, tarif correspondant à des montures de qualité déjà présentes sur le marché.

Les verres

Les verres sont catégorisés en deux classes : la classe A qui constitue l'offre 100% Santé et exclut tout reste à charge, et la classe B au sein de laquelle les prix sont libres.

Les équipements proposés en classe A répondent à tous les besoins de correction visuelle. Ce sont des équipements de qualité tant par leur esthétique (amincissement, appairage en cas de besoin) que par leurs performances techniques (verres anti-rayures, verres anti-reflets).

Pour s'assurer du respect de ce minimum qualité, les verres qui sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sont référencés.

Par ailleurs, la prestation de renouvellement ou d'adaptation de votre ordonnance par l'opticien est intégralement prise en charge dans le cadre de l'offre 100% Santé.

L'opticien devra dorénavant proposer obligatoirement et mettre en avant des lunettes 100% Santé respectant les normes européennes :

- au minimum 17 modèles différents de montures adultes en 2 coloris différents et 10 modèles de montures enfants en 2 coloris également ;
- des verres (amincis, anti-reflets et anti-rayures) et traitant l'ensemble des troubles visuels avec des prix plafonnés.

Les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont revalorisées et recentrées sur cette offre pour assurer la qualité des équipements proposés. Les contrats responsables devront intégralement les couvrir à compter du 1^{er} janvier 2020.

Selon votre organisme de complémentaire santé, vous pouvez bénéficier du tiers payant. Vous pouvez vous renseigner auprès de celui-ci.

(1) Source : SNDS et INSEE 2014.

(2) Contrats représentant la très grande majorité des contrats offerts sur le marché. Renseignez-vous auprès de votre organisme de complémentaire santé.

Un devis obligatoire

Tous les opticiens ont l'obligation, à partir du 1^{er} janvier 2020, de présenter un devis normé comportant a minima un équipement 100 % Santé. Ce devis précisera, notamment, les tarifs de chaque composante des lunettes, les traitements sur les verres, les éventuels suppléments et les prestations réalisées par l'opticien (prestation d'appairage ou encore de renouvellement de l'équipement). Ce document présentera également des explications sur la réforme ainsi que sur les différentes garanties qui sont attachées aux lunettes.

Il pourra également faire le choix inverse en prenant un équipement composé de verres en dehors de l'offre 100% Santé et d'une monture 100% Santé. Cet équipement est alors remboursé dans les conditions prévues par son contrat de complémentaire Santé responsable, la monture de l'offre 100% Santé étant obligatoirement et intégralement prise en charge.

L'assuré restera libre dans son choix et pourra également "combiner" ses lunettes, c'est-à-dire choisir des verres du panier 100% Santé, donc sans reste à charge, et une monture correspondant à ses choix esthétiques en dehors de l'offre 100% Santé. Son équipement lui sera remboursé, dans les conditions prévues par son contrat d'assurance complémentaire, dans la limite de 100€ pour sa monture.

Où trouver les informations sur le devis ?

Partie à remplir par le professionnel de santé qui, en plus de son identification, doit préciser la date de réalisation du devis, sa durée de validité ainsi que la date de la prescription médicale de l'assuré et la qualité de la délivrance.

Un texte explicatif sur la réforme vous sera proposé dans le devis.

Ce tableau précise également les prestations qui vous seront proposées ainsi que les éventuels suppléments réalisés sur les lunettes.

ANNEXE II. 1 - DEVIS NORMALISÉ EN OPTIQUE MÉDICALE
(à délivrer au patient avant tout achat de produits d'optique médicale)
(article L.165-9 du code de la sécurité sociale et L.112-1 du code de la consommation)

Nom de l'entreprise
Opticien responsable (prénom, nom)
Adresse d'exercice
Tel
Courriel
N° d'identification ADEL1 ou RPPS

N° du devis
Date et lieu d'émission : .../.../... à .../.../...
Valable jusqu'au (validité d'au moins 2 mois) : .../.../...

Logo commercial

Patient (prénom, nom)
N° de sécurité sociale
Organisme complémentaire d'assurance maladie (facultatif)

Date de la prescription médicale préalable obligatoire : .../.../...
(sauf urgence)
Première délivrance :
Renouvellement : non anticipé anticipé à l'identique
anticipé avec adaptation

Vous pouvez opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre 100% santé et d'une monture d'une autre offre, ou inversement.

1. Offre 100% santé :

Équipements proposés sans reste à charge : les équipements proposés répondent à des exigences de qualité définies après avis de la Haute Autorité de santé. Le professionnel de santé s'engage à respecter le prix limite de vente défini. Ces équipements couvrent les besoins essentiels de la très grande majorité des patients. Ils sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire dès lors que vous êtes couvert par un contrat dit « responsable », contrat qui représente la grande majorité de ceux vendus sur le marché, ou par la CMU-c.

		Prix HT	Prix TTC	Rbat SS	Rbat compl et surcompl. 2
Monture (code de regroupement)	Nom et adresse du fabricant ou du mandataire si fabricant hors UE, marque, modèle, référence commerciale du catalogue du fabricant ; Lieu de fabrication : UE ou hors UE (facultatif) ; Caractéristiques essentielles, notamment : matériaux.				
Verre droit (code de regroupement)	Nom et adresse du fabricant ou du mandataire si fabricant hors UE, marque, modèle, référence commerciale du catalogue du fabricant ; Lieu de fabrication : UE ou hors UE (facultatif) ; Caractéristiques essentielles, notamment : -traitement ; -matériau ; -indice.				
Verre gauche (code de regroupement)	<i>Mentionner les points sur lesquels le descriptif technique détaillé du verre gauche diffère de celui du verre droit.</i>				

1.2. Prestation associée à la prise en charge d'un nouvel équipement :
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance médicale et sauf opposition du médecin mentionnée expressément sur l'ordonnance².

1.3. Prestation d'appairage :
Lorsqu'une correction différente entre les deux yeux nécessite des verres d'indices de réfractions différents, une prestation d'appairage peut être proposée. Cette prestation est intégralement prise en charge par l'assurance maladie et votre contrat de complémentaire santé responsable, sans aucun reste à charge.

1.4 Suppléments :

Sous-total offre 100% santé :

Montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire : _____

Montant pris en charge par l'organisme complémentaire d'assurance maladie, si connu³ : _____

Montant total du reste à charge, si connu : _____

2. Autre offre :

		Prix HT	Prix TTC	Prix après remise	Rbat SS	Rbat compl et surcompl. 2
Monture (code de regroupement)	Nom et adresse du fabricant ou du mandataire si fabricant hors UE, marque, modèle, référence commerciale du catalogue du fabricant ; Lieu de fabrication : UE ou hors UE (facultatif) ; Caractéristiques essentielles, notamment : matériaux.					

² Seuls les produits et prestations d'optique médicale remboursables par la Sécurité sociale peuvent être mentionnés dans cette rubrique.

Partie à remplir par l'assuré. La mention sur l'organisme de complémentaire santé n'est à remplir qu'en cas d'accord explicite de transmission à l'OC.

Le prix de vente HT et TTC des dispositifs choisis sera précisé dans ces colonnes ainsi que les montants qui seront pris en charge.

Les caractéristiques des produits proposés seront indiquées dans cet encadré.

Lorsque ce sera possible, le professionnel de santé précisera votre reste à charge sur l'équipement proposé.

7

Des explications vous sont apportées sur les différentes garanties comprises avec l'achat de vos lunettes. L'opticien-lunetier pourra également vous proposer des garanties supplémentaires dont les caractéristiques et le prix sera indiqué dans le tableau ci-dessous.

Cet encadré ne doit être rempli qu'une fois votre choix arrêté. Il vous engage dans l'achat de l'équipement choisi. Votre opticien-lunetier devra également en remplir une partie.

Verre droit (code de regroupement)	Nom et adresse du fabricant ou du mandataire si fabricant hors UE, marque, modèle, référence commerciale du catalogue du fabricant ; Lieu de fabrication : UE ou hors UE (facultatif) ; Caractéristiques essentielles, notamment : -traitement ; -matériau ; -indice.			
Verre gauche (code de regroupement)	Mentionner les points sur lesquels le descriptif technique détaillé du verre gauche diffère de celui du verre droit.			
2.2. Prestation associée à la prise en charge d'un nouvel équipement :				
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance médicale et sauf opposition du médecin mentionnée expressément sur l'ordonnance ² .				
2.3. Suppléments :				
		Sous-total autre offre :		
Montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire :				
Montant pris en charge par l'organisme complémentaire d'assurance maladie, si connu ³ :				
Montant total du reste à charge, si connu :				
3. Garanties et autres prestations :				
Plusieurs garanties sont attachées à votre équipement :				
- garantie minimale de 2 ans assurée par l'opticien sur toute monture éligible à l'offre 100% santé , y compris dans le cadre d'une offre « mixte ». Cette garantie couvre un seul remplacement total ou partiel de votre monture en cas de casse pendant une période de 2 ans. Elle exclut les cas de rayure, utilisation anormale ou contraire à une utilisation conforme, adaptée et régulière du produit.				
- garantie adaptation de 3 mois s'appliquant aux verres progressifs éligibles à l'offre 100% santé , y compris dans le cadre d'une offre « mixte ». Elle garantit le changement des verres par l'opticien dans les 3 premiers mois d'utilisation en cas d'inadaptation visuelle.				
- garantie légale de conformité et garantie légale des vices cachés applicables aux produits qui vous sont délivrés, conformément aux articles L.217-4 et suivants du code de la consommation et 1641 et suivants du code civil.				
Garanties commerciales le cas échéant	Caractéristiques essentielles, notamment : contenu, durée.	Prix HT	Prix HT après remise	Prix TTC
Frais de livraison le cas échéant	Caractéristiques essentielles, notamment : délai.			
Sous-total				
Outre les prestations ci-dessus facturables par l'opticien, d'autres prestations sont associées à la délivrance de votre équipement et sont comprises dans le prix : conseils et évaluation de vos besoins standards, gestion administrative de votre dossier, prises de mesure permettant la réalisation de la commande du verre, centrage et ajustage de votre équipement, taillage et montage des verres, mise en condition d'usage et ajustage lors de la délivrance, conseil d'entretien et d'hygiène.				
Autres informations pouvant figurer sur un document à part (acompte, conditions générales de vente, réserves éventuelles du professionnel, etc.) ou un second devis (double équipement vision de loin/vision de près, autres produits et prestations).				
		Prix HT	Prix HT après remise	Prix TTC
Total général correspondant à votre choix :				
Montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire :				
Montant pris en charge par l'organisme complémentaire d'assurance maladie, si connu ³ :				
Montant total du reste à charge, si connu :				
Ce devis vous est remis pour information. En cas d'acceptation de votre part, une signature vous sera demandée, afin de valider la commande et formaliser votre engagement. La date de facturation marque la délivrance de l'équipement.				
Nom, prénom et signature de l'opticien ayant participé à la réalisation du devis :				
Signature du patient lors de l'acceptation des conditions du devis ⁴ (précédée de la mention « bon pour accord » et de la date) :				

Un rappel des prestations attachées à votre équipement sera fait dans cet encadré.

Comment bénéficier de l'offre 100% Santé optique ?

Comme avant la réforme, la prise en charge des lunettes, y compris quand elles sont choisies dans l'offre 100% Santé optique, sera disponible sur prescription médicale auprès de chaque opticien.

Renouvellement et remboursement

La prise en charge des équipements d'optique est soumise à une période minimale avant laquelle il n'est pas possible d'obtenir un nouveau remboursement.

Ainsi pour les adultes et enfants de 16 ans ou plus, cette prise en charge sera renouvelable tous les deux ans. Pour les moins de 16 ans, elle sera renouvelable tous les ans voire tous les six mois pour les enfants de 6 ans et moins.

En cas d'évolution de la vue du patient ou de pathologies spécifiques, des dérogations seront permises dans certaines situations avec une prescription médicale, donnant lieu au renouvellement par l'opticien de l'équipement complet ou des verres correcteurs selon les cas.

Prescription

Le renouvellement de la prescription pourra se faire :

- soit par un médecin (ophtalmologiste, autres) ;
- soit adaptée par un opticien dans un délai de cinq ans pour les personnes entre 16 et 42 ans, dans un délai de trois ans pour les personnes de plus de 42 ans ou dans un délai de un an pour les enfants de moins de 16 ans après la dernière prescription ophtalmologique.

À partir de 2020, remboursement intégral de l'offre 100% Santé⁽¹⁾

⁽¹⁾ Valable uniquement sur les prestations de soins et d'équipements 100% Santé, 100% pris en charge après remboursement par l'Assurance Maladie et les complémentaires santé.



En pratique

Édith, 52 ans, a besoin d'une nouvelle paire de lunettes pour corriger sa presbytie.

Avant la réforme

Édith paie sa monture et ses verres	540 €
La Sécurité sociale et sa complémentaire lui remboursent	420 €⁽²⁾
Il reste à sa charge	120 €

Après la réforme, à partir de 2020

Si Édith choisit des montures et des verres dans le panier 100% Santé

Elle paiera sa monture et ses verres	210 €
La Sécurité sociale et sa complémentaire lui remboursent	210 €
Il restera à sa charge	0 €

⁽²⁾ Montants basés sur les remboursements moyens constatés de 420 € (Assurance Maladie : 15 € et complémentaire santé : 405 €).



100% SANTÉ

DES SOINS POUR TOUS,
100% PRIS EN CHARGE

DENTAIRE

Le 100% Santé dentaire garanti pour les couronnes et bridges au 1^{er} janvier 2020

Actuellement en France, le reste à charge sur les soins dentaires est encore élevé et se situe à 23 %⁽³⁾. Il se concentre notamment sur les prothèses dentaires, c'est-à-dire les couronnes, les bridges, et les dentiers, donnant lieu à un important niveau de renoncement aux soins : en effet ce dernier concerne plus d'une personne sur six⁽⁴⁾ (17%) dans notre pays.

Or, ces renoncements peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé globale des assurés comme sur leur vie professionnelle et sociale⁽⁵⁾.

Par exemple, une dent manquante, y compris lorsqu'elle est située dans une partie non visible de la bouche, peut avoir des conséquences sur la qualité de la mastication et donc de la digestion mais aussi en matière d'hygiène bucco-dentaire. C'est pour cela qu'il est important de disposer d'une dentition complète, quelles que soient ses ressources.

L'objectif de la mesure est donc de développer l'accès de tous aux soins dentaires, avec la mise en place du panier "100% Santé" dentaire, qui se fera en plusieurs temps :

- dès le 1^{er} janvier 2020, 8 prothèses dites "fixes" (couronnes et bridges) seront intégralement remboursées ;
- à compter du 1^{er} janvier 2021, 50 autres prothèses dites "fixes" (couronnes et bridges) et "amovibles" (dentiers) entreront dans le panier de soins sans reste à charge.

Le panier 100% Santé dentaire

La convention, signée le 21 juin 2018 entre les représentants des chirurgiens-dentistes, l'Assurance Maladie et l'Union nationale des organismes complémentaires (UNOCAM), a défini **trois paniers de soins prothétiques** :

- **un panier "100% Santé"**, comprenant des prothèses dentaires intégralement remboursables par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, soit sans aucun reste à charge pour l'assuré ;
- **un panier aux tarifs maîtrisés**, comprenant des prothèses dentaires dont les prix sont plafonnés. Dans ce cas, il peut y avoir un reste à charge modéré pour l'assuré en fonction des conditions de remboursement prévues par son contrat d'assurance complémentaire ;
- **un panier aux tarifs libres** pour les autres actes, avec un reste à charge plus conséquent pour l'assuré qui devra s'informer sur les conditions de remboursement prévues par son contrat de complémentaire santé.

Pour créer ces différents paniers, la même convention a acté le plafonnement progressif d'environ deux tiers des actes prothétiques, qui étaient jusqu'alors aux tarifs libres, afin qu'ils puissent intégrer les paniers "100% Santé" ou aux tarifs maîtrisés. Ce plafonnement se déroule en plusieurs étapes, selon le calendrier suivant :

- au 1^{er} janvier 2020, 14 prothèses entreront dans les paniers de soins "100% Santé" (8) et aux tarifs maîtrisés (6) ;
- au 1^{er} janvier 2021, 54 prothèses entreront dans les paniers de soins "100% Santé" (50) et aux tarifs maîtrisés (4) ;
- au 1^{er} janvier 2022, 57 prothèses entreront dans le panier de soins aux tarifs maîtrisés.

(3) Baromètre de renoncement aux soins Odenore – chiffres de 2015.

(4) Selon l'enquête Irdes – ESPS – juin 2014 renoncements aux soins en 2012.

(5) Cf. baromètre Odenore sur les renoncements aux soins pour le compte de l'Assurance Maladie.

Concrètement, le panier "100% Santé" s'applique à partir du 1^{er} janvier 2020 :

- aux couronnes céramo-métalliques pour les dents visibles, soit les incisives, les canines et les premières prémolaires ;
- aux couronnes en zircone pour ces mêmes dents visibles (incisives, canines et prémolaires) ;
- aux couronnes métalliques pour toutes les dents ;
- aux bridges céramo-métalliques remplaçant une incisive.

Le panier "100% Santé", intégralement pris en charge pour l'assuré lorsque ce dernier a souscrit un contrat de complémentaire santé responsable⁽⁶⁾, permet d'offrir un choix de prothèses fixes ou amovibles, avec des matériaux dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent.

Attention, le reste à charge zéro s'applique seulement si le chirurgien-dentiste ne facture pas au-delà des montants plafonnés autorisés.

Ce qui change en 2020

COURONNES CÉRAMIQUES*

Reste à charge :

- Aujourd'hui : 195 € en moyenne
- À partir de 2020 : 0 €

- incisives
- canines
- 1^{ères} prémolaires

Prix plafond au 1^{er} janvier 2020 : 500 €

COURONNES EN ZIRCONÉ

Reste à charge :

- Aujourd'hui : 115 € en moyenne
- À partir de 2020 : 0 €

- incisives
- canines
- prémolaires

Prix plafond au 1^{er} janvier 2020 : 440 €

COURONNES MÉTALLIQUES

Reste à charge :

- Aujourd'hui : 0 € pour la plupart des assurés ayant un contrat de mutuelle standard
- À partir de 2020 : 0 €

- toutes les dents

Prix plafond au 1^{er} janvier 2020 : 290 €

BRIDGES CÉRAMOMÉTALLIQUES**

Reste à charge :

- Aujourd'hui : 650 € en moyenne
- À partir de 2020 : 0 €

- incisives

Prix plafond au 1^{er} janvier 2020 : 1 465 €

• incisives • canines • prémolaires • molaires
 * Couronnes céramométalliques ou couronnes céramiques monolithiques (hors zircone).
 ** Bridges céramométalliques

Conception : D30XT

Un devis obligatoire

À compter du 1^{er} janvier 2020, tous les chirurgiens-dentistes conventionnés doivent systématiquement mentionner dans leur devis un plan de traitement "100% Santé" quand il existe.

Un modèle de devis-type⁽⁷⁾ (voir modèle ci-après) a été élaboré avec les chirurgiens-dentistes pour apporter plus de lisibilité sur les plans de traitement.

Concrètement à partir du 1^{er} janvier 2020, après examen médical, le chirurgien-dentiste propose un plan de traitement. Dans un devis-type, il décrit le traitement proposé ainsi que les différents matériaux utilisés. Il y précise la nature de l'acte⁽⁸⁾. Si le chirurgien-dentiste propose un ou des actes avec un reste à charge (après intervention de la complémentaire), il **doit obligatoirement faire figurer dans la partie "information alternative thérapeutique" du devis, les actes réalisables sans reste à charge (panier "100% Santé")** ou, à défaut, avec un reste à charge maîtrisé, quand ils existent.

Lorsque l'acte n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne "Base de remboursement" de l'assurance maladie obligatoire la mention "NR" pour "non remboursable".

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.

Bon à savoir : si le chirurgien-dentiste est tenu d'informer le patient des soins proposés dans le cadre du "100% Santé" et/ou aux tarifs maîtrisés dans son devis, il n'est pas en revanche dans l'obligation de réaliser lui-même ces actes. Il devra en informer son patient.

(6) Les contrats de complémentaire santé responsables constituent la très grande majorité des contrats de complémentaire santé. L'assuré doit se renseigner auprès de sa complémentaire santé.

(7) Défini par l'avenant 3 à la Convention dentaire, signée par les représentants des chirurgiens-dentistes, le 26 novembre 2019.

(8) Conformément à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature générale des actes et prestations – NGAP).

Où trouver les informations sur le devis ?

Le chirurgien-dentiste remplit les informations le concernant lui et son patient. Il indique la date du devis et la date de fin de validité de ce dernier.

La légende explicative permet d'identifier les numéros correspondant aux paniers "100% santé" (1), aux tarifs maîtrisés (2) et aux tarifs libres (3).

Le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il propose et les différents matériaux utilisés.

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE Page 1x
conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 août 2019)

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom :
 Identifiant du praticien RPPS : [.....] N°Adel : [.....] ou
 N° de l'établissement (FINESS) : [.....]
 Raison sociale et adresse :

Date du devis : -.-.-.-.-
 Validité jusqu'à (sans mesure de modification réglementaire) : -.-.-.-.-

Ce devis contient pages indissociables
 Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : Date de naissance : -.-.-.-.-
 N° de Sécurité sociale du patient :

A remplir par l'assuré et celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat.

Nom de l'organisme complémentaire :
 N° de contrat ou d'adhésion :
 Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Lieu de fabrication du dispositif médical : au sein de l'Union Européenne hors Union Européenne
 sans sous-traitance du fabricant avec une partie de la réalisation du fabricant sous traité au sein de l'Union Européenne hors Union Européenne
A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

Légende explicative du devis :

Matériaux et normes	1	2	3	4	5	6
HN = Hors Noncensure.	Alliage précieux NF EN ISO 22874 2016	Alliage non précieux ISO 22874 2016	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	sauf reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
4	Complémentaire santé solidaire	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire

Identification du chirurgien-dentiste traitant Page 2x
 N° Identifiant du praticien RPPS : [.....] N°Adel : [.....] ou
 N° de l'établissement (FINESS) : [.....] Date de naissance : -.-.-.-.-
 N° de Sécurité sociale du patient :

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM/NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Panier (**)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont pris en compte le matériel	Base de remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Réalisé par votre praticien
TOTAL € (des actes envisagés)											

Information alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à entente directe modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM/NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont pris en compte le matériel	Base de remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Réalisé par votre praticien

Acte en reste à charge modéré

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM/NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont pris en compte le matériel	Base de remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Réalisé par votre praticien

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choix de son traitement. Date et signature du patient ou de (ou des) responsables, siglé (s)igné(s).

Signature du Chirurgien-dentiste

Projet - Confidential

L'assuré remplit cette partie s'il souhaite envoyer le devis à son assurance complémentaire pour connaître son reste à charge.

Il indique dans cette colonne à quel(s) panier(s) de soins correspondent ses actes.

Pour tout acte proposé précédemment avec un reste à charge, le chirurgien-dentiste renseigne les alternatives sans reste à charge (panier "100% santé") ou, à défaut, avec un reste à charge modéré.

Tout savoir sur les matériaux utilisés

Il existe un très vaste éventail de matériaux utilisés pour les prothèses dentaires ; il est cependant possible d'identifier **trois grandes catégories de matériaux** pour mieux comprendre les devis et savoir à quel panier de soins l'assuré peut recourir.

Tout d'abord, les couronnes peuvent être réalisées en **métal**, le plus souvent constitué d'un alliage de métaux (chrome-cobalt ou nickel-chrome). Ce matériau offre le double avantage de la durabilité et de la solidité, ce dernier étant essentiel pour la fonction de mastication qu'assurent les molaires, voire les prémolaires. Ce type de couronne représente environ 15% des couronnes posées par les chirurgiens-dentistes.

Par ailleurs, il existe également différents matériaux dont la couleur blanche se rapproche de celle des dents naturelles : c'est le cas des prothèses (couronnes ou bridges) en **céramo-métallique** (qu'elles soient constituées de céramique à 100% ou seulement sur la partie visible de la couronne) qui représentent aujourd'hui 85% des couronnes posées. Enfin, depuis la fin des années 1990, il existe également des couronnes dites en **zircone** (matériau à la fois plus léger et plus résistant utilisé dans la base de la prothèse) dont le rendu est le plus proche de celui d'une dent naturelle.

Ces types de matériaux (céramo-métallique et zircone) sont à privilégier pour les dents visibles (les dents du sourire) ; un des grands atouts de l'offre 100% Santé est de les rendre désormais accessibles à tous.

En tant que patient, il est important pour l'assuré de bien se faire expliquer les différentes options concernant les matériaux proposés par le chirurgien-dentiste.

À partir de 2020, remboursement intégral de l'offre 100% Santé pour certaines prothèses.

1^{er} avril
2019



-20 €

en moyenne par couronne céramo-métallique sur les incisives, canines et les 1^{res} prémolaires.

Baisse de 20€ en moyenne du tarif facturé par les chirurgiens-dentistes.

1^{er} janvier
2020

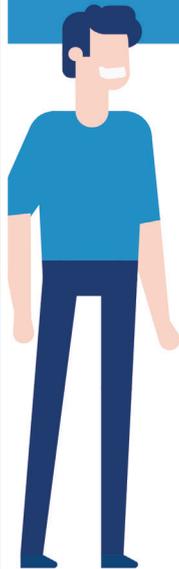


0 €

100 % SANTÉ

100 % PRISE EN CHARGE⁽¹⁾

⁽¹⁾ Valable uniquement sur les prestations de soins et d'équipements 100% Santé, 100% pris en charge après remboursement par l'Assurance Maladie et les complémentaires santé.



En pratique

Patrick, 33 ans, a besoin de se faire poser une couronne pour une de ses 1^{res} prémolaires.

Avant la réforme,

Patrick paie sa couronne.....	550 €
La Sécurité sociale et sa complémentaire lui rembourse.....	355 € ⁽²⁾
Il reste à sa charge.....	195 €

Après la réforme, à partir de 2020

Si Patrick choisit une couronne dans le panier 100% Santé

La Sécurité sociale et sa complémentaire lui rembourse.....	500 €
Il restera à sa charge.....	0 €

⁽²⁾ Montants basés sur les remboursements moyens constatés de 355 € sur une couronne en céramique monolithique (Assurance Maladie : 75 € et complémentaire santé : 280 €).



100% SANTÉ

DES SOINS POUR TOUS,
100% PRIS EN CHARGE

A U D I T I O N

Des aides auditives de qualité encore mieux remboursées en 2020

Environ 6 millions de personnes souffrent de problèmes d'audition en France. La moitié d'entre elles, soit 3 millions de personnes, devrait être appareillée pour bien entendre, alors que seulement 35% de la population souffrant d'une déficience auditive est effectivement équipée. C'est un taux inférieur à celui d'autres pays européens⁽⁹⁾.

Mal entendre n'est pas sans conséquences sur sa vie sociale, familiale, professionnelle, avec à terme, un risque majeur : celui de s'isoler. Les aides auditives permettent aux personnes souffrant d'une perte d'audition de mieux comprendre leur environnement, de faciliter les relations avec l'entourage et de retrouver leur confiance en soi. Le prix des aides auditives est souvent cité comme étant la première cause de non-appareillage. La réforme 100% Santé vise à permettre à l'ensemble des personnes malentendantes, disposant d'un contrat de complémentaire santé responsable⁽¹⁰⁾ ou bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire, de s'équiper d'aides auditives et de répondre ainsi aux besoins de la population.

Le panier 100% Santé audio

Les aides auditives sont répertoriées en deux catégories : **les aides auditives de classe I composent l'offre 100% Santé**. Les aides auditives de classe II, qui sont en dehors de l'offre 100% Santé, sont des dispositifs médicaux à prix libres.

Les équipements proposés dans ce panier sont des équipements de qualité, tant par leur esthétique – aides auditives intra-auriculaires, appareils à écouteur déporté... – **que par leur performance technique et par les garanties qui sont associées** : trente jours minimum d'essai de l'aide auditive avant achat ; quatre ans de garantie.

L'audioprothésiste doit systématiquement proposer au moins une offre 100% Santé pour chaque oreille devant être appareillée.

Un devis obligatoire

À partir du 1^{er} janvier 2020, tous les audioprothésistes devront obligatoirement établir et proposer un devis normé comportant a minima une offre 100% Santé pour chaque oreille appareillée. Ce devis précisera, notamment, les tarifs des appareils proposés. Il comportera une information sur les modalités de réalisation de l'essai de l'appareil, les prestations et garanties incluses dans le prix de l'aide auditive et il présentera des explications sur la réforme ainsi que sur les différentes garanties attachées aux aides auditives. L'accord de l'assuré sera demandé à l'issue de l'essai pour l'achat du dispositif.

(9) Source : SNDS et INSEE 2014.

(10) Contrats représentant la très grande majorité des contrats offerts sur le marché. Renseignez-vous auprès de votre organisme de complémentaire santé.

Où trouver les informations sur le devis ?

Partie à remplir par le professionnel de santé qui, en plus de son identification, doit préciser la date de réalisation du devis, sa durée de validité ainsi que la date de la prescription médicale de l'assuré et la qualité de la délivrance.

Un texte explicatif sur la réforme vous sera proposé dans le devis.

Les montants pris en charge ainsi que votre reste à charge seront explicitement renseignés à la fin de chaque tableau.

Cet encadré comporte un rappel des conditions de réalisation de l'essai de l'appareil choisi. Vous devrez cocher l'offre pour laquelle vous avez choisi de réaliser cet essai.

Cet encadré ne doit être rempli qu'à l'issue de votre période d'essai et lorsque vous avez fait le choix de votre aide auditive. Il vous engage dans l'achat de l'appareil choisi.

ANNEXE I - DEVIS NORMALISÉ RELATIF AUX AIDES AUDITIVES
(à délivrer au patient avant tout achat d'aides auditives)
 (article L.165-9 du code de la sécurité sociale et L.112-14 du code de la consommation)

Logo commercial

Nom de l'entreprise Audioprothésiste (prénom, nom)
 Adresse d'exercice
 Tél
 Courriel
 N° d'identification ADELI ou RPPS

Patient (prénom, nom)
 N° de sécurité sociale
 Organisme complémentaire d'assurance maladie (facultatif)

Date de la prescription médicale préalable obligatoire : .../.../.....

N° du devis
 Date et lieu d'émission : .../.../..... à
 Valable jusqu'au (validité d'au moins 2 mois) : .../.../.....

Oreille droite : Premier appareillage ; Renouvellement (si oui, date du précédent appareillage : .../.../.....)
 Oreille gauche : Premier appareillage ; Renouvellement (si oui, date du précédent appareillage : .../.../.....)

Ce devis vous est remis pour information, et ne vous engage pas à l'achat jusqu'à la signature du point 6. Les prix ci-dessous incluent les prestations d'adaptation indissociables de l'appareil proposé dont le suivi par l'audioprothésiste pendant toute la durée d'utilisation de l'aide auditive (voir détail au verso). La fiche technique présentant les principales spécificités de l'appareil proposé doit obligatoirement être jointe au devis.

1.1. Offre 100% santé¹ :

Les équipements proposés dans l'offre 100% santé répondent à des exigences de qualité définies après avis de la Haute Autorité de santé. Le professionnel de santé s'engage à respecter le prix limite de vente défini. Ces aides auditives couvrent les besoins essentiels de la très grande majorité des malentendants. Elles disposent au minimum de 3 options parmi les suivantes : réducteur d'acouphènes, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie ≥ 6 000Hz, apprentissage de sortie, réducteur de réverbération.

Aide(s) auditive(s) proposée(s) incluant tous les accessoires nécessaires au fonctionnement :	Prix HT	Prix TTC
Aide auditive droite (code de regroupement) Nom et adresse du fabricant ou du mandataire si fabricant hors UE, marque, modèle, référence commerciale du catalogue du fabricant ; Lieu de fabrication : UE ou hors UE (facultatif) ; Caractéristiques essentielles, notamment : - type, nombre de canaux ; - dispositifs de connectivité (liste exhaustive, ex : télécommande, Bluetooth, etc.) ; - anti-larsen (oui/non) ; - réducteur d'acouphènes (oui/non) ; - accessibilité de la boucle magnétique ou bobine T (oui/non)		
Aide auditive gauche (code de regroupement) Mentionner les points sur lesquels le descriptif technique détaillé de l'aide auditive gauche diffère de l'aide auditive droite.		
Consommables, piles et accessoires (code de regroupement) Marque, modèle, référence commerciale dans le catalogue du fabricant.		
Total offre 100% santé		
Montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ² :		
Montant pris en charge par l'organisme complémentaire d'assurance maladie, si connu ³ :		
Montant total du reste à charge, si connu :		

1.2. Autre offre :

Aide(s) auditive(s) proposée(s) incluant tous les accessoires nécessaires au fonctionnement :	Prix HT	Prix HT après remise	Prix TTC
Aide auditive droite (code de regroupement) Nom et adresse du fabricant ou du mandataire si fabricant hors UE, marque, modèle, référence commerciale du catalogue du fabricant ; Lieu de fabrication : UE ou hors UE (facultatif) ; Caractéristiques essentielles, notamment : - type, nombre de canaux ; - dispositifs de connectivité (liste exhaustive, ex : télécommande, Bluetooth, etc.) ; - anti-larsen (oui/non) ; - réducteur d'acouphènes (oui/non) ;			
Aide auditive gauche (code de regroupement) Mentionner les points sur lesquels le descriptif technique détaillé de l'aide auditive gauche diffère de l'aide auditive droite.			
Consommables, piles et accessoires (code de regroupement) Marque, modèle, référence commerciale du catalogue du fabricant.			
Total autre offre			
Montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire :			
Montant pris en charge par l'organisme complémentaire d'assurance maladie, si connu ³ :			
Montant total du reste à charge, si connu :			

¹ Seuls les produits et prestations remboursables par la Sécurité sociale peuvent être mentionnés dans cette rubrique.
² Dès 2022, ces solutions bénéficient d'un droit à charge multiple. À compter de 2021, les aides auditives sont prises en charge à 100% par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire dès lors que vous êtes couvert par un contrat dit « responsable », contrat qui représente la grande majorité de ceux présents sur le marché, ou par la CMU-c.
³ Votre organisme complémentaire est tenu de vous informer du montant de prise en charge dont vous bénéficiez au regard des conditions particulières de votre contrat.

2. Présentation de la bobine T :

Les aides auditives avec bobine T (ou bobine magnétique à induction) disposent de programmes (position T ou MT) qui permettent une meilleure accessibilité du son dans différents environnements comprenant une boucle magnétique (télévision, téléphone, salle de réunion, salles de spectacle, cinéma, etc.)

La présentation de la bobine T a été réalisée (informations explicatives, et démonstration de son utilisation)

3. Essai de l'aide auditive sans engagement de votre part :

- L'aide auditive proposée doit être systématiquement confiée pour une période d'adaptation probatoire réalisée sur une période d'au moins 30 jours (qui peut être portée à 45 jours à la demande du prescripteur dans des cas spécifiques). À l'issue de cette période, en cas d'échec, vous pouvez demander une nouvelle période d'adaptation avec une autre aide auditive.
- L'essai est indissociable d'une prestation d'adaptation notamment des réglages et ajustements anatomiques.
- La réalisation de l'essai ne peut vous être facturée quand même vous ne procédez pas à l'achat final de l'aide auditive. Dans ce dernier cas, les embouts ou coques sur mesure peuvent toutefois vous être facturés. Aucune facturation de l'appareillage ne peut avoir lieu avant la fin de la période d'essai.
- Montant du dépôt de garantie pour le matériel confié pendant les essais, le cas échéant : ...

Offre choisie pour la réalisation de l'essai : Offre 100% Santé (1.1) Autre offre (1.2)

4. Informations sur les prestations et garanties :

Toutes les prestations ci-dessous sont comprises dans le prix du devis. Hormis la personnalisation anatomique des embouts et coques fabriqués sur mesure, aucun frais supplémentaire ne peut donc vous être demandé, avant, pendant ou après l'achat de votre appareil, pour l'une de ces prestations.

- votre prise en charge avant l'achat de l'aide auditive (notamment, analyse détaillée de vos antécédents auditifs, de vos capacités auditives ; l'examen de vos conduits auditifs ; la mesure de votre audition, de votre tolérance aux sons forts, de votre compréhension de la parole ; la prise d'empreinte de vos conduits auditifs externes, le cas échéant ; une information exhaustive sur les différents appareillages envisageables ; utilisation, entretien, coût, conditions de remboursement par les organismes de prise en charge...)
- l'adaptation de votre aide auditive, la délivrance et le contrôle immédiat de votre appareillage (notamment, le contrôle immédiat de l'efficacité prothétique en utilisant tous les tests auditifs nécessaires ; une information exhaustive sur l'utilisation et l'entretien de votre aide auditive ; votre choix définitif de l'appareil ; la fourniture de l'indication du coût de votre appareil et du coût total de votre appareillage ; les contrôles d'efficacité et modifications de réglages ; tous les tests nécessaires), l'éducation prothétique (notamment, les conseils d'adaptation, de manipulation de votre appareil), l'information sur le changement et sur les conditions de remboursement des piles par les organismes de prise en charge, et l'information sur les conditions d'utilisation et sur l'entretien de votre aide auditive)
- le suivi prothétique régulier et le contrôle permanent de votre aide auditive jusqu'à la fin d'utilisation de votre appareil (notamment, les séances de contrôle de l'efficacité de votre aide auditive aux 3^e, 6^e et 12^e mois après sa délivrance ; puis, au moins deux rendez-vous de suivi par an selon vos besoins ; tous les tests nécessaires à la vérification de l'efficacité de votre appareillage, la modification des réglages ainsi que l'entretien et les réparations nécessaires de votre appareil), la gestion administrative de votre dossier (notamment, l'établissement ou de des compte (s) rendu (s) de votre appareillage au médecin prescripteur et au médecin traitant).

En cas de déménagement ou lorsque vous souhaitez changer d'audioprothésiste, le professionnel de santé s'engage à faciliter le changement d'audioprothésiste réalisant le suivi prothétique.

Une garantie minimale de 4 ans est assurée par le fabricant de l'appareil. Cette garantie couvre les vices de formes, défauts de fabrication, pannes survenant au cours d'un usage habituel (pluies, main d'œuvre et transport). Cette garantie produit ses effets, même si vous consultez un audioprothésiste différent de celui consulté lors de la délivrance de votre appareil et ayant réalisé le bilan initial. Des garanties légales de conformité et des vices cachés sont également applicables aux produits qui vous sont délivrés.

Autres informations pouvant figurer sur un document à part : acompte, délai de livraison, conditions générales de vente, assurance perte/vol/casse, autres produits ou prestations non remboursables, etc.

5. Validation de la commande et engagement final :

À l'issue de la période d'essai, et en cas d'acceptation de votre part, une signature vous sera demandée, afin de valider la commande et formaliser votre engagement. La date de facturation marque la délivrance de l'appareil auditif.

Offre choisie à l'issue de la réalisation de l'essai : Offre 100% Santé (1.1) Autre offre (1.2)

Nom, prénom et signature de l'audioprothésiste D.E ayant réalisé le devis :

Signature du patient lors de l'acceptation des conditions du devis⁴ à l'issue de la période d'essai (précédée de la mention « bon pour accord » et de la date) :

⁴ Les informations de ce devis sont susceptibles de faire l'objet de traitements informatisés visant à votre prise en charge par l'audioprothésiste, et à la prise en charge des produits et prestations par l'Assurance maladie et par votre organisme complémentaire, à qui elles peuvent être transmises. En application du règlement général sur la protection des données et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dite « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition. Plus d'informations sont disponibles auprès de votre audioprothésiste et de votre organisme complémentaire.

Informations d'identification de l'entreprise (n° SIRET, n° RCS, n° FINESSE, n° TVA Intracommunautaire)

Partie à remplir par l'assuré. La mention sur l'organisme de complémentaire santé n'est à remplir qu'en cas d'accord explicite de transmission à la complémentaire santé.

Le prix de vente sera précisé dans ces colonnes.

Les caractéristiques des produits proposés seront indiquées dans cet encadré.

Un rappel des explications qui vous ont été faites par l'audioprothésiste sur la bobine T sera présent dans le devis. La bobine T doit obligatoirement être présentée par votre audioprothésiste. En ce sens, vous devrez cocher cette case pour attester de cette présentation.

Dans cette partie, des explications vous sont apportées sur les différentes prestations et garanties comprises avec l'achat de votre appareillage.



Le déploiement de la réforme 100% Santé

Avec la mise en place de la réforme, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé vont progressivement augmenter et l'assuré aura de moins en moins à payer, jusqu'à une complète prise en charge dès 2021 :

- depuis le 1^{er} janvier 2019, les tarifs des aides auditives dans le panier "100% Santé" ont été plafonnés, permettant à l'assuré de connaître son reste à charge. À partir de la même date, la base de remboursement de la Sécurité sociale a été augmentée. Ainsi, en 2019, sur les appareils "100% Santé", il y a eu en moyenne 200€ de frais en moins (par oreille) ;

- depuis le 1^{er} novembre 2019, les assurés bénéficiant de la complémentaire santé solidaire n'ont plus aucun frais à avancer, leur équipement 100% Santé audiologie est intégralement pris en charge et bénéficie du tiers payant ;
- à partir du 1^{er} janvier 2020, la prise en charge de l'assurance maladie s'accroît et les plafonds tarifaires appliqués aux équipements 100% Santé vont encore diminuer. Il y aura en moyenne 250€ de diminution supplémentaire du reste à charge en moins de reste à charge (par oreille) sur les appareils "100% Santé" ;
- à compter de 2021, les équipements "100% Santé" seront garantis sans reste à charge, grâce au financement de l'Assurance Maladie et des complémentaires santé.

Un coût qui baisse progressivement à partir du 1^{er} janvier 2019

2019

- 200 €
en moyenne
par aide auditive⁽¹⁾

Baisse de 100 €
en moyenne du tarif
de l'aide auditive et
revalorisation de la base
de remboursement
de 200 € à 300 €.

2020

- 250 € supplémentaires
en moyenne
par aide auditive⁽¹⁾

Baisse supplémentaire
de 200 € en moyenne
du tarif de l'aide auditive
et revalorisation supplémentaire
de 50 € de la base
de remboursement.

2021

0 €
TOUTE L'OFFRE
100 % SANTÉ

100 % PRISE EN CHARGE⁽¹⁾

⁽¹⁾ Valable uniquement sur les prestations de soins et d'équipements 100 % Santé,
100 % pris en charge après remboursement par l'Assurance Maladie et les complémentaires santé.



En pratique

Daniel, 67 ans, a besoin d'une aide auditive pour son oreille droite.

Avant la réforme

Daniel paie son aide auditive..... **1500 €**
La Sécurité sociale et sa complémentaire
lui remboursent **650 €⁽²⁾**
Il reste à sa charge..... **850 €**

Après la réforme, à partir du 1^{er} janvier 2019

Si Daniel choisit une aide auditive dans le panier 100 % Santé

En 2019, il restera à sa charge..... **650 €**
En 2020, il restera à sa charge..... **400 €**
En 2021, il restera à sa charge..... **0 €**

⁽²⁾ Montants basés sur les remboursements moyens constatés de 650 €
(Assurance Maladie : 120 € et complémentaire santé : 530 €).

Contacts presse

Cabinet d'Agnès Buzyn : sec.presse.solidarites-sante@sante.gouv.fr - 01 40 56 60 65

Direction de la Sécurité sociale (DSS) : carine.delpy@sante.gouv.fr - 01 40 56 55 14

CNAM : presse.cnam@assurance-maladie.fr

