

# Glossaire

## de l'assurance complémentaire santé<sup>(1)</sup> pour vous accompagner

(1) Toutes ces définitions n'ont pas de valeur contractuelle



Frais d'accompagnement  
Prestations  
CMU  
Tiers payant  
Délais d'attente  
Conventionné/  
non conventionné  
Auxiliaires médicaux  
Orthodontie  
Secteur 1 / Secteur 2  
Ticket modérateur  
Aide à l'acquisition d'une  
complémentaire

...

# Glossaire de l'assurance complémentaire santé

Document réalisé par l'Unocam : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire



Vous trouverez dans ce glossaire des explications sur des termes utilisés par votre complémentaire santé. Ils vous serviront à comprendre vos garanties. Si vous souhaitez des renseignements complémentaires ou des indications sur des termes qui ne figurent pas dans ce glossaire, n'hésitez pas à demander à votre conseiller.

## « Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire »

### **A**.....P.3

- Affection de longue durée (ALD)
- Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)
- Appareillage
- Assurance Maladie Obligatoire (AMO)
- Assurance Maladie Complémentaire (AMC)
- Auxiliaires médicaux
- Ayant droit

### **B**.....P.4

- Base de remboursement (BR)
- Basse vision
- Biologie médicale

### **C**.....P.4

- Chambre particulière
- Chirurgie ambulatoire
- Chirurgie réfractive
- Consultation médicale
- Contrat collectif
- Contrat « responsable et solidaire »
- Conventionné / non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire
- Conventionné avec un organisme d'assurance maladie complémentaire
- Cotisation
- Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)
- Cure thermique

### **D**.....P.7

- Délai d'attente
- Demande de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie complémentaire
- Dépassement d'honoraires
- Dépenses réelles
- Devis

### **E**.....P.7

- Etablissement de Santé

### **F**.....P.8

- Forfait journalier hospitalier
- Frais de séjour
- Frais d'accompagnement
- Frais réels
- Forfait « 18 euros »
- Franchise

### **G**.....P.9

- Garantie (proposée par les organismes d'assurance maladie complémentaire)

### **H**.....P.9

- Honoraires
- Hospitalisation

### **I**.....P.10

- Imagerie médicale
- Implantologie dentaire
- Inlays et onlays

### **L**.....P.10

- Lentilles
- Lunettes

### **M**.....P.11

- Médecin traitant
- Médicaments

### **N**.....P.11

- Nomenclature

### **O**.....P.12

- Ordonnance
- Organisme d'assurance maladie complémentaire
- Orthodontie

### **P**.....P.12

- Parcours de soins coordonnés
- Parodontologie
- Participation forfaitaire 1 euro
- Prestations (d'une assurance maladie complémentaire)
- Prothèses auditives
- Prothèses dentaires

### **R**.....P.14

- Reste à charge

### **S**.....P.14

- Secteur 1 / secteur 2
- Soins dentaires
- Soins de ville
- Surcomplémentaire

### **T**.....P.15

- Taux de remboursement de la Sécurité sociale
- Ticket modérateur
- Tiers payant
- Transport

### **V**.....P.16

- Vaccins
- Visite médicale



## A

### Affection de longue durée (ALD)

Maladie reconnue par l'assurance maladie obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins prolongés. Les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire. En revanche, les taux de remboursement habituels sont appliqués aux soins sans rapport avec l'ALD (exemple : 70 % de la base de remboursement pour les honoraires en régime général et 90% de la base de remboursement pour les honoraires en régime local).

La Haute Autorité de Santé (HAS) édite des guides expliquant aux patients en ALD les principaux éléments du traitement et du suivi de leur maladie. Par ailleurs, le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.

### Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Dispositif destiné aux personnes à faibles revenus pour leur faciliter l'accès à une assurance maladie complémentaire grâce à une réduction du montant de la cotisation.

Cette aide est accordée pour un an (renouvelable) aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond ouvrant droit à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et ce plafond majoré d'un pourcentage défini par la loi (celui-ci est de 35 % au 1er janvier 2012). Cette aide est variable selon l'âge et la composition du foyer.

Il est possible de se renseigner sur l'ACS auprès de votre mutuelle.

**Synonyme : chèque-aide pour une complémentaire santé**

### Appareillage

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles... La plupart des complémentaires santé distinguent les équipements d'optique et les prothèses auditives du reste de l'appareillage.

**Synonyme : dispositifs médicaux (DM)**

### Assurance Maladie obligatoire (AMO)

Régimes obligatoires couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

**Synonymes : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale**

### Assurance Maladie Complémentaire (AMC)

Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

**Synonymes : organisme d'assurance maladie complémentaire (OCAM), complémentaire santé, garanties**

### Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

**Synonyme : professionnel paramédical**

### Ayant droit

Ayant droit au sens de l'assurance maladie obligatoire :

Personne qui n'est pas assuré social à titre personnel mais qui bénéficie des prestations de l'assurance maladie obligatoire car elle est membre de la famille d'un assuré social (conjoint, concubin, enfants, ascendants à charge...) ou est hébergée à sa charge permanente et effective depuis plus d'un an. Ayant droit au sens de l'assurance maladie complémentaire :

Personne qui bénéficie de l'assurance maladie complémentaire d'un assuré en raison de ses liens avec celui-ci. Cette définition d'ayant droit peut varier selon les organismes et est précisée dans les documents contractuels.

**Synonyme : bénéficiaire**

## B

### Base de remboursement (BR)

---

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

**Synonymes :** *tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.*

### Basse vision

---

Une personne affectée d'une basse vision est quelqu'un dont la déficience visuelle fonctionnelle est importante, même après traitement et/ou correction optique standard (l'acuité visuelle est inférieure à 3/10 à la perception lumineuse, ou le champ visuel résiduel inférieur à 10° du point de fixation). La basse vision est fréquemment causée par une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), mais peut être imputable à d'autres facteurs. Un examen oculaire approfondi par un ophtalmologiste est nécessaire pour diagnostiquer la cause de ce défaut visuel.

### Biologie médicale

---

Ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale est remboursée par l'assurance maladie obligatoire.

**Synonymes :** *examen de laboratoire, analyse médicale*

## C

### Chambre particulière

---

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle. La chambre individuelle n'est presque jamais remboursée par l'assurance maladie obligatoire, car le patient peut demander à être hébergé en chambre commune (sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite). Son coût varie selon les établissements. Il peut être remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

### Chirurgie ambulatoire

---

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

**Synonyme :** *chirurgie de jour*

## C

### Chirurgie réfractive

---

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels. L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.

**Synonymes :** *opération de la vue, de la myopie, kératotomie radiaire.*

### Consultation médicale

---

Examen d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, généralement effectué dans un cabinet médical.

### Contrat collectif

---

Contrat d'assurance maladie complémentaire à adhésion obligatoire ou facultative souscrit par un employeur au bénéfice de ses salariés et généralement de leurs ayants droit (ou par une personne morale, par exemple une association, au bénéfice de ses membres).

**Synonyme :** *contrat groupe.*

### Contrat « responsable et solidaire »

---

La très grande majorité des complémentaires santé sont « responsables et solidaires ».

Cette caractéristique vous sera toujours indiquée.

La loi qualifie une complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie).

#### Les complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum :

- 30 % du tarif des consultations du médecin traitant (ou du médecin vers lequel il vous a orienté) dans le cadre du parcours de soins coordonnés au régime général, 10% du tarif des consultations du médecin traitant (ou du médecin vers lequel il vous a orienté) dans le cadre du parcours de soins coordonnés au régime local,
- 30 % du tarif des médicaments remboursables à 65 % par l'assurance maladie obligatoire (vignettes blanches) au régime général, 10% du tarif des médicaments remboursables à 90 % par l'assurance maladie obligatoire (vignettes blanches) au régime local,
- 35 % du tarif des examens de biologie médicale prescrits par le médecin traitant (ou le médecin vers lequel il vous a orienté),
- le ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention fixées par la réglementation,

#### En revanche, elles ne remboursent pas :

- les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire de 1€ applicable aux consultations et à certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 € par boîte de médicament).

## C

### Conventionné /non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire

---

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire. Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

#### 1/ Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession.

Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels.

On parle alors de **tarif de convention**. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention. Toutefois, les médecins **conventionnés de « secteur 2 »** sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires.

De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C. Les professionnels de santé « **non conventionnés** » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

#### 2/ Etablissements de santé

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente.

Dans un établissement de santé privé qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants.

**Voir également : secteur 1 / secteur 2**

### Conventionné avec un organismes d'assurance maladie complémentaire

---

Les organismes d'assurance maladie complémentaire peuvent passer des accords avec certains professionnels ou établissements de santé en vue de permettre à leurs assurés de bénéficier de certains services ou avantages : tiers-payant, prix négociés...

**Synonymes : réseau de professionnels ou d'établissements, accord passé avec les professionnels ou les établissements**

### Cotisation

---

Montant dû par l'assuré en contrepartie du bénéfice des garanties et des éventuels services associés proposés par l'organisme d'assurance maladie complémentaire : c'est le prix de la couverture complémentaire santé.

### Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

---

La couverture maladie universelle complémentaire donne droit à une assurance maladie complémentaire gratuite. Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville ou hospitaliers, dans le cadre du parcours de soins, sans dépense à leur charge et sans avance de frais. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources.

Cette couverture complémentaire peut être gérée, au libre choix du bénéficiaire, par l'assurance maladie obligatoire ou par un organisme d'assurance maladie complémentaire.

Les personnes dont les ressources excèdent légèrement le plafond ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) peuvent obtenir l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS).

### Cure thermale

---

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

## D

### Délai d'attente

---

Période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'assuré cotise. Elle commence à courir à compter du jour de la souscription ou de l'adhésion à la complémentaire santé.

**Synonymes :** *délai ou clause de stage, délai de carence*

### Demande de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie complémentaire

---

Demande formulée auprès de l'organisme d'assurance maladie complémentaire, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires...), permettant de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré, sur la base d'un devis.

### Dépassement d'honoraires

---

Part des honoraires qui se situe au delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

**Synonyme :** *dépassements*

**Voir également :** *secteur 1 / secteur 2.*

### Dépenses réelles

---

Montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé

### Devis

---

Document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation. Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 € comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient. Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document.

## E

### Etablissement de Santé

---

Structure délivrant des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.

**Synonymes :** *hôpital, clinique*

## F

### Forfait journalier hospitalier

---

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1er janvier 2012, son montant est de 18 € par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 13,50 € par jour pour un séjour en psychiatrie. Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais, en général, il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire. Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse...).

**Synonymes : forfait hospitalier, forfait journalier**

### Frais de séjour

---

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas... En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part. Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas : actes coûteux notamment), le solde étant généralement remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

### Frais d'accompagnement

---

Frais correspondant aux facilités (lit, repas...) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant). Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

**Synonymes : frais d'accompagnant, lit d'accompagnant, repas d'accompagnant.**

### Frais réels

---

Certaines garanties prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.

### Forfait « 18 euros »

---

Participation forfaitaire de 18 € à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'État, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 50. Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 18 € (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD). Ce forfait est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

**Synonyme : participation forfaitaire de 18 €**



## F Franchise

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008.

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments,
- 0,50 € par acte paramédical,
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés.

Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

**Voir également : contrat « responsable et solidaire.**

## G

### Garantie (proposée par les organismes d'assurance maladie complémentaire)

Engagement de l'organisme d'assurance maladie complémentaire à assurer la prise en charge totale ou partielle des frais de santé à un niveau prévu à l'avance par des documents contractuels. Les garanties peuvent notamment concerner :

- les frais liés à une hospitalisation (honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière...),
- les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes,
- les frais pharmaceutiques (médicaments et vaccins),
- les frais de biologie médicale (analyses),
- les actes médicaux et d'auxiliaires médicaux,
- les frais d'optique : montures, verres et lentilles,
- les frais de soins et de prothèses dentaires,
- les frais d'appareillage (audioprothèse, fauteuil roulant...).

Cet engagement est matérialisé par la souscription d'un contrat ou l'adhésion à des statuts ou à un règlement, selon le type d'organisme d'assurance maladie complémentaire.

## H

### Honoraires

Rémunération d'un professionnel de santé libéral.

### Hospitalisation

Désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

**Voir également : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, frais d'accompagnement, forfait « 18 euros », chambre particulière**

## I

### Imagerie médicale

---

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

**Synonyme : radiologie**

### Implantologie dentaire

---

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire, mais peut en revanche être prise en charge par certaines complémentaires santé.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

### Inlays et onlays

---

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métalliques, en composite ou en céramique).

Le chirurgien-dentiste pratique le plus souvent des dépassements sur ces actes. Il est judicieux de lui demander un devis avant qu'il effectue ces soins.

## L

### Lentilles

---

Les lentilles de contact sont des verres correcteurs posés sur la cornée. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels. Elles peuvent être prises en charge par l'assurance maladie complémentaire.

### Lunettes

---

Les lunettes sont composées d'une monture et de verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie et aphakie).

**Le prix des verres varie selon le type de correction** (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur aux dépenses réelles. Par exemple, pour un adulte, il est de 1,70 € pour une monture (60 % de 2,84 €), et au maximum de 14,72 € par verre (60 % de 24,54 €) au 1er janvier 2012.

Les opticiens ont l'obligation de remettre à l'assuré un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par l'assurance maladie obligatoire.

## M

### Médecin traitant

---

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

**Voir également :** *parcours de soins coordonnés*

### Médicaments

---

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en cinq catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les prix des médicaments sans vignette sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre. Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. En revanche, les médicaments qui ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) sont identifiés par une vignette collée sur leur boîte, dont la couleur varie selon

le niveau de remboursement :

- vignette blanche barrée pour les médicaments remboursés à 100 % par l'assurance maladie obligatoire : ils sont irremplaçables et particulièrement coûteux,
- vignette blanche pour les médicaments remboursés à 65 % par l'assurance maladie obligatoire : leur service médical rendu est majeur ou important,
- vignette bleue pour les médicaments remboursés à 30 % par l'assurance maladie obligatoire : leur service médical rendu est modéré,
- vignette orange pour les médicaments remboursés à 15 % par l'assurance maladie obligatoire : ils ont un service médical rendu faible ou insuffisant.

Certains médicaments ne peuvent vous être délivrés que sur prescription médicale.

D'autres peuvent vous être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

## N

### Nomenclature

---

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP),
- pour les soins hospitaliers, il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

## O

### Ordonnance

---

Document délivré par un médecin et sur lequel figurent ses prescriptions.

Les prescriptions peuvent concerner la délivrance de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) ou la réalisation d'actes de soins par d'autres professionnels de santé (autre médecin, pharmacien, auxiliaire médical...).

La production de ce document est indispensable pour la délivrance de ces produits de santé ou la réalisation de ces actes, et à leur remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

**Synonyme :** *prescription médicale*

### Organisme d'assurance maladie complémentaire

---

Organisme de protection complémentaire assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire. Il existe trois types d'organismes d'assurance maladie complémentaire :

- les institutions de prévoyance : organismes à but non lucratif régis par le code de la Sécurité sociale, gérés à parité entre les représentants des employeurs et des salariés, destinés à couvrir les salariés et anciens salariés dans le cadre de la branche professionnelle ou de l'entreprise,
- les mutuelles : organismes à but non lucratif, régis par le code de la Mutualité, dans lesquels les adhérents participent directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants élus au fonctionnement et aux décisions de la mutuelle,
- les sociétés d'assurance : organismes régis par le code des Assurances, qui peuvent être soit des sociétés anonymes, soit des sociétés d'assurance mutuelle.

**Synonymes :** *complémentaire santé, organisme complémentaire*

### Orthodontie

---

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

L'assurance maladie obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants de moins de 16 ans.

Ses remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements sont fréquents.

## P

### Parcours de soins coordonnés

---

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans. Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé. Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

**Voir également :** *contrat « responsable et solidaire »*

### Parodontologie

---

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :

- l'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse,
- l'élimination des causes d'infection (détartrage des racines...),
- le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits,
- le contrôle périodique du patient.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

### Participation forfaitaire d'un euro

---

Participation forfaitaire d'un euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse,
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à quatre par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

**Voir également : contrat « responsable et solidaire »**

### Prestations (d'une assurance maladie complémentaire)

---

Il s'agit des montants remboursés à un assuré par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

### Prothèses auditives

---

Appareils améliorant l'audition de la personne qui en est équipée. Il existe différents types de prothèses auditives : les contours d'oreille, les prothèses intra-auriculaires, les lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Elles sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription d'un médecin ORL.

Les prix de vente des prothèses auditives sont libres et souvent supérieurs à la base de remboursement fixée par l'assurance maladie obligatoire, en fonction des caractéristiques de la prothèse choisie.

Les audioprothésistes doivent remettre un devis avant la vente. Ce devis doit comporter le prix de vente hors taxe de chaque appareil proposé (indiquant la marque, le modèle, la référence commerciale, la classe, la durée de la garantie) et de chaque prestation d'adaptation proposée. Il doit aussi indiquer le prix net TTC à payer, ainsi que la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

**Synonyme : audioprothèses**

### Prothèses dentaires

---

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées.

Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Lorsque la couronne porte sur plusieurs dents, on l'appelle un « bridge ».

Les prothèses fixes remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, métal-céramique et céramocéramique.

- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur au coût réel d'une prothèse dentaire, les chirurgiens-dentistes pouvant fixer librement leurs tarifs.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire.

Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.

## R

### Reste à charge

---

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

L'assurance maladie complémentaire couvre tout ou partie du reste à charge.

## S

### Secteur 1 /Secteur 2

---

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2).

- Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable).

Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

- Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ». Les professionnels de santé ont l'obligation d'afficher « de manière lisible et visible dans leur salle d'attente » leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent « donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer ».

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire. Sauf cas particuliers, les professionnels de santé ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide médicale d'Etat.

### Soins dentaires

---

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements (à la différence des prothèses dentaires).

### Soins de ville

---

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires... Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en « soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.

**Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.**

## S Surcomplémentaire

Couverture supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première assurance maladie complémentaire sur certains postes de soins.

**Synonymes :** *soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.*

## T

### Taux de remboursement de la sécurité sociale

Taux appliqué par l'assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'assurance maladie obligatoire.

La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

- 70 % de la base de remboursement pour les actes médicaux,
- 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux,
- 60 % de la base de remboursement pour l'appareillage,
- 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments.

Le taux de remboursement peut aussi varier en fonction du statut de l'assuré (par exemple 100% en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (remboursement minoré des consultations et actes « hors parcours »).

**Voir également :** *médicaments, hospitalisation, appareillage, honoraires.*

### Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

**Voir également :** *reste à charge, participation forfaitaire d'un euro, franchise, dépassements d'honoraires, garantie.*

### Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins.

Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

**Synonyme :** *dispense d'avance des frais.*

## T Transport

---

Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient.

Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec l'assurance maladie obligatoire, des transports en commun... Les frais de transport sont remboursés à 65 % du tarif de l'assurance maladie obligatoire. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où la personne à transporter se situe et la structure de soins pouvant donner les soins appropriés la plus proche.

Les transports en série programmés, ou sur une longue distance, ou encore par avion ou bateau doivent en général avoir été préalablement autorisés (« entente préalable ») par l'assurance maladie obligatoire pour pouvoir être pris en charge.

**Synonyme : transport sanitaire**

---

## V

### Vaccins

---

Les vaccins sont des médicaments injectables qui jouent un rôle essentiel dans la prévention et la protection contre de nombreuses maladies infectieuses. Il existe plusieurs catégories de vaccins :

- ceux qui sont obligatoires (diphtérie - tétanos - poliomyélite),
- ceux qui sont simplement recommandés (par exemple : BCG, coqueluche, méningite...).

Chaque année, les autorités établissent un calendrier vaccinal qui détermine les vaccinations applicables en France. La grande majorité des vaccins recommandés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire au taux de 65 %. Certains sont remboursés à 100 % pour des catégories ciblées (grippe, rougeole-oreillons-rubéole).

### Visite médicale

---

Consultation médicale effectuée au domicile du patient qui est dans l'impossibilité de se déplacer.