

O

100% santé

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés. Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée »)

A

Adhérent/Assuré

Dans le cadre d'un contrat individuel, la personne physique qui a adhéré ou souscrit un contrat de complémentaire santé est désignée soit par le terme d'adhérent soit par celui d'assuré. Dans le cadre d'un contrat collectif, l'adhérent est l'entreprise qui a adhéré au règlement de l'organisme complémentaire ou souscrit un contrat collectif auprès de lui et les assurés sont les salariés et anciens salariés. Ces derniers sont les bénéficiaires des garanties. Les assurés sont donc les personnes auxquelles s'appliquent les garanties du contrat, sans qu'elles en soient nécessairement les souscripteurs. Leurs ayants-droit peuvent également bénéficier de ces mêmes garanties dans les conditions définies au contrat.

Affection de longue durée

Une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements onéreux ouvrant droit à la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire.

Aides auditives

Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale. Dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 100% santé », certaines aides auditives sont prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

Assurance maladie obligatoire (AMO)

L'Assurance maladie Obligatoire comprend l'ensemble des régimes obligatoires couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. L'Assurance maladie obligatoire fait partie de la branche maladie de la Sécurité sociale.

Assurance maladie complémentaire (AMC)

C'est l'ensemble des garanties, proposées par les différents organismes complémentaires d'Assurance maladie, assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne et/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.

Auxiliaires médicaux

Ce sont les professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes figurant à la nomenclature sont remboursés, par l'Assurance maladie obligatoire et l'Assurance maladie complémentaire.

Ayant droit

L'ayant droit est une personne qui bénéficie de l'Assurance maladie complémentaire d'un assuré / adhérent / participant en raison de ses liens familiaux avec celui-ci. Cette définition d'ayant droit peut varier selon les organismes et est précisée dans les documents contractuels.

B

Base de remboursement

C'est le tarif servant de référence à l'Assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

Bénéficiaire

L'adhérent ou ses ayants droit inscrits pouvant prétendre au remboursement des frais médicaux ou des prestations.

C

Chirurgie ambulatoire

C'est la chirurgie réalisée à l'occasion d'une hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée donc) ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Chirurgie réfractive

La chirurgie réfractive permet de corriger les défauts visuels. Elle comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie.... En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la chirurgie réfractive.

Complémentaire santé solidaire (CSS)

C'est une aide pour payer les dépenses de santé si les ressources sont modestes (fusion des dispositifs CMU-C et ACS) à compter du 1er novembre 2019.

Consultation médicale

C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

Contrat collectif

C'est un 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. Lorsqu'il est à adhésion obligatoire, le contrat doit, d'une part, se conformer aux exigences prévues pour les contrats responsables et d'autre part, respecter des niveaux de garanties minimum spécifiques pour les prothèses dentaires et certains équipements d'optique médicale.

Contrat individuel

C'est un contrat d'Assurance maladie complémentaire souscrit par un individu pour son propre compte. L'adhérent ou assuré peut éventuellement en faire bénéficier ses ayants droits, selon les clauses du contrat.

Contrat « responsable et solidaire »

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme complémentaire d'Assurance maladie ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle rembourse :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (hormis quelques exceptions)
- le forfait journalier hospitalier
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes (à partir de 2020) et une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100% santé.

Elle peut également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

Conventionné / non conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire

Les frais pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnels ou établissements de santé) a passé ou non une convention avec l'Assurance maladie obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

Cotisation

Dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé, c'est le montant dû par l'adhérent ou assuré en contrepartie du bénéfice des garanties et des éventuels services associés proposés par l'organisme complémentaire d'Assurance maladie : c'est le prix de la couverture complémentaire santé.

Cure thermale

C'est un 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

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

La demande formulée auprès de l'organisme complémentaire d'Assurance maladie, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires...) permet 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 ou adhérent, sur la base d'un devis.

Dentaire

Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage...), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie ... Dans le cadre du dispositif de soins et d'équipements « à prise en charge à 100% », certaines prothèses dentaires seront remboursées intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires introduits et sous réserve que le chirurgien-dentiste respecte les conditions relatives au dispositif de « prise en charge renforcée ».

Dépassement d'honoraires

C'est la 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.

Dépenses réelles

Il s'agit du montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé.

Devis

Le devis est un document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation. Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Avant de réaliser des soins prothétiques, les chirurgiens-dentistes doivent aussi remettre aux patients un devis. Le devis peut aussi être présenté à une Assurance maladie complémentaire préalablement à tout soin, afin d'obtenir une évaluation sur les frais restant à la charge de l'assuré.

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-Co)

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

F

Forfait journalier hospitalier

Il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation, non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Frais de séjour

Ce sont les 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 xxxxx

Frais d'accompagnement

Ces frais correspondent aux facilités (exemple d'un lit) 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).

Franchise médicale

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

G

Garantie (proposée par les organismes complémentaires d'Assurance maladie)

C'est l'engagement de l'organisme complémentaire d'Assurance maladie à assurer la prise en charge totale ou partielle de certains postes de dépenses qui composent la couverture complémentaire santé à un niveau prévu à l'avance par des documents contractuels.

H

Honoraires

Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.

Hospitalisation

L'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 ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse, ...)

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...

Implantologie dentaire

Acte non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire et consistant en la mise en place d'un implant sur l'os de la mâchoire pour y poser une prothèse fixe.



Inlays et onlays

Ces techniques permettent 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 couronne. Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).

Inlay core

Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée.

L

Lentilles

Les lentilles de contact sont des prothèses optiques posées sur la cornée. L'Assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels.

M

Médecin traitant

C'est un médecin généraliste ou spécialiste hospitalier ou libéral, désigné par le patient auprès de sa caisse d'Assurance maladie obligatoire. Il coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal

Médicaments

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.

Il existe quatre taux de remboursement des médicaments par l'Assurance maladie obligatoire :

- 100% pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65% pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important ;
- 30% pour les médicaments dont le service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales,
- 15% pour les médicaments à service médical rendu faible.

Médicaments génériques

Un médicament générique est conçu à partir de la molécule d'un médicament déjà commercialisé (ou médicament princeps) dont le brevet est tombé dans le domaine public.

N

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Elles définissent également les conditions de leur remboursement.

NOEMIE

NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre l'Assurance maladie obligatoire et l'Assurance maladie complémentaire. C'est par ce moyen que l'Assurance maladie obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un assuré ou adhérent.



Optique

Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger des troubles de la vue. Il peut s'agir de lunettes (deux verres et une monture) ou de lentilles. Les lunettes entrant dans le panier de soins « 100% santé » seront remboursées intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les opticiens s'engagent à respecter. Les autres équipements (n'appartenant pas au panier « 100% santé » car répondant à d'autres critères techniques) seront moins bien pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Organisme complémentaire d'Assurance maladie (OCAM)

Il s'agit de l'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.

Orthodontie

Spécialité qui a pour objet la correction des anomalies de position des dents

P

Parcours de soins coordonné

C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposée en France. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'Assurance maladie obligatoire et leurs ayants-droits de moins de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné 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», après lui avoir 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.

Parodontologie

Il s'agit d'une discipline visant au traitement des maladies parodontales qui 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...)

Participation forfaitaire d'un euro

Cette participation forfaitaire d'un euro est 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 âgés de 18 ans sauf à partir du 6ème mois de grossesse et pour les bénéficiaires de la CSS ou ACS.

Protection universelle maladie (Puma)

La protection universelle maladie (Puma) garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge, par l'Assurance maladie obligatoire, de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Prestations (d'un organisme complémentaire d'Assurance maladie)

Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou assuré par l'organisme complémentaire d'Assurance maladie en application de son contrat d'assurance (garanties et éventuels services associés).



Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Prothèses dentaires

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

R

Réseau de soins

Les réseaux de soins sont créés par des conventions conclues entre des organismes complémentaires d'Assurance maladie (directement ou par l'intermédiaire d'un tiers) et des professionnels ou des établissements de santé. Avec leurs réseaux de soins, les organismes complémentaires d'Assurance maladie peuvent offrir des soins de qualité aux adhérents et assurés à des tarifs moindres et/ou avec une meilleure prise en charge.

Reste à charge

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et de sa complémentaire santé.

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 à honoraires opposables dit secteur 1 ou à honoraires libres dit secteur 2).

Soins courants

Il s'agit de l'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.

Soins dentaires

C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue 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.

Surcomplémentaire

Couverture ou contrat santé supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première Assurance maladie complémentaire sur certains postes de soins.

T

Taux de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le taux appliqué par l'Assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement.

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).

Tiers payant

Ce système de paiement évite au patient 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.

V

Vaccins

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

Visite médicale (à domicile)

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

