



ANNEXE GAMME MUTUELLE DE COMMUNE

Cette annexe complète le tableau des garanties de la gamme **MUTUELLE DE COMMUNE**, contrat collectif facultatif à adhésion individuelle, soit les garanties **NIVEAU 1**, **NIVEAU 2**, et **NIVEAU 3**.

La Mutuelle Familiale applique la réglementation sur les contrats responsables. Les montants mentionnés dans les tableaux de garanties s'appliquent si l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés. Les garanties issues de la réglementation sur le Reste à Charge 0 en santé (100% santé) (cf. optique, dentaire et audiology) sont consultables sur le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.



Précisions relatives aux prestations BIEN ETRE ET PREVENTION

Liste des médecines douces prises en charge au titre de votre garantie : Chiropractie, Ostéopathie, Acupuncture, Psychologie, Psychoanalyse, Diététicien, Pédicure, Podologie.

Liste exhaustive des thérapies prises en charge par la Mutuelle Familiale et indiquées dans la garantie sous le terme « médecine non conventionnelle réalisée par un praticien diplômé d'Etat ou d'une certification professionnelle inscrite au RNCP » : Aromathérapie, Art-thérapie, Balnéothérapie, Electrothérapie (ou TENS, neurostimulation électrique transcutanée), Ergothérapie, Homéopathie, Hydrothérapie, Mésothérapie, Musicothérapie.



100% SANTE

Le 100% Santé qu'est-ce que c'est ?

Le nouveau dispositif du 100% santé est inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Son objectif : limiter le renoncement aux soins en donnant à tous les assurés un accès à des soins de qualité intégralement remboursés par la Sécurité sociale et les organismes d'assurance complémentaire, dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire.

Qui peut en bénéficier ?

Tous les assurés dès lors qu'ils choisissent des soins ou des équipements du panier 100% santé. Dans ce cas, ils n'ont pas de reste à charge.

En revanche, ils restent libres d'opter pour des soins ou des équipements hors panier 100% santé.

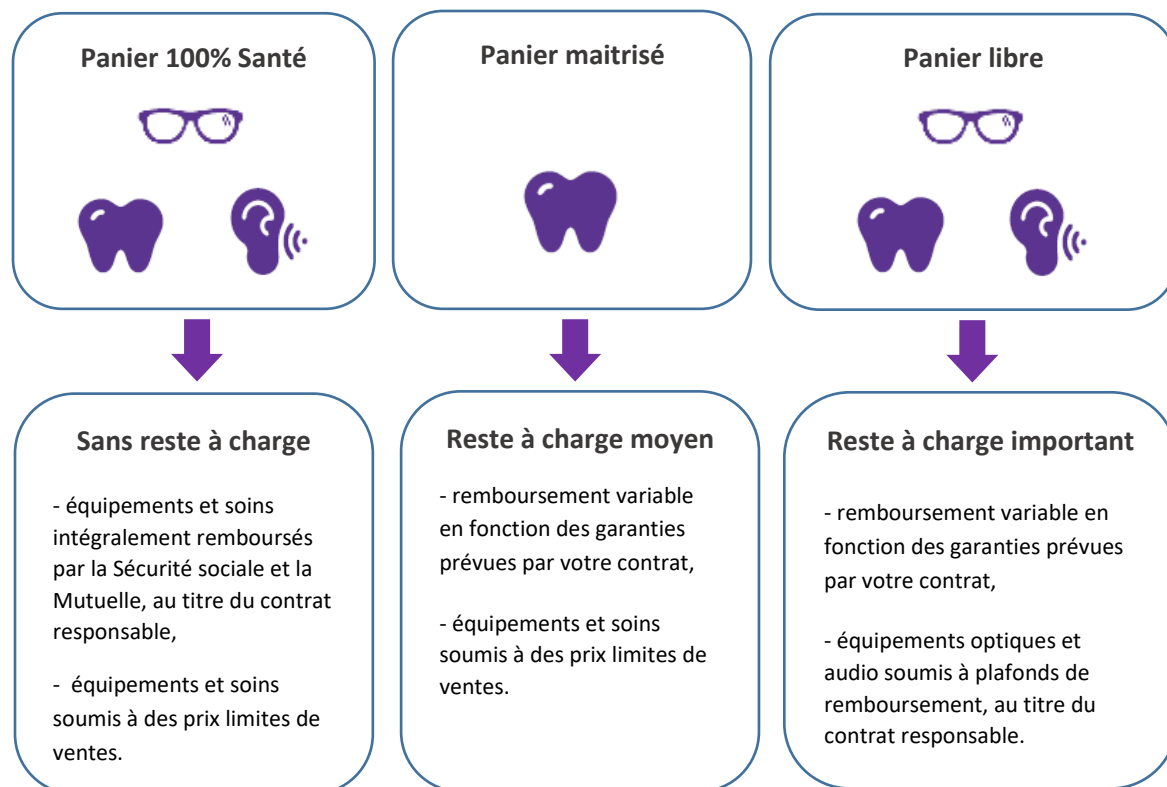
Quelle est sa date d'entrée en vigueur ?

L'entrée en vigueur du 100% santé est progressive et pleinement effective depuis le 1er janvier 2021.

- **1er janvier 2020** : les assurés bénéficient du 100% Santé en optique et sur une partie du dentaire ;
- **1er janvier 2021** : le 100% Santé est garanti en optique, en dentaire et en audiology.

Le 100% santé en pratique

Une liberté de choix préservée : Pour chacun des secteurs (optique, dentaire et audiologie), les assurés conservent la possibilité d'opter ou non pour des soins ou équipements du panier 100% Santé.



Pour l'optique et les aides auditives, les professionnels doivent systématiquement proposer aux assurés une offre sans reste à charge et, un devis doit obligatoirement être établi à cet effet.

Pour le dentaire, les chirurgiens-dentistes conventionnés doivent mentionner dans leur devis un plan de traitement « 100% santé » quand il existe.

100% santé et contrat responsable

Depuis le 1^{er} janvier 2020, le cahier des charges du contrat responsable est modifié pour tenir compte du nouveau dispositif du 100% santé¹. Dès lors, sont pris en charge au titre du contrat responsable :

- **L'intégralité de la participation des assurés** définie à l'article R.160-5 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur).
Par exception, pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques, le ticket modérateur est pris en charge uniquement si cela est prévu dans le tableau des garanties.
- Lorsque cette garantie est prévue dans le tableau des garanties, **les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO)** prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, sous réserve de respecter la double limite réglementaire de prise en charge,
- **Le forfait journalier des établissements hospitaliers, sans limite de durée**, conformément à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale,

¹ Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 modifiant l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale.

- **L'intégralité des frais exposés par l'assuré pour l'acquisition de dispositifs médicaux d'optique médicale et de soins dentaires prothétiques appartenant à une classe à prise en charge renforcée (panier 100% santé)².**
Depuis le 1er janvier 2021, cette prise en charge intégrale est étendue aux frais exposés par l'assuré pour l'acquisition d'aides auditives appartenant à une classe à prise en charge renforcée³.
Pour ces équipements et soins, les remboursements effectués par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et les organismes de Complémentaire santé doivent respecter les prix limites de vente (PLV) déterminés par voie réglementaire et les honoraires limite de facturation (HLF) fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale.
- Lorsque le contrat prévoit une prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, **pour l'acquisition de dispositifs d'optique médicale (et d'aides auditives depuis le 1er janvier 2021) appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée (panier 100% santé)**, les remboursements santé sont conformes au tableau des garanties applicables et, en tout état de cause aux planchers et plafonds réglementaires,
- Lorsque le contrat prévoit une prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, **pour les soins dentaires prothétiques appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée (panier 100% santé)**, les remboursements sont conformes au tableau des garanties applicables. Cependant, pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée (panier maîtrisé)⁴, les montants de remboursements ne peuvent excéder les honoraires limites de facturation (HLF) fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

² Optique - Panier 100% santé

Liste des équipements entrant dans le panier 100% Santé (classe A) → *Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.*

Prix limites de vente (PLV) → *Décision du 6 mars 2019 fixant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) de dispositifs et de prestations d'optique médicale inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.*

Dentaire - Panier 100% santé

Honoraires limites de facturation (HLV) et liste des soins dentaires prothétiques entrant dans le panier 100% Santé (actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge) → *Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018 (Annexes IV et V) et arrêté du 29 mars 2019 portant approbation des avenants 1 et 2 de la convention (rectificatif).* Les actes du panier 100% santé sans honoraires limites de facturation sont pris en charge dans la limite du panier libre, tel que défini par le tableau des garanties souscrites auprès de la Mutuelle Familiale.

Liste des soins dentaires prothétiques entrant dans le panier 100% santé pour les contrats souscrits ou renouvelés entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2020 puis pour les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2021 → *Arrêté du 24 mai 2019 relatif aux soins prothétiques dentaires garantis sans reste à charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (Annexes I et II).*

³ Audiologie - Panier 100% santé

Liste des aides auditives référencées par le Ministère de la santé

→ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tableau_de_referencement_des_aides_auditives_100_sante.pdf

Prix limites de vente (PLV) → *Avis relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.*

⁴ Dentaire - Panier maîtrisé

Honoraires limites de facturation (HLV) et liste des soins dentaires prothétiques entrant dans le panier maîtrisé (actes pour lesquels l'entente directe est limitée) → *Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018 (Annexes IV et V) et arrêté du 29 mars 2019 portant approbation des avenants 1 et 2 de la convention (rectificatif).* Les actes du panier maîtrisé sans honoraires limites de facturation sont pris en charge dans la limite du panier libre, tel que défini par le tableau des garanties souscrites auprès de la Mutuelle Familiale.



Précisions relatives au renouvellement des équipements d'optique médicale (modalités applicables depuis le 1^{er} janvier 2020)

La prise en charge est limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux (2) ans, sauf pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans pour lesquels un équipement peut être remboursé tous les ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Le renouvellement anticipé de l'équipement est possible en cas d'évolution de la vue ou en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, tels que défini par arrêté⁵.

L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

A noter : Depuis le 1er janvier 2020, **il est tenu compte des éventuelles prises en charge effectuées au cours des années antérieures**. La Mutuelle devra, avant de procéder au renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle par l'assuré concerné.



Précisions relatives au renouvellement des aides auditives (modalités applicables depuis le 1^{er} janvier 2021)

La prise en charge est limitée à **une aide auditive par oreille par période de quatre (4) ans**⁶. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le délai sera apprécié distinctement pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

A noter : Depuis le 1er janvier 2021, **il est tenu compte des éventuelles prises en charge effectuées au cours des 4 années antérieures**. La Mutuelle devra, avant de procéder au renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle par l'assuré concerné.

⁵ Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale

⁶ Arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.