



Avant de consulter, renseignez-vous sur le montant des honoraires pratiqués par le professionnel de santé pour évaluer les remboursements auxquels vous aurez droit.



Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, vous pouvez consulter directement, les spécialistes suivants :

- **Ophthalmologue**
- **Gynécologue**
- **Psychiatre ou neuropsychiatre** (si vous avez entre 16 et 25 ans),
- **Stomatologue** (sauf pour des actes chirurgicaux lourds).

## Lexique

**Ticket modérateur** : c'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Il est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire « responsables ».

**Franchises médicales** : c'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (50 centimes par boîte de médicaments et par acte paramédical et 2 euros par transport sanitaire). Elles ne peuvent pas être remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

**Forfait journalier hospitalier** : il représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures, y compris le jour de sortie. Ce forfait est de 20 euros par jour pour un séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique et de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie.

Médecin, dentiste, hôpital, pharmacie... vos soins ont un prix. Effectuer les démarches nécessaires pour être bien remboursé et savoir quel sera votre reste à charge est important.

## Ce que vous rembourse l'assurance maladie

L'assurance maladie vous rembourse sur la base d'un tarif qu'elle attribue à chaque acte, soin ou médicament (base de remboursement). A ce tarif elle applique un taux, permettant de calculer son remboursement final.

$$\text{Base de Remboursement} \times \text{Taux de Remboursement} - \text{Franchise ou Participation} = \text{Remboursement de l'Assurance Maladie}$$

Les remboursements pratiqués par l'assurance maladie varient en fonction :

- **De la discipline du médecin consulté et son secteur d'activité :**
  - **Secteur 1** : médecin conventionné appliquant le tarif fixé par l'assurance maladie.
  - **Secteur 2** : médecin conventionné pratiquant des honoraires libres.
  - **Adhésion aux options OPTAM/OPTAM-CO** : médecin pratiquant des dépassements modérés.

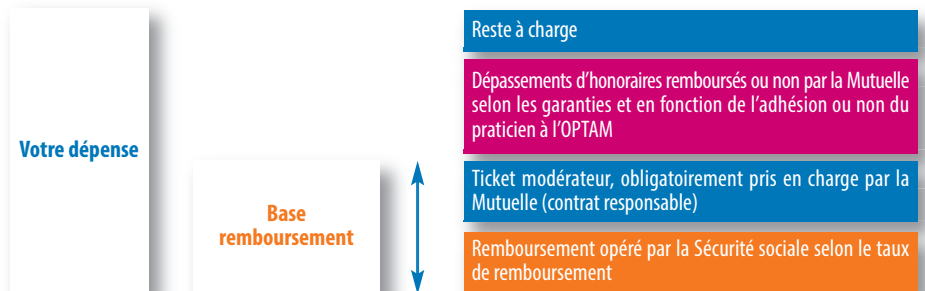
## • Du respect du parcours de soins coordonnés :

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, vous bénéficiez d'un taux de remboursement de 70 % du tarif de base conventionnel de la Sécurité sociale. Si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez directement un autre médecin sans être orienté au préalable par celui-ci, vous ne serez alors remboursé qu'à hauteur de 30 % de ce tarif par la Sécurité sociale.

- **Certaines contributions restent à votre charge** comme la participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et les actes de biologie ainsi que les franchises de 0,50 euro sur les médicaments et sur les actes effectués par un auxiliaire médical et de deux euros par transport.

## Ce que vous rembourse votre mutuelle

Votre mutuelle intervient en complément des remboursements de l'assurance maladie en fonction de la garantie que vous avez souscrite.



## Comment lire votre grille de garanties ?

Vos garanties sont généralement exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie. Si un acte est remboursé à 200 % BR (base remboursement), cela signifie que votre remboursement global (Assurance Maladie + mutuelle) sera de 100 % de la base de remboursement fixée et pourra aller jusqu'à 100 % de plus (selon la dépense engagée, le remboursement ne peut jamais excéder le coût).

Vous consultez un spécialiste adhérent à l'OPTAM dans le respect du parcours de soins coordonnés. Votre garantie vous couvre à 100 %.	Dépense réelle :	Remboursement AMO 70 % :	Remboursement mutuelle 30 % :	Reste à charge :
	40 €	21 €	9 €	10 €

Base du remboursement consultation spécialiste adhérent OPTAM : 30 euros

Vous vous faites poser une couronne céramo-métallique sur 2 <sup>ème</sup> prémolaire (HBLD491). Votre garantie vous couvre à 100 %.	Dépense réelle :	Remboursement AMO 70 % :	Remboursement mutuelle 30 % :	Reste à charge :
	538,70 €	84 €	36 €	418,70 €

Base du remboursement d'une couronne céramo-métallique sur 2<sup>ème</sup> prémolaire du panier à reste à charge maîtrisé : 120 euros