

Prévoyance Info

La lettre d'information des salariés du groupe Thales sur leur protection sociale

✦ février 2016

Nouveau contrat responsable : évolution de vos garanties Santé en 2016



L'ensemble des complémentaires Santé collectives et obligatoires doit respecter le nouveau cahier des charges des contrats responsables issu de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014⁽¹⁾.

► Qu'est-ce qu'un contrat responsable ?

Entrés en vigueur en 2006, les contrats responsables ont pour objectif de mieux encadrer les dépenses de santé : les complémentaires santé considérées comme responsables doivent ainsi encourager les assurés à respecter le parcours de soins, c'est-à-dire consulter leur médecin traitant avant tout spécialiste, et prendre en charge des garanties minimales, conformément à un cahier des charges clairement défini.

Fin 2014, la Loi de financement de la Sécurité sociale modifie les conditions à respecter par un contrat responsable : elles doivent s'appliquer à l'ensemble des complémentaires santé collectives et obligatoires.

► Un nouveau cahier des charges à respecter

Pour être considéré comme responsable, une complémentaire santé doit désormais prendre obligatoirement en charge :



CONSULTATIONS
ET ACTES MÉDICAUX

100% du ticket modérateur⁽²⁾

sauf pour les médicaments remboursés à hauteur de 30% ou 15% par la Sécurité sociale, l'homéopathie et les cures thermales.



FORFAIT
JOURNALIER HOSPITALIER

100% du forfait, sans limitation de durée

Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).



DÉPASSEMENTS
D'HONORAIRES

l'intégralité des dépassements d'honoraires pour les médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)⁽³⁾, dans la limite des garanties contractuelles

Les remboursements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au CAS sont dorénavant plafonnés.



OPTIQUE

un équipement optique (monture + verres) tous les deux ans

(un par an pour les mineurs de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue). Des plafonds spécifiques sont prévus pour les montures et les verres (variables selon la dioptrie et le type de verres). Ils incluent le remboursement du ticket modérateur.

(1) Décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales • (2) Il correspond à la part des frais de santé non remboursée par la Sécurité sociale qui reste à votre charge. Il est égal à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) et le Montant Remboursé par celle-ci (MR). • (3) Pour en savoir plus sur les CAS, consultez l'article « Contrat d'Accès aux Soins, de quoi parle-t-on ? » en page 4.

En revanche, en cas de non-respect du parcours de soins, les contrats responsables ont toujours l'interdiction de rembourser :

- les majorations de ticket modérateur appliquées par la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires des spécialistes consultés sur les actes cliniques et techniques, pratiqués hors parcours de soins coordonnés et hors protocole de soins dans la limite de 8 € (règle générale).

Par ailleurs, quel que soit le cas, les contrats responsables ne prennent pas en charge les franchises de la Sécurité sociale sur les consultations, les actes de médecins, les actes de biologie, les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

► Vos garanties Santé depuis le 1^{er} janvier 2016

Face à ces évolutions réglementaires, vos garanties Santé évoluent en 2016.

Les garanties s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

La négociation Thales a permis, comme le précise le tableau ci-après, une amélioration des garanties Soins de ville et Frais dentaires, dans le respect de la nouvelle définition du contrat responsable.

Autre évolution : les prestations anciennement appelées « Novalis Plus » intègrent aujourd'hui pleinement la rubrique Autres soins.

Les prestations versées par Humanis Prévoyance à un participant pour lui-même ou pour ses ayants droit sont, dans tous les cas, **plafonnées pour chaque acte, aux frais réels restant à charge** après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, de tout autre organisme.

SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné (1))	Régime Thales CAS	Régime Thales non CAS
Consultations et visites, généralistes	250 % BR	200 % BR
Consultations et visites, spécialistes	450 % BR	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité	100 % FR	200 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie	100 % FR	200 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % FR	
Auxiliaires médicaux conventionnés	100 % FR	
Auxiliaires médicaux non conventionnés	95% FR (mini 100 % BR)	
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	450 % BR	
Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale (ex : orthèses, semelles orthopédiques, ceintures lombaires, bas de contention : classe I,II et III...)	450 % BR	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné (1))	Régime Thales CAS	Régime Thales non CAS
Honoraires	100 % FR	200 % BR
Frais de séjour	100 % FR	
Chambre particulière	3,5 % PMSS/jour	
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	3,5 % PMSS/jour	
Forfait hospitalier	100 % FR	
Séjour en maison de repos accepté par la Sécurité Sociale	100 % FR	
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou TFR	
TRANSPORT		
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR	
FRAIS D'OPTIQUE		
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) Remboursement maximum pour la monture de 150 €		
(a) Equipement avec 2 verres simples ⁽²⁾	470 €	
(b) Equipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre complexe (c) ⁽²⁾	610 €	
(c) Equipement avec 2 verres complexes ⁽²⁾	750 €	
(d) Equipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre très complexe (f) ⁽²⁾	660 €	
(e) Equipement avec 1 verre complexe (c) et 1 verre très complexe (f) ⁽²⁾	800 €	
(f) Equipement avec 2 verres très complexes ⁽²⁾	850 €	
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 12 % PMSS/an/bénéficiaire	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	12 % PMSS/an/bénéficiaire	
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	50 % FR limité à 20 % du PMSS/œil plus en complément si restant à charge : 60 % FR limité à 600€/œil	

FRAIS DENTAIRES

Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	470 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	500 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale : > Couronnes, bridges et inter de bridges > Inlay-Cores > Couronnes sur implant > Prothèses dentaires amovibles > Réparations sur prothèses	550 % BR 370 % BR 550 % BR 550 % BR 550 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale: > Couronnes > Bridges > Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique) > Prothèses dentaires provisoires	18,6 % du PMSS/acte 48,9 % du PMSS/acte 2,2 % du PMSS/acte 2,4 % du PMSS/acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	550 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale -18 ans	550 % BR reconstituée
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale +18 ans	50 % FR limité à 250 % BR reconstituée
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/personne
Implant	65 % FR limité à 25 % du PMSS/implant limité à 6/an/personne répartis comme suit :
Pilier implantaire	Implant : 65 % FR limité à 15 % du PMSS/implant limité à 6/an/personne Pilier implantaire : 65 % FR limité à 10 % du PMSS/pilier limité à 6/an/personne

AUTRES SOINS

Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale : honoraires et soins	12 % PMSS/an/bénéficiaire
Analyses hors nomenclature	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire Plus en complément si restant à charge : 60 % FR limité 120€/an/bénéficiaire
Radiologie hors nomenclature	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire Plus en complément si restant à charge : 70 % FR limité à 70€/acte dans la limite de 300€/an/bénéficiaire
Péridurale non prise en charge par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire
Psychomotricité, psychothérapie et psychologue pour adulte	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire Plus en complément si restant à charge : 60 % FR limité à 45€/séance dans la limite de 450€/an/bénéficiaire
Psychomotricité, psychothérapie et psychologue pour enfant	65 % FR limité à 50€/séance dans la limite de 950€/an/bénéficiaire
Ostéopathie, acupuncture ⁽³⁾ , chiropractie et kinésithérapie méthode Mézières	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire Plus en complément si restant à charge : 70 % FR limité à 50€/séance dans la limite de 400€/an/bénéficiaire
Etiopathie	7 % PMSS/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR
Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale	70 % FR limité à 150€/an/bénéficiaire
Pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale	80 % FR limité à 60€/trimestre/bénéficiaire
Pédicurie : uniquement pour les ongles incarnés et les hallux-valgus	50 % FR limité à 6 actes/an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % FR

FR : Frais réels • BR : Base de remboursement • PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale au 1^{er} janvier de l'année • TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité.

La contribution forfaitaire, à la charge du participant instaurée par la réforme de l'Assurance maladie pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, dont le montant est fixé par décret à 1 € et limité à 4 € par jour lorsque les actes ou consultations sont réalisés par un même professionnel de santé, n'est pas prise en charge par l'Institution.

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à +4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(3) Les soins d'acupuncture ne sont pris en charge que s'ils ont été dispensés par un médecin conventionné.

(4) Les actes de prévention pris en charge sont :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire (prise en charge limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans).
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; Coqueluche : avant 14 ans ; Hépatite B : avant 14 ans ; BCG : avant 6 ans ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.



Contrat d'Accès aux Soins, de quoi parle-t-on ?

C'est l'une des grandes nouveautés de la réforme des contrats responsable. En 2016, la notion de Contrats d'Accès aux Soins (CAS) entre en ligne de compte dans la prise en charge de certaines de vos dépenses de santé. Explications.

Signé entre la Sécurité sociale et les médecins libéraux autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, le CAS engage les médecins signataires à ne pas augmenter leurs honoraires libres durant 3 ans et à effectuer une partie de leurs consultations aux tarifs conventionnés.

Principal avantage pour vous : une meilleure prise en charge de vos dépenses de santé, du fait de l'alignement de la base de remboursement des médecins signataires du CAS sur celle des médecins de secteur 1.

La consultation chez un médecin signataire est ainsi remboursée sur la base de 28€, contre 23€ pour les non signataires. **Vous avez donc tout intérêt à vérifier la situation de votre médecin avant toute consultation.**

Cette information est disponible sur ameli-direct.fr

Autre avantage du CAS : les signataires s'engagent pendant toute la durée de leur adhésion à maintenir leur pratique tarifaire et donc à ne pas augmenter leurs tarifs. Ils s'engagent également à stabiliser le taux moyen des dépassements d'honoraires.

► La preuve en chiffres

	Prix d'une consultation	Base de remboursement de la Sécurité Sociale	Taux de prise en charge	Montant remboursé par la Sécurité Sociale *	Remboursement complémentaire	Reste à charge
Spécialiste de secteur 1	28,00€	28,00€	70 %	18,60 €	9,40 €	1 €
Spécialiste de secteur 2 signataire d'un CAS	50,00 €	28,00 €	70 %	18,60 €	31,40 €	1 €
Spécialiste de secteur 2 non signataire d'un CAS	50,00 €	23,00 €	70 %	15,10 €	30,90 €	5 €

* auquel il faut retirer 1€ de participation forfaitaire à la charge du patient ; elle ne peut pas être prise en charge par l'organisme assureur



Coup d'œil sur Itelis, votre réseau d'opticiens

Verres, montures, lentilles... les dépenses en optique peuvent peser lourd sur un budget. Notre solution : Itelis, un réseau d'opticiens qui met son expertise et ses tarifs négociés à votre disposition.

► Quels avantages ?

- Le tiers payant pour éviter l'avance d'argent, à hauteur de la garantie du contrat
- 40 % d'économie en moyenne sur les verres grâce à des tarifs négociés⁽¹⁾
- 15 % minimum de remise sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles...)
- 10 % minimum de remise sur les lentilles
- Des offres promotionnelles en cours dans les magasins partenaires en plus des avantages Itelis
- Une garantie casse gratuite de 2 ans sans franchise pour la monture et les verres et 6 mois pour les lentilles traditionnelles (un remplacement par élément cassé, effectué par l'opticien ayant vendu l'équipement et sur présentation de l'équipement cassé)

► Où trouver un opticien Itelis ?

Pour connaître les coordonnées d'un professionnel de santé Itelis proche de vous, utilisez le service de géolocalisation mis à votre disposition :

- dans votre espace client Humanis sur humanis.com
- depuis l'application smartphone « Humanis Appli-Santé » disponible sur l'Apple store ou Google play ou en flashant l'un des QR Code :



Apple



Android

(1) Economie moyenne calculée sur la base des corrections les plus fréquentes et des tarifs des verres de marque les plus vendus, tous types de verres confondus (unifocaux, mi-distance et multifocaux). Source : bases de données Itelis 2014.



NOTRE CONSEIL

Vérifiez que votre opticien est bien partenaire du réseau pour bénéficier de tous les avantages Itelis. Retrouvez le logo Itelis Partenaire en vitrine chez tous les opticiens du réseau.



Humanis
à votre écoute

Tél.:  N° Cristal 0 969 39 74 74
APPEL NON SURTAXE

Courrier :
Humanis
93 rue Marceau
93187 Montreuil cedex

Espace client :
humanis.com
rubrique
« Espace Clients »,
« Espace Particuliers »



Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale
siège social : 29 boulevard Edgar Quinet - 75014 Paris.

