

Définition des termes employés pour l'assurance santé

A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z

A Accès direct

L'accès direct concerne le parcours de soins coordonnés. On parle d'accès direct pour une consultation quand il n'est pas nécessaire de passer par son médecin traitant pour être remboursé par une mutuelle ou complémentaire santé. Il s'agit des gynécologues, des ophtalmologues et des pédiatres.

Accident

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Accord National Interprofessionnel (A.N.I)

L'Accord National Interprofessionnel correspond à un accord négocié au niveau national couvrant l'ensemble des secteurs d'activité. De nombreuses lois sont issues des Accords Nationaux Interprofessionnels.

Acte de prévention

Un acte de prévention a pour objectif de réduire l'impact des maladies ou des problèmes de santé, d'éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, d'arrêter leur progression ou de limiter leurs conséquences.

Pour connaître les actes de prévention pris en charge par une mutuelle ou complémentaire santé, ainsi que le montant des remboursements, nous vous invitons à vous référer au tableau de garantie et aux conditions générales du contrat.

Acte de spécialité

Il s'agit d'un acte de consultation exercé par un médecin spécialiste, par exemple un ORL, un cardiologue, etc.

Acupuncture

L'acupuncture est une branche de la médecine chinoise traditionnelle considérée comme une médecine douce.

L'acupuncture consiste à piquer avec des aiguilles en des points précis de la surface du corps d'un patient pour soigner différentes maladies ou provoquer un effet analgésique.

L'acupuncture peut être utilisée dans de nombreux cas, notamment contre les allergies, les eczémas, les dépressions, les douleurs inflammatoires articulaires comme l'arthrose cervicale, les

problèmes gastriques, les constipations, les incontinences urinaires, les douleurs dentaires, les accouchements et évènements périnataux.

Adhérent

L'adhérent est la personne physique ou morale qui signe la demande d'adhésion à la mutuelle ou complémentaire santé. L'adhérent doit s'acquitter des cotisations pour bénéficier des garanties du dit contrat.

Les adhérents TNS souhaitant bénéficier des dispositions de la Loi Madelin devront être à jour de leurs cotisations aux régimes obligatoires de base.

Affection de longue durée (ALD)

Maladie grave et/ou chronique pour laquelle l'assurance maladie assure une prise en charge à 100% de tous les traitements nécessaires du fait de leurs caractères coûteux.

Il existe une liste d'une trentaine d'ALD fixée par le code de la Sécurité sociale.

Affiliation

Assujettissement d'une personne à un régime de Sécurité sociale.

Age limite de souscription

L'âge limite de souscription correspond au moment à partir duquel une personne ne peut plus souscrire.

Age de l'assuré

L'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année en cours et l'année de naissance. Par exemple, si vous êtes né le 21 février 1946, l'âge pris en considération au cours de l'année 20xx sera de $20xx - 1946 = \text{âge de l'assuré}$.

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

L'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est un dispositif destiné aux personnes dont les ressources sont faibles mais légèrement supérieures au plafond fixé pour l'attribution de la Couverture Maladie Universelle (CMU). L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ouvre droit à une déduction sur votre cotisation sur votre mutuelle ou complémentaire santé. Cette aide est variable selon l'âge et la composition du foyer.

Almerys

Les complémentaires santé Selfassurance Santé utilisent le système Almerys pour la carte tiers payant. Almerys est une filiale de la société Orange. Spécialiste de la gestion simplifiée des remboursements de santé, Almerys facilite la pratique du tiers payant pour les professionnels de santé et accompagne les organismes d'assurance maladie complémentaire dans leur stratégie santé.

Ameli

Ameli est le site Internet de la Sécurité sociale : www.ameli.fr

Année d'assurance

Une année d'assurance correspond à la période d'un an s'écoulant entre deux dates d'échéance principale.

Selfassurance est une marque de la société ECA-Assurances. 92-98 Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex.

SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S.NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z.

Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344. Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr

Entreprise régie par le code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des Assurances.

Appareillage

Il s'agit de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : prothèses, fauteuils roulants, etc. La plupart des mutuelles ou complémentaires santé distinguent les équipements d'optique et les prothèses auditives du reste de l'appareillage.

Arrêt de travail ou arrêt maladie

L'arrêt de travail ou l'arrêt maladie est la période pendant laquelle un salarié est déclaré inapte au travail à la suite d'une maladie, d'un accident de la vie courante, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Pendant son arrêt de travail, le salarié peut bénéficier d'une indemnisation, dont le montant dépend de la nature de l'arrêt, et d'autorisation de sortie, en fonction de ce qu'aura renseigné le médecin sur l'arrêt. Seul le médecin qui a prescrit l'arrêt de travail initial, ou le médecin traitant, peut le prolonger.

Arrêt de travail continu

On parle d'arrêt de travail continu lorsque l'arrêt de travail est sans reprise de l'activité professionnelle.

Arrêt de travail discontinu

On parle d'arrêt de travail discontinu lorsqu'il y a une reprise ponctuelle de l'activité professionnelle qui peut être répétée.

Assuré

Le terme assuré désigne une personne physique, assujettie au régime de la Sécurité sociale, de la Mutualité Sociale Agricole ou des Travailleurs Non-Salariés non Exploitants Agricoles, sur la tête de laquelle repose le risque, et dont le nom figure au contrat.

Assurance maladie

L'assurance maladie regroupe l'ensemble des branches maladies des régimes obligatoires de Sécurité sociale : salariés, agriculteurs, travailleurs indépendants.

Assurance santé

Voir assurance maladie.

Attestation vitale

L'attestation Vitale est une attestation papier qui reflète les informations inscrites sur la puce électronique de la carte Vitale.

Avenant

Ajout ou modification d'un élément au contrat qui change les conditions ou les modalités des engagements initialement prévus.

Par exemple, si vous déménagez ou que vous désirez modifier vos garanties, vous devez en informer votre assureur. Ces modifications seront alors incluses dans votre contrat grâce à l'avenant qu'il vous faudra signer.

Automédication

L'automédication consiste à utiliser, pour soi-même ou pour un proche, dans un but thérapeutique,

Selfassurance est une marque de la société ECA-Assurances. 92-98 Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex.

SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S.NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z.

Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344. Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr

Entreprise régie par le code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des Assurances.

un ou plusieurs médicaments sans avis médical.

Auxiliaires médicaux

Les auxiliaires médicaux sont définis par le livre III du code de la santé publique et désignent les professionnels de santé paramédicaux suivants : les infirmier(e)s, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, etc.

Les professionnels paramédicaux dont les actes sont remboursés par la Sécurité sociale sont qualifiés pour pratiquer des soins et assister un patient en dehors d'un établissement.

Ayant droit

Par ayant droit on entend toute personne rattachée à l'assuré. Il peut s'agir des enfants ou du conjoint. L'ayant droit bénéficie alors des garanties du contrat du fait de ses liens avec l'assuré principal (le cotisant).

B Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR)

C'est le tarif de base sur lequel est calculé le remboursement effectué par le Régime Obligatoire de la Sécurité sociale française dont relève l'assuré fixé par la Sécurité sociale.

Par exemple, la consultation chez un médecin généraliste respectant le tarif de convention (secteur 1) coûte 23 €. La Sécurité sociale prend en charge 70% du tarif de base, soit 15,10 € (dont 1 € déduit au titre de la participation forfaitaire sous réserve du respect du parcours de soins). Pour une mutuelle qui vous garantit à 100% BR, elle prend en charge la partie restante à hauteur des 100% de la Base de Remboursement, ce qui correspond à 6,90 €.

Bénéficiaires

Par bénéficiaires on entend conjoint, concubin ou enfant figurant comme ayant droit sur la carte d'affiliation de l'assuré à son Régime Obligatoire. Ces personnes peuvent profiter des mêmes garanties que l'assuré principal. Leur nom figure également sur le certificat d'adhésion.

En cours de contrat, tout nouvel ajout de bénéficiaires est fait pour une durée minimum de 12 mois et toute sortie volontaire d'un bénéficiaire ne peut s'effectuer qu'à échéance principale.

Biologie médicale

C'est une spécialité médicale qui consiste en l'exécution d'analyses et en l'interprétation médicale des résultats dans le but de caractériser l'origine physiopathologique d'une maladie.

Borne Vitale

Les bornes Vitale sont des guichets mis à disposition par votre caisse d'assurance maladie dans la plupart des pharmacies et dans les différents points d'accueil pour permettre l'actualisation de votre carte Vitale en cas de modification de votre situation administrative.

C Carte Vitale

La carte Vitale contient tous les renseignements nécessaires au remboursement des soins. Elle est utilisable chez tous les professionnels de santé libéraux, sous réserve de leur informatisation et ce pour chaque acte ou prescription susceptible d'être remboursé. A défaut d'informatisation ou pour toute autre impossibilité (oubli, perte, besoin simultané...), le médecin établit une feuille de soins papier. La carte Vitale est aussi appelée carte de Sécurité sociale. Elle est attribuée à tout assuré social à partir de 16 ans.

Selfassurance est une marque de la société ECA-Assurances. 92-98 Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex.

SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S.NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z.

Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344. Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr

Entreprise régie par le code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des Assurances.

Certificat d'adhésion

Il s'agit du document émis par la mutuelle ou la complémentaire santé, au nom et pour compte de l'Assureur, remis ou envoyé à l'adhérent qui confirme son adhésion au contrat. Ce document indique notamment la date d'effet des garanties, leur nature, leur étendue, leur durée, leur montant ainsi que le détail des cotisations.

Certificat de radiation

Il s'agit du document émis par la mutuelle ou la complémentaire santé, au nom et pour le compte de l'assureur, remis ou envoyé à l'adhérent qui confirme la fin du contrat.

Chambre particulière

Dans le cadre d'une hospitalisation, les établissements de santé peuvent proposer au patient de bénéficier d'une chambre particulière pour son hébergement. Son coût varie selon les établissements. Le patient a toujours la possibilité de demander à être hébergé en chambre commune. Les frais de cette chambre particulière ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire mais peuvent l'être par une mutuelle ou complémentaire santé.

Chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est un traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de santé ou en cabinet médical.

Chirurgie réfractive

Comprend les interventions via différentes techniques chirurgicales qui ont pour but de corriger l'amétropie. A noter que l'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations.

Complémentaire santé

Une complémentaire santé est une assurance qui vient compléter les remboursements de prestations de la Sécurité sociale. Egalement appelée mutuelle.

Conditions Générales

Ce terme désigne les dispositions contractuelles (durée, garanties, exclusions, résiliation,...) qui régissent de manière identique les relations de l'assureur avec les assurés pour le même produit d'assurance. Vous trouverez dans ce document qui accompagne toute souscription, le détail des garanties proposées. Attention : vous ne bénéficiez pas forcément de toutes les garanties décrites dans les conditions générales. Il faut vous reporter aux conditions particulières pour voir le détail des éléments souscrits dans votre contrat.

Ces Conditions Générales constituent avec les Conditions Particulières et les annexes le contrat d'assurance spécifique à chaque assuré.

Conditions Particulières

Ce terme désigne les dispositions spécifiques (échéance, garanties,...) du contrat d'assurance que vous avez souscrit. Ce document détaille les éléments des conditions qui s'appliquent à votre contrat.

Contrat

Un contrat d'assurance est un document juridique qui comprend :

- des dispositions (ou conditions) générales qui décrivent les garanties et indiquent les conditions de validité du contrat,
- des dispositions (ou conditions) particulières (ou personnelles), qui adaptent le contrat à la situation spécifique de l'assuré,
- et des annexes éventuelles.

Contrat collectif ou contrat groupe

Un contrat collectif ou contrat groupe est un contrat d'assurance de personnes passé entre un organisme assureur et une entreprise au bénéfice de ses salariés.

Contrat individuel

Contrat de complémentaire santé à adhésion volontaire, souscrit par une personne physique, pour sa couverture personnelle.

Contrat responsable

Le contrat responsable est un contrat garantissant le respect du parcours de soins coordonnés. Le contrat prévoit un niveau de remboursement complémentaire sur les consultations, médicaments à vignette blanche, biologie et analyses médicales et la prise en charge d'au moins deux prestations de prévention.

Contrat solidaire

L'accès au contrat et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Conjoint

Est considéré comme conjoint l'époux ou l'épouse de l'adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e) notoire.

Cotisation

Somme versée par un adhérent à sa mutuelle ou complémentaire santé pour bénéficier de ses prestations.

Cotisation unique

Paiement de la cotisation effectué en une seule fois à la souscription du contrat. A l'inverse, la prime périodique est un paiement effectué par le souscripteur à date fixe.

Couple

Est considéré comme couple, l'adhérent et son conjoint.

Couverture Maladie Universelle (CMU)

Permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes à faible revenu, non affiliées à un régime professionnel d'assurance maladie et résidant en France de manière stable et régulière.

Cure thermale

Une cure thermale est un séjour dans un centre thermal en vue du traitement de certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par l'assurance maladie si celles-ci sont motivées par une

affection ou une pathologie qui figure sur la liste des orientations thérapeutiques prises en charge.

D Date d'effet du contrat

Date à partir de laquelle les garanties du contrat d'assurance vont s'appliquer. Cette date ne doit pas être confondue avec la date d'échéance et la date anniversaire du contrat.

Si vous souscrivez à une complémentaire santé en ligne Selfassurance Santé la date d'effet du contrat dépendra de votre date de souscription :

- pour un devis réalisé entre le 1er et le 15 du mois (inclus), la date d'effet du contrat sera au 01 du mois en cours.
- pour un devis réalisé après le 15 du mois en cours, la date d'effet du contrat sera au 01 du mois suivant.

Décompte de prestations ou décompte de remboursement

Le décompte de prestations, appelé également décompte de remboursement, est un document envoyé à l'adhérent reprenant sur une période donnée, le détail et les montants des actes médicaux remboursés par la mutuelle ou la complémentaire santé pour chacun des assurés. On parle aussi de relevé de prestations.

Avec l'assurance santé Selfassurance Santé, vous pouvez consulter directement en ligne vos remboursements en vous connectant à votre espace personnel, rubrique Mes remboursements.

Délai d'attente

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie.

Dépassement d'honoraires

C'est la différence entre le montant des honoraires du professionnel de santé et le tarif de base de remboursement de la Sécurité sociale.

Durée du contrat

La durée du contrat correspond à la durée des engagements réciproques entre l'assureur (couverture du risque) et l'assuré (paiement de la cotisation).

Les conditions particulières précisent la durée du contrat. Le contrat se termine à la fin de la période pour laquelle il a été souscrit, sauf si le contrat prévoit une tacite reconduction.

E Echéance principale

L'échéance principale correspond à la date à laquelle se renouvelle l'adhésion au contrat. En santé, l'échéance annuelle est fixée à 12 mois après la prise d'effet des garanties, l'échéance principale est ensuite fixée au 31 décembre de chaque année.

Enfant à charge

Il s'agit de votre ou vos enfants fiscalement à votre charge, ou celle de votre conjoint.

Entente préalable

Accord par le Régime Obligatoire avant la réalisation de certains soins.

Selfassurance est une marque de la société ECA-Assurances. 92-98 Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex.

SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S.NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z.

Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344. Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr

Entreprise régie par le code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des Assurances.

Exclusion

Sont considérés comme une exclusion tous les événements qui ne sont pas garantis par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties, elles varient d'un contrat à l'autre. Quelques exemples d'exclusions : les maladies non prises en charge par le Régime Obligatoire ; la chirurgie plastique et esthétique ; etc.

Extension de garantie

On parle d'extension de garantie lorsqu'une garantie est ajoutée au contrat initial à la demande de l'assuré et généralement moyennant une cotisation supplémentaire.

Exonération du ticket modérateur

Un assuré est exonéré du ticket modérateur lorsque l'assurance maladie couvre la totalité des frais de soins.

F

FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux)

FINESS assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément. Il attribue un numéro FINESS, considéré comme un identifiant majeur.

Pour en savoir plus : <http://finess.sante.gouv.fr>

Ce site est destiné au grand public et aux partenaires du répertoire. Il donne accès à une sélection d'informations sur les établissements, actualisée au quotidien en fonction des modifications effectuées au niveau territorial (ARS, DRJSCS).

Forfait

Somme attribuée par la mutuelle pour certains postes de remboursement (le plus souvent en dentaire et optique).

Forfait journalier hospitalier

Montant versé à l'adhérent pour chaque jour d'hospitalisation sauf exception (maternité, accidents du travail...).

Frais de séjour

Par frais de séjour on entend hébergement, repas, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, etc. facturés par un établissement de santé.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas). Votre mutuelle ou complémentaire santé complète généralement ce remboursement.

Frais réels

Les frais réels correspondent à la somme dépensée par un assuré pour un acte médical. Il peut être pris en charge en fonction de la garantie souscrite.

Franchise

La franchise correspond au montant déduit des prestations dues à un assuré. Ce montant est mentionné dans le tableau des prestations assurées correspondant à l'option souscrite.

G

Garantie

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de l'option retenue, formant un tout indis-

sociable et constituant ainsi la garantie.

Génériques

Voir médicament générique.

H Honoraires

Les honoraires sont la somme versée au praticien pour une consultation ou un acte médical. Les dépassements d'honoraires correspondent à un dépassement des tarifs. Ils sont non remboursables par le Régime Obligatoire.

Hospitalisation

Une hospitalisation est un séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

I Imagerie médicale

L'imagerie médicale est un ensemble de techniques, consistant à mettre en image différentes régions ou différents organes de l'organisme, utilisés à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiographie, échographie, IRM, endoscopie, scanner, laser...

Implantologie

L'implantologie est une branche de la chirurgie dentaire qui consiste à poser des implants. L'implantologie n'est pas prise en charge par le Régime Obligatoire.

Renseignez-vous au préalable en demandant à votre chirurgien-dentiste de vous remettre un devis avant de vous poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées à sa pose. N'hésitez pas à le transmettre à votre mutuelle ou complémentaire santé pour connaître le montant de remboursement auquel vous aurez droit.

Indemnité journalière

Lors d'un arrêt de travail pour maladie non professionnelle, vous pouvez percevoir des indemnités journalières sous certaines conditions et après un délai de carence de trois jours. Les indemnités journalières sont versées par l'Assurance Maladie pour compenser la perte de salaire pendant votre arrêt de travail. Calculées sur la base de vos salaires bruts des trois ou douze mois précédents votre arrêt, elles vous sont versées tous les quatorze jours.

L Lentilles ou verres de contact

Les lentilles de contact sont des verres correcteurs, cosmétiques ou thérapeutiques sur la cornée de l'œil. Elles permettent de remplacer le port des lunettes tout en améliorant la vision.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels. Aujourd'hui, la majorité des mutuelles ou complémentaires santé prennent en charge le remboursement des lentilles.

Loi Chatel

Pour résilier votre mutuelle santé, il faut informer son assureur au moins 2 mois avant la date de

Selfassurance est une marque de la société ECA-Assurances. 92-98 Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex.

SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S.NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z.

Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344. Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr

Entreprise régie par le code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des Assurances.

reconduction du contrat par lettre recommandée.

La loi Chatel, mise en place depuis 2005, a pour mission de faciliter la résiliation des contrats individuels à reconduction tacite. Les professionnels d'assurance s'engagent à ce que les assurés reçoivent l'avis d'échéance au moins 20 jours avant la date d'échéance du contrat. Vous avez 20 jours à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance pour résilier votre contrat santé.

Loi Madelin

Les adhérents TNS (Travailleurs Non-Salariés) peuvent bénéficier d'une attestation des primes payées afin de les déduire de leurs impôts.

Long séjour

La notion de long séjour peut se définir quant à la durée plus ou moins longue de l'hospitalisation, au degré de dépendance de la personne hospitalisée et selon qu'elle soit sous surveillance continue ou non.

Lunettes

Les lunettes sont un instrument ophtalmologique permettant de pallier les défauts visuels parmi lesquels figurent l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie, la presbytie et l'aphasie. Une paire de lunettes est constituée d'une monture sur laquelle sont fixés des verres correcteurs. Leur prix dépend du type de corrections (verres uni focaux, multifocaux, progressifs...), de la qualité et du traitement spécifique (traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Les opticiens ont l'obligation de vous remettre un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que leur remboursement par l'assurance maladie obligatoire. N'hésitez pas à le transmettre à votre mutuelle ou complémentaire santé pour connaître le montant de remboursement auquel vous aurez droit.

M Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité

Sont liés aux garanties maternité l'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Médecin conventionné

Le médecin conventionné de secteur 1 respecte les règles et les tarifs fixés par la convention. Le médecin conventionné de secteur 2 peut pratiquer des tarifs plus élevés que le tarif de base de remboursement du Régime Obligatoire.

Médecin non conventionné

Le médecin non conventionné n'adhère pas à la convention médicale définie par l'Etat et n'est soumis à aucune contrainte tarifaire. Attention : les remboursements du Régime Obligatoire seront effectués sur la base du tarif d'autorité (voir tarif d'autorité).

Médecin traitant

Le médecin traitant est celui que chaque assuré choisit puis déclare à la Sécurité sociale. Vous vous engagez alors à le consulter prioritairement, en retour, le médecin s'engage généralement à

Selfassurance est une marque de la société ECA-Assurances. 92-98 Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex.

SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S.NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z.

Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344. Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr

Entreprise régie par le code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des Assurances.

n'appliquer aucun dépassement d'honoraires (en fonction des soins).

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin traitant peut vous orienter vers un médecin correspondant pour avis ou soins. Si vous respectez le parcours de soins coordonnés, vous bénéficierez du taux de remboursement maximal.

Mutuelle

Organisme couvrant le remboursement complémentaire.

Médicament générique

Un médicament générique est la copie conforme d'un médicament original autorisé depuis au moins 10 ans dans l'Union Européenne et dont le brevet est tombé dans le domaine public ou en cas d'absence de brevet.

Le principe actif du médicament utilisé dans un générique est identique à celui du produit de marque. Les médicaments génériques ne sont pas des « low cost » et répondent aux mêmes exigences de qualité, de sécurité et d'efficacité que les médicaments de références (article L 5121-1 du Code de la Santé Publique).

Il existe 2 types de génériques :

- la copie-copie : c'est la copie conforme du médicament original.
- les médicaments essentiellement similaires ou assimilables : ces médicaments ont une bioéquivalence avec le médicament original.

N NOEMIE (Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs)

Système d'échanges d'informations entre les organismes d'assurance obligatoire (caisse de Sécurité sociale) et les organismes complémentaires pour simplifier les démarches administratives, accélérer le processus de remboursement, éviter des flux de documents papier (dématérialisation).

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calculs des remboursements des Régime Obligatoire et complémentaire. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie(TNB).

Nullité du contrat

Elle s'opère à la suite d'une fausse déclaration ou d'une omission intentionnelle de l'assuré. Dans ce cas, l'assureur peut invoquer la nullité du contrat. Concrètement cela signifie que le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé donnant le droit à l'assureur de ne pas indemniser l'assuré.

O Ordonnance

Document délivré par un médecin et sur lequel figure ses prescriptions médicales.

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.

Orthodontie

L'orthodontie est une spécialité dentaire visant à corriger les mauvaises positions des mâchoires et des dents grâce à des appareils dentaires. L'assurance maladie obligatoire prend partiellement en

charge le traitement des enfants de moins de 16 ans.

Ostéopathie

L'ostéopathie est basée sur la manipulation des articulations. Elle s'intéresse principalement aux troubles fonctionnels du corps humain.

Les soins d'ostéopathie ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale (en dehors de soins pratiqués dans le cadre d'une consultation médicale). Certaines mutuelles ou complémentaires santé peuvent néanmoins prendre en charge ce type de soins.

P Parcours de soins

Le parcours de soins coordonnés consiste à choisir et à consulter en priorité un médecin, dit médecin traitant, pour le suivi médical. En cas de respect du parcours de soins, le remboursement est effectué normalement. Sinon, des pénalités financières seront appliquées.

Parodontologie

La parodontologie est la partie de la dentisterie qui est spécialisée dans le traitement des maladies parodontales. Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une partie du traitement de la parodontologie.

Plafond

Un plafond est un seuil limite de prise en charge par l'assureur d'une dépense pour un type d'acte. Le plafond s'entend le plus souvent par année d'assurance.

PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

Le PMSS est fixé chaque année par décret et sert de référentiel pour déterminer la base de calcul des cotisations sociales.

Préavis de résiliation

Il correspond au délai que l'assuré doit respecter pour informer sa mutuelle ou complémentaire santé qu'il souhaite résilier son contrat. Pour connaître ce délai, vous devez vous référer aux Conditions Générales et Particulières de votre contrat.

Prévoyance

Les garanties prévoyances sont différentes de celles de la santé. Elles couvrent principalement le décès ou l'invalidité.

Prime

Voir cotisation.

Prime unique

Voir cotisation unique.

Prise en charge

Une prise en charge est un acte permettant à l'assuré d'éviter d'avancer les frais.

Prothèse auditive

La prothèse auditive est un appareil médical améliorant l'audition. Il existe différents types de prothèses auditives : les contours d'oreille, les prothèses intra-auriculaires, les lunettes auditives et les appareils boîtiers.

L'appareil auditif doit être prescrit par un médecin après le constat d'une perte auditive. Les audioprothésistes doivent vous remettre un devis avant la vente. Ce devis doit comporter le prix de vente, la marque, le modèle, la référence commerciale, la classe, la durée de la garantie ainsi que la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

N'hésitez pas à le transmettre à votre mutuelle ou complémentaire santé pour connaître le montant de remboursement auquel vous aurez droit.

Prothèse dentaire

La prothèse dentaire est utilisée dans le cadre du remplacement ou de la consolidation de dents abîmées. La prothèse dentaire est posée par un chirurgien-dentiste qui est tenu de vous remettre un devis avant toute pose. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse, le prix des prestations associées ainsi que la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

N'hésitez pas à le transmettre à votre mutuelle ou complémentaire santé pour connaître le montant de remboursement auquel vous aurez droit.

R Régime Obligatoire

C'est le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale française dont relève l'assuré (régime Général de Sécurité sociale, régime des Salariés Agricoles ou Régime Obligatoire des Travailleurs Non-Salariés Non Exploitants Agricoles).

Résiliation

L'acte par lequel l'assuré, ou l'assureur, mettent fin au(x) contrat(s) qui les lie(nt). L'assuré doit respecter un délai pour aviser l'assureur de son intention de résilier le contrat (la résiliation du contrat peut intervenir chaque année deux mois avant l'échéance principale du contrat, ce délai est précisé dans les Conditions Particulières). L'assuré doit informer la société d'assurance par lettre recommandée ou contre récépissé.

Reste à charge

C'est la part qui reste à la charge de l'assuré social après remboursement du Régime Obligatoire.

S Secteur conventionné

Secteur 1 : regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers s'engageant à respecter la base de remboursement (BR).

Secteur 2 : regroupe l'ensemble des praticiens autorisés par convention à dépasser les tarifs de Responsabilité Convention.

Secteur non conventionné

Secteur 3 : regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers n'ayant pas adhéré à la convention passée entre les Régimes Obligatoires et la profession médicale concernée. Le remboursement des actes par le Régime Obligatoire est alors effectué sur la base du tarif d'autorité (voir tarif d'autorité).

Selfassurance est une marque de la société ECA-Assurances. 92-98 Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex.

SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S.NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z.

Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344. Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr

Entreprise régie par le code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des Assurances.

Service Médical Rendu (SMR)

On parle de Service Médical Rendu par un médicament. Cela correspond au bénéfice réel apporté par le médicament au patient. Son efficacité est évaluée régulièrement par une commission en fonction de son efficacité, il est pris en charge ou non par la Sécurité sociale.

Souscripteur

C'est la personne qui signe le contrat et paie les cotisations. Le souscripteur est également appelé contractant. C'est le véritable propriétaire du contrat. Il est parfois différent de l'assuré ou du bénéficiaire.

Sur-complémentaire santé

Une sur-complémentaire santé permet d'obtenir un 3^{ème} niveau de remboursement en complément des remboursements de votre mutuelle.

Vous pouvez souscrire une sur-complémentaire santé que vous ayez une mutuelle à titre individuel ou par le biais de votre entreprise. Renforcez dès maintenant votre mutuelle ou complémentaire santé actuelle en souscrivant à un sur-complémentaire santé !

T Tacite reconduction

On parle de tacite reconduction lors d'un renouvellement automatique du contrat (lorsqu'il n'est pas résilié dans les délais prévus).

Tarif d'autorité

Le tarif d'autorité est le tarif fixé par arrêté ministériel servant de base au calcul du remboursement du Régime Obligatoire pour les actes pratiqués par des professionnels de santé relevant du secteur non conventionné (médecins n'ayant pas signé de convention avec la Sécurité sociale secteur 3). La Sécurité sociale calcule alors son remboursement sur la base d'un tarif symbolique : c'est le tarif d'autorité.

Par exemple, pour une consultation chez un médecin généraliste (secteur 3) à Paris, le tarif d'autorité est de 0,61 €.

Tarif de convention

Le tarif de convention est désormais appelé Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale. C'est sur cette base qu'est appliqué le taux de remboursement du Régime Obligatoire.

Télétransmission

C'est un système de flux informatiques mis en place pour transmettre immédiatement aux régimes d'assurance maladie obligatoire les feuilles de soins, indiquant les honoraires et les actes médicaux réalisés afin d'accélérer les remboursements et simplifier les démarches des assurés

Pour plus de tranquillité, Selfassurance Santé propose la télétransmission pour l'ensemble de ses formules.

Ticket modérateur

Le ticket modérateur correspond à la différence entre les tarifs de base pris en compte par le Régime Obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Tiers payant

Le tiers payant est le système permettant à un assuré de ne pas faire l'avance des frais, la Sécurité sociale réglant directement le professionnel de santé. Les mutuelles ou complémentaires santé peuvent également proposer le tiers payant sur la part qu'elles remboursent. On parle alors de dispense d'avance de frais.

Tiers payant pharmaceutique

Le tiers payant pharmaceutique est un système permettant à l'assuré de ne pas faire l'avance des frais pharmaceutiques, la Sécurité sociale règle directement au pharmacien les montants dus. Le tiers payant pharmaceutique n'est valable que si une convention a été signée entre le Syndicat des Pharmaciens du département concerné et l'organisme assureur.

V Vaccins

La vaccination est un procédé consistant à introduire un agent extérieur dans l'organisme afin de créer une réaction immunitaire positive contre une maladie infectieuse.

Il existe plusieurs catégories de vaccins :

- vaccins obligatoires (diphtérie - tétanos - poliomyélite),
- vaccins recommandés (par exemple : BCG, coqueluche, méningite...).

Les vaccins recommandés sont pour la plupart remboursés par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 65 %. Certains sont remboursés à 100 % pour des catégories ciblées (grippe, rougeole-oreillons-rubéole).

Vignettes

Les vignettes sont les étiquettes collées sur les boîtes des médicaments qui permettent d'identifier le taux de remboursement. Le taux de remboursement des médicaments est indiqué par la couleur de leur vignette :

- vignette blanche barrée : remboursement à 100 % par la Sécurité sociale,
- vignette blanche : remboursement à 65% par la Sécurité sociale,
- vignette bleue : remboursement à 35% par la Sécurité sociale,
- vignette orange : remboursement à 15% par la Sécurité sociale.