

Comment se soigner sans aucun reste à charge : les points clés du "Reste à charge zéro"

En France, les domaines pour lesquels le renoncement aux soins est le plus fort sont l'audiologie, le dentaire et l'optique. C'est sur ces domaines que le « reste à charge » est généralement le plus élevé. Les pouvoirs publics ont donc fait en sorte que, sur une sélection de soins dits « essentiels » dans chacun des trois domaines, un dispositif nouveau permette aux assurés d'être intégralement remboursés : c'est la réforme « 100 % Santé » et son dispositif « reste à charge zéro ».

■ La réforme 100% Santé permet d'accéder à des équipements de qualité intégralement remboursés en :

- Audiologie, dentaire et optique.

Le professionnel de santé doit établir deux devis pour permettre au patient un choix éclairé entre les prestations entrant dans le cadre du 100% Santé et les prestations libres.

■ Le 100% Santé c'est aussi la prévention avec des consultations et examens obligatoires :

- pour les jeunes (jusqu'à 16 ans) en audiologie (examens et bilan auditif) et optique.
- de la prévention et des soins conservateurs pour tous en dentaire, ou plus ciblés tels que le bilan parodontal pour les personnes diabétiques.

Pour garantir un meilleur accès aux soins, la réforme 100% Santé prévoit un remboursement intégral (reste à charge zéro) répondant à des exigences de qualité. Les soins sont encadrés par la mise en place de Prix Limite de Vente pour les professionnels de santé.



DES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

(montures et verres conformes aux normes françaises NF et européennes CE)



DES PROTHÈSES DENTAIRES



DES PROTHÈSES AUDITIVES

Et sur les soins en dehors de cette sélection « paniers 100% santé », que se passe-t-il ?

Tous les autres soins appartiennent à l'offre « panier libre »

Dans ces « paniers », les tarifs ne sont pas régulés (ni Honoraires Limites de Facturation, ni Prix Limites de Vente) et la liste d'équipements n'est pas limitative.

Sur ces « paniers libres », la Sécurité sociale a diminué son niveau de remboursement mais, **votre complémentaire continue d'intervenir** : le montant du remboursement dépend des garanties spécifiques de votre contrat.

En dentaire, il existe une offre intermédiaire appelée le « panier maîtrisé ».

Les points clés du "Reste à charge zéro"



Des Honoraires Limites de Facturation s'appliquent à une sélection de matériel afin de maîtriser les dépassements mais le remboursement intégral n'est pas garanti.

De plus, et sous certaines conditions (expliquées dans nos fiches pratiques), **vous pouvez mixer les paniers : cette formule s'appelle le « panachage » et vous permet plus de liberté dans le choix des équipements.**

Le remboursement est mixte sur cette formule : intégral sur la partie des équipements « 100% santé » et complet ou partiel sur le reste. Cela dépend des garanties que vous avez souscrites.

Comment le « reste à charge zéro » fonctionne-t-il concrètement ?

Bénéficier d'un reste à charge à zéro ne signifie pas que les lunettes, les couronnes ou les aides auditives sélectionnées par la Sécurité sociale seront gratuites, mais avec le « panier 100% santé », au moment de régler vous pourrez avoir 2 options :

Rien à avancer

Grâce au tiers payant intégral (c'est-à-dire la dispense d'avance de frais sur la part de la Sécurité sociale et part de la Mutuelle du Groupe BNP Paribas), vous n'aurez rien à payer au professionnel de santé.

Tout ou partie à vous faire rembourser

Si le professionnel de santé ne pratique pas du tout ou partiellement le tiers payant intégral, vous devrez régler tout ou partie des soins et faire une demande de remboursement auprès de la Mutuelle du Groupe BNP Paribas.

Vous l'avez donc compris, en plus des professionnels de santé et des complémentaires santé, vous serez un acteur important de ce dispositif car c'est vous qui pouvez choisir de recourir au panier « 100% santé ».

Parcours Audio

En audiologie, le dispositif « reste à charge zéro » est en place depuis le 1er janvier 2021.

Les points clés à retenir :

1. Une liste d'aides auditives sélectionnées appelées « aides de classe 1 » :

- **des prix de vente limités :**
 - pour un assuré de plus de 20 ans : à 950€/oreille
 - pour un assuré de moins 20 ans et/ou atteint de cécité : 1400€
- **des remboursements de la Sécurité sociale en augmentation :**
 - à hauteur de 240€ (60% de 1400€) pour un assuré de plus de 20 ans
 - à hauteur de 840€ (60% de 1400€) pour un assuré de moins 20 ans et/ou atteint de cécité
- **des conditions spécifiques d'essai et de garantie :**
 - 30 jours d'essai
 - 4 ans de service après-vente
 - Au moins 2 prestations de suivi/réglage par an

Les aides auditives sélectionnées (prothèses de classe 1)

Types d'aide auditive	Canaux de réglages	Les options
<p>Tous les types d'aides sont concernés</p> <ul style="list-style-type: none">• contour d'oreille classique• contour d'oreille à écouteurs déportés• modèle intra auriculaire	<p>Le cahier des charges de qualité sur lequel se sont concertés les pouvoirs publics et les audioprothésistes stipule que toutes les prothèses de la classe 1 doivent offrir 12 canaux de réglages.</p>	<p>Sur les 8 options disponibles sur les prothèses*, vous pourrez en choisir librement 3 qui seront incluses dans le tarif de la prothèse</p> <p><i>*Liste des 8 options possibles</i></p> <ul style="list-style-type: none">• système anti-acouphène• connectivité sans fil• réducteur de bruit du vent• synchronisation binaurale• directivité microphonique adaptative• bande passante élargie $\geq 6\ 000$ Hz• fonction apprentissage de sonie• dispositif anti-réverbération

2. Le fait que toutes les prothèses en dehors de cette sélection sont considérées en « panier libre » : aucune limitation de prix de vente ni d'augmentation du remboursement Sécurité sociale.

3. Voici comment procéder pour vous équiper soit des aides auditives de classe 1 soit de celles appartenant à l'offre libre (dites de classe 2).

1. **Rendez-vous chez votre audioprothésiste muni de votre ordonnance**
2. **Faites votre choix** parmi les aides les plus adaptées à votre situation, proposées par votre audioprothésiste : modèle, options, réglage etc...

Parcours Dentaire

1 A savoir avant d'aller chez le dentiste

Renseignez-vous sur ce que contient l'offre « panier 100% » ... et sur le « panier maîtrisé » !

Dans le cas du dentaire, la réforme 100% santé se traduit par :

- **une nouvelle règle qui détermine le coût des prothèses** par rapport à leur position dans la bouche : les matériaux les plus esthétiques sont réservés aux dents les plus visibles.
- **des prix limités** : on parle d'Honoraires Limites de Facturation (HLF) qui s'appliquent en fonction du matériau et de l'emplacement : voir « tableau mémo dentaire ».

A titre d'exemples :

- Dans le « panier 100% santé », les pouvoirs publics ont prévu que, pour des molaires, seules des couronnes en métal seraient remboursées à 100%.
- Dans le « panier maîtrisé » en revanche vous pourrez choisir des couronnes en céramique sur les molaires, avec un prix limité.

Notre tableau mémo vous permet de voir comme les prix se répartissent dent par dent pour chaque panier.

TABLEAU MÉMO | TARIFS DENTAIRES

Incisives, canines
et 1^{ère} prémolaire

2^{ème} prémolaire

Molaires

	Panier 100% Santé	Panier maîtrisé	Panier Libre
Incisives, canines et 1^{ères} prémolaire	<ul style="list-style-type: none">• Couronne métal [HLF 290€]• Couronne céramo-monolithique en Zircon [HLF 440€]• Couronne céramo-monolithique sans Zircon [HLF 500€]• Couronne céramo-métallique [HLF 500€]	Pas de HLF	<ul style="list-style-type: none">• Couronne céramo-céramique• Couronne céramique en alliage précieux
2^e prémolaire	<ul style="list-style-type: none">• Couronne métal [HLF 290€]• Couronne céramo-monolithique en Zircon [HLF 440€]	<ul style="list-style-type: none">• Couronne céramo-monolithique sans Zircon [HLF 550€]• Couronne céramo-métallique [HLF 440€]	<ul style="list-style-type: none">• Couronne céramo-céramique• Couronne céramique en alliage précieux
Molaires	<ul style="list-style-type: none">• Couronne métal [HLF 290€]	<ul style="list-style-type: none">• Couronne céramo-monolithique en Zircon [HLF 550€]• Couronne céramo-monolithique sans Zircon [HLF 550€]	<ul style="list-style-type: none">• Couronne céramo-métallique• Couronne céramo-céramique• Couronne céramique en alliage précieux
Toutes dents	<ul style="list-style-type: none">• Inlay-Core [HLF 175€]• Prothèse transitoire [HLF 60€]	<ul style="list-style-type: none">• Inlay-Core [HLF 175€]• Prothèse transitoire [HLF 60€]	Pas de HLF
Prothèse amovible	<ul style="list-style-type: none">• Dentier résine [HLF 1 100€]	<ul style="list-style-type: none">• Dentier châssis métallique [HLF 1 600€]	Pas de HLF



Dans le cas du « panier 100% santé »

Si vos soins respectent l'emplacement et le matériau des prothèses, vous serez intégralement remboursé.

Dans le cas du « panier maîtrisé »

Le remboursement de la Mutuelle sera au minimum de 125% de la Base de Remboursement (y compris la part réglée par la Sécurité sociale) mais les garanties spécifiques de votre contrat peuvent aller au-delà : **depuis le 1er avril 2022 il est obligatoire fournir à votre Mutuelle un devis préalable à vos soins afin d'obtenir l'estimation de leur prise en charge.**

Et sachez qu'il vous est possible de panacher ...

... mais en respectant certaines conditions. En effet, le panachage est autorisé sur l'ensemble de la bouche mais pas pour une seule et même dent.

Un exemple de **panachage possible** sur l'ensemble de la bouche, si vous devez faire poser des prothèses sur les 2 incisives et sur votre 1ère molaire :

- ♦ Vous pouvez choisir des incisives en céramo-métallique aux Honoraires Limites de Facturation de 500€ chacune en « panier 100% Santé » : elles vous seront intégralement remboursées.
- ♦ Et pour les molaires, vous pouvez choisir le « panier maîtrisé » qui vous permet de faire poser une couronne en céramo-monolithique zircone pour des Honoraires Limites de Facturation de 550€.

En revanche, **ces panachages sont impossibles sur une même dent** :

- ♦ On ne peut pas combiner un Inlay-Core du « panier maîtrisé » ou « panier libre » avec une couronne du « panier 100% ».
- ♦ On ne peut pas combiner une prothèse provisoire du « panier maîtrisé » ou « panier libre » avec une couronne du « panier 100% ».

Enfin, en dehors du panier 100% santé vous pourrez aussi choisir un panier libre : dans ce cas, le dentiste vous fait une proposition mais pas au même prix car il n'existe pas d'Honoraires Limites de Facturation sur le « panier libre ».

Combien serez-vous remboursé en « panier libre » ?

Le montant de remboursement de la Sécurité sociale sera moins élevé que sur le « panier maîtrisé » et le « panier 100% ». Quant à votre Mutuelle, au minimum elle complètera à hauteur de 125% de la Base de Remboursement (y compris la part remboursée par la Sécurité sociale) mais les options de votre contrat peuvent aller au-delà : **depuis le 1er avril 2022 il est obligatoire fournir à votre Mutuelle un devis préalable à vos soins afin d'obtenir l'estimation de leur prise en charge.**

2 Chez le dentiste

Chez le dentiste, cela se passe comme d'habitude : le dentiste vous montre des modèles de prothèses, vous explique ce qui est préconisé en termes de matériau dans votre cas précis et vous conseille sur les prothèses à envisager.

Vous serez probablement face à plusieurs options, c'est le moment pour le dentiste de vous établir des devis.

Le dentiste a l'obligation de vous proposer au moins une option du panier 100% santé.

Afin d'être correctement analysé par la Mutuelle du Groupe BNP Paribas, le devis devra préciser le matériau et l'emplacement. Le plus sûr est donc de faire établir plusieurs devis et de les transmettre à la Mutuelle du Groupe BNP Paribas pour analyse.



3 Règlement des soins et remboursement

1. Votre règlement au dentiste

Pensez à interroger votre dentiste afin de savoir s'il pratique le tiers payant intégral. Dans ce cas vous n'aurez pas à avancer la part Sécurité sociale et Mutuelle, seuls les frais non pris en charge vous seront alors facturés et resteront à votre charge.

- **S'il pratique le tiers payant** (dans certains centres de santé dentaires*) : vous réglerez la différence entre le coût total et la part Sécurité sociale.
- **Sinon** : vous réglerez le montant total.

Ensuite, pour être remboursé, vous enverrez à la Mutuelle du Groupe BNP Paribas votre facture via notre application ou votre espace adhérent et nous vous réglerons quelques jours après réception du document. Vous pouvez inviter le professionnel de santé à mettre en place le tiers-payant pour l'avenir avec le prestataire de la Mutuelle indiqué sur votre attestation de tiers payant.

Aucune garantie spécifique n'a été définie dans le cadre du 100% santé. Votre dentiste vous précisera ce que vous pouvez attendre en la matière.

Les soins sont terminés et le dentiste vous présente sa facture : même sur un « panier 100% santé », les soins font l'objet d'une facturation.

2. Pour un cas de panachage

Dans le cas d'un panachage, les soins vous sont facturés et vous devez les régler avant de percevoir un remboursement : sur les prothèses du « panier 100% santé » vous avez la garantie d'être remboursé intégralement, en revanche pour les prothèses du panier maîtrisé ou libre, car le remboursement dépendra des garanties prévues dans votre contrat.

3. Pour un panier libre

Sur un panier totalement libre les montants de remboursement seront toujours :

- très faibles, la Sécurité sociale ayant décidé de réduire son intervention sur les prothèses.
- variables pour le remboursement par votre complémentaire, car ils dépendent des garanties prévues dans votre contrat.

Les soins vous sont facturés par votre dentiste et vous devez les régler avant de percevoir un remboursement.

**Centres de santé dentaires indiqués en rubrique géolocalisation sur l'espace assuré ou l'application mobile*

Parcours Optique

1 A savoir avant d'aller chez l'opticien

1. Vérifiez votre ordonnance

Vous envisagez de vous rendre chez l'opticien : vérifiez d'abord, **dans quel cas de renouvellement vous êtes** car cela a une incidence sur votre parcours d'achat.

La Mutuelle respectant les règles du contrat responsable, il est prévu un renouvellement de vos lunettes tous les deux ans : tous les deux ans à date d'anniversaire de l'achat pour les adultes, tous les ans pour les enfants. Un renouvellement anticipé est possible dans le cas d'un changement de vision ou pour certaines pathologies.

Vous pouvez vous référer aux tableaux ci-dessous : validité de l'ordonnance, délais et conditions de renouvellement, elles vous expliquent tout !

PARCOURS STANDARD | SANS CHANGEMENT DE VISION

Un exemple pour vous éclaircir

Vous avez 34 ans, votre ordonnance est valable 5 ans.

Votre ordonnance date de 2017 et vous voulez refaire vos lunettes en janvier 2020 pour profiter du 100% Santé.

Votre contrat responsable vous permet d'acheter des lunettes tous les 2 ans.

Dérogations au délai de 2 ans :
Changement de la vision ou pathologies spécifiques diagnostiquées par l'ophtalmologue.

Validité de l'ordonnance

En fonction du décret sur les conditions de renouvellement paru le 12.10.2016 et pour les ordonnances émises à partir de cette date, les durées sont les suivantes :

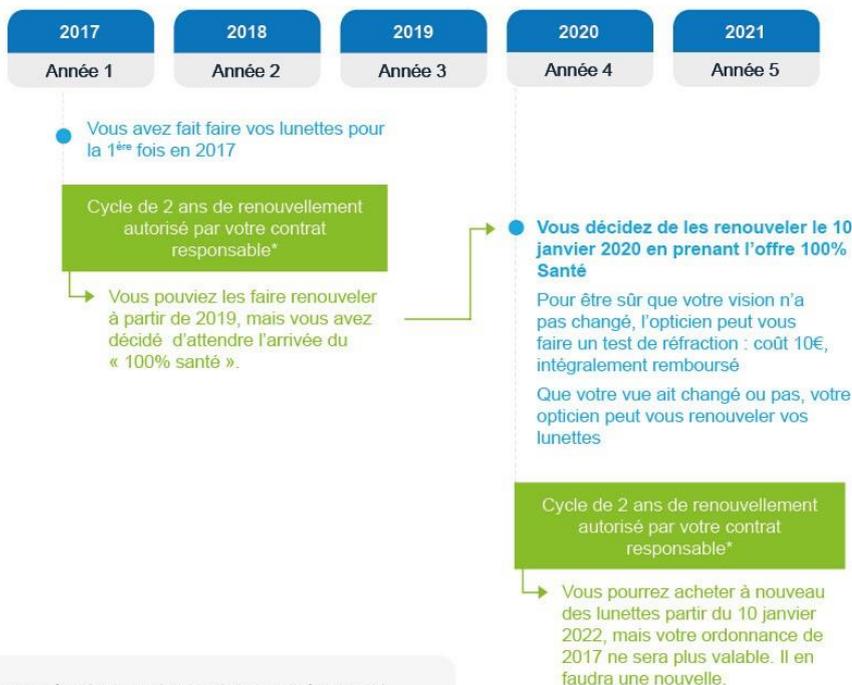
Si le patient a moins de 16 ans, l'ordonnance est valable 1 an.

Entre 16 et 42 ans, la durée de validité est de 5 ans.

A partir de 43 ans, elle est raccourcie à 3 ans.

*Règle de renouvellement

- **Standard** : Renouvellement possible tous les deux ans à partir de la date d'achat du premier équipement.
- **Anticipé / Changement de vision** : A compter de 2020, pour les adultes, le renouvellement est possible au bout d'un an à compter de la date d'achat du premier équipement et pour les enfants, seuls les verres peuvent être renouvelés, sans limitation en nombre de renouvellement.





RENOUVELLEMENT ANTICIPÉ | AVEC CHANGEMENT DE VISION

Un exemple pour vous éclairer

Vous avez 34 ans, votre ordonnance est valable 5 ans.

Votre ordonnance date de 2019 et vous voulez refaire vos lunettes en 2020 car votre vision a changé.

Votre contrat responsable ne vous permet d'acheter des lunettes que tous les 2 ans, sauf en cas de changement de vision.

Et même dans ce cas, vous devez cependant attendre un délai d'un an à partir de la date d'achat du premier équipement.

Pour faire constater ce changement de vision, vous pouvez soit retourner chez l'ophtalmologue et faire établir une nouvelle ordonnance, soit demander un test de réfraction à votre opticien.

NB : après avoir constaté votre changement de vue, votre opticien le communique à votre ophtalmologue.

Validité de l'ordonnance

En fonction du décret sur les conditions de renouvellement paru le 12.10.2016 et pour les ordonnances émises à partir de cette date, les durées sont les suivantes :

Si le patient a moins de 16 ans, l'ordonnance est valable 1 an.

Entre 16 et 42 ans, la durée de validité est de 5 ans.

A partir de 43 ans, elle est raccourcie à 3 ans.



● Vous avez fait faire vos lunettes pour la 1^{ère} fois le 17 mai 2019.

Cycle de 2 ans de renouvellement autorisé par votre contrat responsable*

↳ Vous pourrez les faire renouveler à partir du 17 mai 2021.

● Mais votre vue a changé: Vous pourrez les refaire à partir du 17 mai 2020 et profiter à partir de cette date de l'offre 100% Santé.

Test de réfraction par l'opticien : coût 10€, intégralement remboursé ou nouvelle ordonnance > le changement de vue est bien confirmé.

Dans ce cas, vous pouvez être remboursés intégralement, par la Sécurité sociale et par votre complémentaire.

Cycle de 2 ans de renouvellement autorisé par votre contrat responsable*

↳ Vous pourrez les faire renouveler à nouveau à partir du 17 mai 2022.

*Règle de renouvellement

- **Standard** : Renouvellement possible tous les deux ans à partir de la date d'achat du premier équipement.
- **Anticipé / Changement de vision** : A compter de 2020, pour les adultes, le renouvellement est possible au bout d'un an à compter de la date d'achat du premier équipement et pour les enfants, seuls les verres peuvent être renouvelés, sans limitation en nombre de renouvellement.

2. Renseignez-vous sur ce que contient l'offre « panier 100% »

Dans notre tableau mémo, imprimable (vous pourrez l'emporter avec vous le jour de l'achat chez l'opticien), le prix de la monture est toujours le même (30€ maximum) et **ce** sont les verres qui feront varier la facture globale : de 95€ jusqu'à 370€ maximum pour les verres les plus complexes et la correction la plus forte. Jusqu'à ce tarif, vous êtes 100% remboursé !

TABLEAU MÉMO | OFFRE « PANIER 100% »

Prix Unitaires pour montures et verres		Prix d'une paire de lunettes complète						
Une monture	Une paire de verres Anti-Reflet, amincis et durcis Prix à l'unité du verre selon votre vision	Monture + verres unifocaux Sphérique CYL 0 à 4 D CYL > 4 D			Monture + verres progressifs Sphérique CYL 0 à 4 D CYL > 4 D			
		Niveau 1] 0 à ± 2 D]	32,50 € à 115 €	95 €	105 €	135 €	180 €	210 €
30 € maximum	Niveau 2] ± 2 à ± 4 D]	37,50 € à 120 €	105 €	115 €	145 €	190 €	220 €	270 €
	Niveau 3] ± 4 à ± 8 D]	47,50 € à 130 €	125 €	135 €	165 €	210 €	240 €	290 €
	Niveau 4] ± 8 à ± 12 D] et > ± 12D]	97,50 € à 170 €	225 €	235 €	265 €	290 €	320 €	370 €
Adultes 17 modèles en 2 couleurs	Les prix des vos verres varient selon : Votre niveau de vue : réparti en 4 niveaux et exprimé en dioptre (symbole D dans le tableau : de 0 à 12) Les types de verres : répartis en 2 grandes familles, unifocaux (1 seul foyer) et progressifs (plusieurs foyers) et classés selon leur courbure <ul style="list-style-type: none"> • sphère pour les myopes et hypermétropes • cylindre pour les astigmatas 							
Enfants 10 modèles en 2 couleurs								



Sur ce panier vous êtes intégralement remboursé. Et mieux encore : si votre opticien pratique le tiers payant intégral (= tiers payant sur la part Sécurité sociale + sur la part complémentaire santé), alors vous n'aurez absolument rien à avancer le jour de l'achat de vos lunettes.

Comment savoir quel opticien pratique le tiers payant intégral ? Renseignez-vous avant d'acheter !

En quelques clics, trouvez un opticien qui pratique le tiers payant intégral en vous rendant sur votre espace adhérent rubrique Services en Ligne / Trouver un professionnel de santé.

Tout ne vous plaît pas dans l'offre du panier 100% santé ?

Vous pourrez prendre des verres 100% santé avec des montures dans une gamme libre, ou inversement : **c'est le « panachage »**

Sur la partie des lunettes qui est 100% santé, vous êtes intégralement remboursé. Sur la partie libre, vous êtes remboursé par votre contrat responsable selon vos garanties particulières.

2 Chez l'opticien

En point de vente, cela se déroule comme d'habitude : vous essayez des modèles et votre opticien vous conseille sur ce qui convient le mieux à votre vue.

Peut-être êtes-vous intéressé par plusieurs modèles de montures qui ne sont pas tous dans l'offre 100% Santé ? C'est le moment pour l'opticien de vous établir des devis.

L'opticien a l'obligation de vous proposer au moins une offre dans le panier 100% santé. C'est pour cela que le modèle du devis a changé.

Le nouveau devis se présente en 3 parties :

- **La ou les offres 100% santé qui vous intéressent (lunettes et traitements détaillés)**
- **La ou les offres libres ou panachées qui vous intéressent**
- **Les garanties service après-vente applicables**

Le document prévoit que les montants de remboursements Sécurité sociale et complémentaire santé soient, si possible, indiqués.

Pour faire estimer la part de remboursement de la Mutuelle sur des paniers panachés ou libres, tous les opticiens disposent d'un **site internet sécurisé** mis à leur disposition et qui leur permet de **faire instantanément des estimations de remboursement**. **C'est la modalité la plus rapide pour obtenir notre estimation.**

Avec toutes ces informations entre les mains, vous serez en mesure de faire un choix, et vous avez alors 2 options : soit vous procédez à l'achat tout de suite, soit vous prenez un peu de temps pour réfléchir.

3 Achat et remboursement

1. Option « panier 100% »

Vous êtes prêt à faire votre choix et décidez d'acheter vos lunettes 100% santé immédiatement ?

Votre opticien, via un site internet sécurisé mis à sa disposition, réalise ce qu'on appelle une « prise en charge » : c'est un document qui confirme la prise en compte de vos nouvelles lunettes par votre complémentaire santé.

Au moment de régler votre opticien :

- Si ce dernier pratique bien le **tiers payant intégral**, alors vous n'aurez rien à avancer.
- Si ce n'est pas le cas, il faudra **nous renvoyer votre facture ainsi que votre ordonnance**, **via notre application ou votre espace adhérent**, pour percevoir votre remboursement complémentaire. Nous vous réglerons quelques jours après réception de vos documents et des informations de la Sécurité sociale.

Vos lunettes nécessitent une prestation d'appairage ?

Si votre paire de lunettes est composée de 2 types de verres différents (c'est le cas si vous avez une correction différente à chaque œil), l'opticien peut réaliser un appairage des verres pour équilibrer la monture et améliorer l'aspect esthétique des lunettes.

Selon le niveau d'appairage effectué, l'opticien peut facturer cette prestation entre 5 et 15€.

Dans un panier 100% santé, l'appairage sera intégralement remboursé.

Garanties après-vente : votre monture est garantie 2 ans et vos verres 3 mois après l'achat !

2. Option panachage

Dans le cas d'un panachage (verres 100 % santé et monture libre ou l'inverse), il peut vous rester un montant à charge.

Au moment du règlement à l'opticien :

- Si ce dernier pratique le **tiers payant intégral**, en fonction de vos garanties, il restera éventuellement à régler un **reste à charge**.
- Si l'opticien ne pratique pas le tiers payant intégral, il faudra **nous renvoyer votre facture ainsi que votre ordonnance**, **via notre application ou votre espace adhérent**, pour percevoir votre remboursement complémentaire. Nous vous réglerons quelques jours après réception de vos documents et des informations de la Sécurité sociale.

Garanties après-vente : sur la partie du matériel issue de l'offre 100% santé la garantie sera de 2 ans pour la monture et de 3 mois pour les verres. Pour la partie libre, cela dépendra du fabricant et de votre opticien : ce dernier le précisera sur le devis.



3. Option «panier libre»

Sur un panier totalement libre les montants de remboursement seront les suivants :

- Pour la Sécurité sociale, le montant de remboursement est fixe : il est fixé à 9 centimes maximum pour une paire de lunettes complète, la Sécurité sociale ayant décidé de réduire son intervention sur du matériel libre.
- Pour votre complémentaire santé, le montant de remboursement est variable car il dépend des garanties de votre contrat.
- Au moment du règlement à l'opticien :
- Si ce dernier pratique **le tiers payant intégral, en fonction de vos garanties, il restera éventuellement à régler un reste à charge.**
- Si ce n'est pas le cas, il faudra **nous renvoyer votre facture ainsi que votre ordonnance, via notre application ou votre espace adhérent**, pour percevoir votre remboursement complémentaire. Nous vous réglerons quelques jours après réception de vos documents et des informations de la Sécurité sociale

Garanties après vente : sur du matériel libre relevant du panier, la garantie dépendra du fabricant et de votre opticien et ce dernier le précisera sur le devis.