

Il y a 9 familles de prestations

1. HOSPITALISATION
2. SOINS COURANTS
3. DENTAIRE
4. OPTIQUE
5. MATERNITE
6. CURE THERMAL
7. AIDE AUDITIVE
8. MATERIEL MEDICAL – APPAREILLAGE
9. PREVENTION - BIEN ETRE

Les familles qui nous intéressent sont les 4 premières familles en rouge.

A l'intérieur de ces 4 familles il y a le détail des prestations. C'est en entre 4 ou 6 lignes de prestations par famille.

Pour **HOSPITALISATION** nous allons aller chercher les lignes de prestations suivantes :

1. Honoraires Chirurgien (OPTAM ou DPAM, Conventionné). Mais tu peux trouver cette expression « *Honoraires chirurgiens / anesthésistes optam ou Honoraires Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* » ou « *Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien, et de l'anesthésiste réanimateur Médecin OPTAM / OPTAM-CO* » ou « *Honoraires médicaux et chirurgicaux - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* » ou « *Consultations, visites : généralistes et spécialistes - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* »
2. Chambre particulière

Pour **SOINS COURANTS** nous allons aller chercher les lignes de prestations suivantes :

1. Consultation généraliste (OPTAM ou DPAM, Conventionné). Mais tu peux trouver cette expression « *Honoraires médicaux Consultations et visites médicales par des médecins généralistes réalisées par des médecins adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* » ou « *Médecin généraliste adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* » ou « *Médecin OPTAM* » ou « *Honoraires médicaux (pris en charge par le régime de base) (médecins généralistes et spécialistes) Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie pris en charge par le régime de base - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* » ou « *Soins, honoraires de*

médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée »

Pour **DENTAIRE** nous allons aller chercher les lignes de prestations suivantes :

1. Soins, actes et consultations ; Mais tu peux trouver cette expression « *Soins dentaires (y compris consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux et parodontologie) remboursés par la Sécurité sociale* » ou « *Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques* » ou « *Prestations dentaires prises en charge par le régime de base Soins (dont inlays, onlays et scellement des sillons)* » ou « *Soins* »
2. Implantologie. Mais tu peux trouver « *Couronne sur implant (acte à tarif libre)* » ou « *Prestations dentaires non prises en charge par le régime de base Prothèses (par année d'adhésion)* »
3. Orthodontie Remboursée par la Sécurité sociale (par semestre). Mais tu peux trouver cette expression « *Orthodontie acceptée par le régime obligatoire* »

Pour **OPTIQUE** nous allons aller chercher les lignes de prestations suivantes :

1. Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries. Mais tu peux trouver cette expression « *Équipement autre que 100 % Santé (Classe B***) - Dans le réseau Kalixia Par verre complexe* » ou « *Monture + verres complexes* ou « *Un équipement de deux verres complexes + monture* » ou « *Équipements autres que 100 % Santé Verres et Montures de Classe B Équipement à Verres complexes* » ou « *Équipement à tarif libre Par verre dans le réseau KALIXIA Complexe* »

Points d'Attention :

Quand dans l'une des 7 lignes, le champ est indiqué en % de la PMSS, généralement les lignes en euros (Chambre Particulière, Forfait Optique, forfait dentaire, il faut convertir le montant en % en euros.

Exemple : 1% de la PMSS donne 2% de 3 925€ = 78,5€ (voir le tableau Entoria en PJ).

Quand dans un champ il y a l'information FR, ça veut dire frais réel. C'est-à-dire que s'il y a 100% FR alors ça veut dire que même si tu payes 1000000€ tu es remboursé de 100% de ces 1000000€. Donc il faut bien préciser que 100% des FR c'est supérieur à 1000% et donc supérieur à 300% ou 500%.

Exemple, mon contrat entoria personnel

GAMME TNS	
SANTÉ TNS	
EXCELLENCE RESPONSABLE	
HOSPITALISATION ⁽²⁾	
HONORAIRES	- Praticien OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾ 100% FR

Quand dans un champ il y a 2 valeurs, il prendre la bonne valeur.

Exemple du cas Harmonie Mutuelle :

	Sécurité sociale incluse sauf forfait		
	ECO	BUSINESS	PREMIÈRE
HOSPITALISATION ⁽¹⁾			
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Honoraires secteur conventionné DPTAM / NON DPTAM ⁽²⁾	100% BR / 100% BR	200% BR / 150% BR	300% BR / 200% BR

Quand, il y une sur-complémentaire ou des options sous forme de formule 4, 5 et 6, il est souvent indiqué un « + » devant la valeur. Il faut donc l'additionner aux formules 1, 2 ou 3 que le client aura saisi dans le formulaire

Exemple : Formule PREMIERE + ESCALE 3 sur les honoraires DPAM donnera : 300+200= 500%

		Sécurité sociale incluse sauf forfait			Non responsable		
		ECO	BUSINESS	PREMIÈRE	ESCALE 1	ESCALE 2	ESCALE 3 SUR PREMIÈRE
HOSPITALISATION ⁽¹⁾							
Forfait journalier hospitalier		100% FR	100% FR	100% FR	-	-	-
Honoraires secteur conventionné DPTAM / NON DPTAM ⁽²⁾		100% BR / 100% BR	200% BR / 150% BR	300% BR / 200% BR	- / + 70% BR	- / + 100% BR	- / + 200% BR

Dans la partie Orthodontie, il faut distinguer :

1. Orthodontie Enfant / Orthodontie remboursé par la sécurité Sociale
2. Orthodontie adulte / Orthodontie non remboursé par la sécurité Sociale

La ligne qui nous intéresse est la ligne 1 (enfant)

Dans la partie Optique, il y a 3 subtilités, affichage du forfait :

1. Pour Monture + 2 verres complexes
2. Pour 1 verre complexes
3. Pour 2 verres complexes

Nous devons déterminer le prix pour deux verres complexes donc il faut soit multiplier par 2 pour le cas 2, soit retirer le montant de la monture pour le cas 1

Enfin pour l'optique, des fois on ne retrouve pas la donnée « complexe », c'est le cas de GENERALI. A la place on trouve Sphère hors zone de -6,00 à +6,00

Les verres complexes peuvent également être à simple foyer, mais dans ce cas, la sphère est hors de la plage standard de **-6.00 à + 6.00 dioptries** et le cylindre est supérieur à **+4.00 dioptries**. En outre, les verres multifocaux ou progressifs entrent également dans la catégorie des verres complexes. Ces verres possèdent plusieurs foyers (double ou triple foyer), leur permettant de prendre en compte 2 ou 3 pathologies simultanément. Sur les verres progressifs.

Enfin, dans les points forts ou Faibles on peut ajouter la donnée suivante :

1. Pour Dentaire : Les plafonds dentaires annuels
2. Pour la médecine douce dans la famille PREVENTION - BIEN ETRE, on peut mettre le forfait annuel par bénéficiaire (Séance d'Ostéopathie, Acupuncture, Etiopathie, Réflexologie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Kinésithérapie, non remboursée par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire)

