



Bien comprendre

vos remboursements de santé



Lexique interactif :

cliquez sur le mot de votre choix pour accéder à la page correspondante.

A

Accord national interprofessionnel (ANI)
Acte de spécialité
Actes médicaux hors nomenclature
Affections de longue durée (ALD)
Assurance maladie
Assuré
Auxiliaire médical
Avenant
Ayant droit

B

Base de remboursement de la Sécurité sociale
Bénéficiaire
Bulletin individuel d'affiliation (BIA)
Bulletin d'adhésion (BA)
Bridge dentaire

C

Carte vitale
Certificat d'adhésion
Chiropraxie
Complémentaire santé
Conjoint
Couverture maladie universelle (CMU)
Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)
Couronne dentaire

D

Décompte ou relevé de prestations
Dépassement d'honoraires
Devis optique, dentaire et chirurgical

E

Échéance
Échéancier de cotisation
Entente préalable

F

Facture d'hospitalisation (T2A)
Feuille de soins
Forfait ambulatoire
Forfait journalier hospitalier
Frais réels
Franchise médicale

H

Honoraires
Hospitalisation

I

Implant dentaire



Lexique interactif :

cliquez sur le mot de votre choix pour accéder à la page correspondante.

L

Liste des produits et prestations (LPP)
Loi Evin datant du 31 décembre 1989

M

Maladie
Médicaments génériques
Médicament 15, 35, 65, 100 %/vignette
orange, bleue, blanche, rouge
Mutuelle

N

NOEMIE
Noémisation
Nomenclature

O

Ostéopathie

P

Paramédical
Parcours de soins
Participation forfaitaire (voir aussi franchise)
Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)
Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)
Prescription
Prise en charge (hospitalière)
Protocole médical
PUMA - protection universelle maladie

R

Radiation
Régime local
Régime obligatoire (RO)
Relevé de prestations (voir aussi décompte de prestations)
Réseaux de soins
Reste à charge

S

Secteur conventionné - secteur 1
Secteur conventionné à honoraires libres - secteur 2
Secteur non-conventionné - secteur 3
Sécurité sociale (voir régime obligatoire)
Service médical rendu (SMR)
Surcomplémentaire santé

T

Tarif d'autorité de la Sécurité sociale (TASS)
Tarif de convention
Tarif de responsabilités SS (TRSS)
Télétransmission automatique des remboursements
de la Sécurité sociale (NOEMIE)
Ticket modérateur
Tiers payant

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



Alphabet interactif :
cliquez sur les lettres interactives
orange de votre choix.



Accord national interprofessionnel (ANI)

L'accord national interprofessionnel, négocié par les partenaires sociaux et signé le 11 janvier 2013 prévoit notamment :

1 - La généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé.

Elle devra se faire avec l'ouverture de négociations entre partenaires sociaux dans les branches professionnelles, et, à défaut, auprès des entreprises. L'objectif est que tous les salariés devaient être couverts au 1^{er} janvier 2016. A défaut d'accord de branche et d'entreprise, celle-ci doit mettre en place depuis le 1^{er} janvier 2016, une couverture santé « socle », cofinancée à 50/50 par l'employeur et les salariés, et incluant un minimum de garanties définies par décret.

2 - La portabilité des garanties collectives santé et prévoyance.

Au 1^{er} juin 2014, les demandeurs d'emploi qui bénéficiaient d'une complémentaire santé dans leur entreprise pourront demander le remboursement de leurs frais de santé pendant un an, sans verser de cotisation. Au 1^{er} juin 2015, les garanties prévoyance dont les demandeurs d'emploi bénéficiaient dans leur entreprise continueront également à les protéger, s'ils en font la demande, pendant un an. Ces dispositions concernent les anciens salariés indemnisés par l'assurance chômage après rupture de leur contrat de travail (hors licenciement pour faute lourde), et leurs ayants droit.

La loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi traduit cet accord.

[A/SUITE](#)



Acte de spécialité

Acte de consultation exercé par un médecin spécialiste, par exemple un ORL, un cardiologue, etc.

Choisir une lettre
alphabet cliquable

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





Actes médicaux hors nomenclature

Actes médicaux non-remboursés par la Sécurité sociale.
Exemple : l'ostéopathie, certains frais dentaires, etc.



Affections de longue durée (ALD)

Les ALD regroupent les maladies graves qui sont prises en charge à 100 % du tarif de la **Sécurité sociale**. Une trentaine d'ALD sont répertoriées parmi lesquelles le diabète, l'hypertension artérielle, l'infection au VIH, les cancers ou les maladies génétiques, etc.



Assurance Maladie

Voir « régime obligatoire ».



Assuré :

La ou les personnes désignées dans le contrat d'assurance qui peuvent bénéficier de la garantie.



Auxiliaire médical

Personne qualifiée pour pratiquer des soins et assister un patient, par exemple les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les audioprothésistes, les diététiciens, les opticiens, etc.



Avenant

Ajout d'une partie complémentaire à un contrat qui modifie les conditions ou les modalités des engagements initialement prévus.



Ayant droit

Personne n'ayant pas souscrit personnellement un contrat mais bénéficiant de prestations grâce à ses liens avec **l'assuré**. Il peut s'agir des enfants ou du conjoint de **l'assuré**.

Choisir une lettre
alphabet cliquable

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





Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

La base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou tarif de responsabilité sert à définir la somme qui vous est remboursée par la **Sécurité sociale** pour des soins médicaux ou des médicaments. Par exemple, la visite chez un généraliste, pharmacie, hospitalisation, soins dentaires, frais optiques.



Bénéficiaire

Personne au profit de laquelle le contrat a été souscrit et qui peut bénéficier de la garantie.



Bulletin individuel d'affiliation (BIA)

Document rempli par l'assuré permettant sa souscription à un contrat collectif.

Bulletin d'adhésion (BA)

Document rempli par **l'assuré** permettant sa souscription à un contrat individuel.



Bridge dentaire

Le bridge dentaire remplace une dent absente en s'appuyant sur les dents voisines. Il est donc constitué au minimum de trois éléments pour remplacer une seule dent : les deux piliers et le pont. Il fait partie des **prothèses dentaires** fixes.

Choisir une lettre
alphabet cliquable



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



Carte vitale

Carte à puce d'assuré social, contenant les données administratives de la famille. Elle permet aux professionnels de santé de transmettre directement à la Sécurité sociale, les actes et les montants de la feuille de soins.



Certificat d'adhésion

Document fourni par l'assureur qui précise les informations du contrat souscrit par le client telles que ses coordonnées, la date d'effet du contrat et les bénéficiaires des garanties du contrat.



Chiropraxie

Méthode de soins basée sur diverses manipulations de certaines parties du corps, et en particulier de la colonne vertébrale. La chiropraxie n'est pas prise en charge par la caisse d'assurance maladie mais elle peut l'être par la complémentaire santé selon les garanties souscrites.



Complémentaire santé

Elle désigne à la fois l'organisme et le contrat d'assurance qui garantissent le remboursement total ou partiel des dépenses de santé lorsqu'elles ne sont pas prises en charge par la **Sécurité sociale**. La complémentaire santé est communément appelée **mutuelle** santé.



Conjoint

Le conjoint peut être lié à **l'assuré** par le mariage ou par un pacs.



Couverture maladie universelle (CMU)

La Couverture maladie universelle (CMU) a été remplacée par la **PUMA** le 1^{er} janvier 2016. Voir le terme PUMA.



Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

La CMU complémentaire (CMU-C), attribuée sous conditions de ressources, est une mutuelle santé gratuite qui prend en charge les dépenses de santé non-couvertes par **l'assurance maladie** obligatoire. Les dépassements **d'honoraires** ne sont pas pris en charge par la CMU-C.



Couronne dentaire

La couronne dentaire ou prothétique est une **prothèse dentaire** permettant de protéger une dent vivante ou non (dévitalisée). Elle recouvre la partie de la dent restante en reconstituant la partie coronaire (partie visible de la dent), ce qui préserve la dent de nouvelles agressions, tout en évitant son extraction et son remplacement complet.

Choisir une lettre
alphabet cliquable

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





Décompte ou relevé de prestations

Il s'agit d'un document envoyé à l'assuré et confirmant le remboursement de dépenses de santé qu'il a effectuées. Le décompte reprend les actes médicaux remboursés ainsi que les dates et les montants des virements effectués. **Les relevés de prestations** de la **Sécurité sociale** sont disponibles sur ameli.fr ou sur le site dédié si vous dépendez d'une autre caisse d'assurance maladie.

Les relevés de l'assurance santé Generali sont disponibles directement en ligne sur **votre Espace Client personnel.**



Dépassement d'honoraires

Le dépassement d'honoraires correspond à la différence entre le montant des **honoraires** du professionnel de santé (qu'il soit conventionné ou non) et la base de remboursement de la **Sécurité sociale**. Le dépassement d'honoraires est parfois pris en charge par les organismes complémentaires en fonction des garanties souscrites.



Devis optique, dentaire et chirurgicale

Document rempli par un professionnel de santé qui précise les prestations recommandées ainsi que les tarifs envisagés pour ces prestations.

Pour connaître votre niveau de remboursement, vous pouvez nous envoyer ce document via votre espace client - par mail à : relationclientsante@generali.fr - par fax : 01 58 38 39 30 par courrier : Generali Gestion Santé - TSA 10006 - 75443 PARIS CEDEX 9.

Choisir une lettre
alphabet cliquable



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



Échéance

Date à laquelle le montant de la cotisation doit être payé.



Échéancier de cotisation

Calendrier de paiement des cotisations.



Entente préalable

La prise en charge de certains actes ou traitements médicaux nécessite l'accord préalable de l'**assurance maladie**. C'est le professionnel de santé qui l'envoie.

Choisir une lettre
alphabet cliquable

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





Facture d'hospitalisation (T2A)

Le tarif des actes pratiqués à l'hôpital est désormais encadré par la tarification à l'activité (T2A). Vous pouvez faire votre demande de prise en charge hospitalière directement en ligne sur **votre Espace Client Generali.**



Feuille de soins

Document « papier » à remplir et à renvoyer à la caisse d'assurance maladie pour être remboursé. La **Carte vitale** permet l'envoi électronique des éléments de la feuille de soins et le déclenchement automatique des remboursements si le professionnel de santé est équipé de la **télétransmission**.



Forfait ambulatoire

Forfait facturé aux patients en hospitalisation de jour (c'est-à-dire sans nuit passée à l'hôpital) et fixé par la **Sécurité sociale**. Ce montant n'est pas connu à l'avance mais est pris en charge par la complémentaire santé.



Forfait journalier hospitalier

Participation de **l'assuré** aux frais d'entretien et d'hébergement lors d'une **hospitalisation**. Ce forfait est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement de santé. Depuis le 1^{er} janvier 2018, le forfait hospitalier est fixé à 20 € par jour en hôpital ou clinique et à 15 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.



Frais réels

C'est le montant total engagé par un **assuré** pour ses frais de santé. Une partie est prise en charge par la caisse d'assurance maladie, une autre part est remboursée par la **mutuelle** santé selon les garanties souscrites. Une dernière partie reste éventuellement à la charge de l'assuré, c'est le « **reste à charge** ». Dans tous les cas, les remboursements de la **Sécurité sociale** et de la mutuelle ne peuvent être supérieurs aux dépenses engagées.



Franchise médicale

La franchise médicale est une somme déduite du montant remboursé par l'assurance maladie. Cette franchise s'applique sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. La franchise médicale s'élève à 0,50 € par boîte de médicament et par acte paramédical, et à 2€ pour chaque transport sanitaire. Elle ne peut pas dépasser 50 € par an pour l'ensemble des remboursements. La franchise médicale ne s'applique pas :

- aux médicaments et actes paramédicaux délivrés lors d'une hospitalisation ;
- aux transports d'urgence ;
- aux personnes de moins de 18 ans ;
- aux bénéficiaires de la CMU et de l'AME (Aide Médicale de l'État) ;
- aux femmes enceintes prises en charge durant la maternité.

La franchise médicale **reste à la charge du patient et n'est pas remboursable par la mutuelle santé.**

Choisir une lettre
alphabet cliquable

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





Honoraires

Les honoraires représentent la rémunération d'un professionnel de santé lors d'une consultation, d'un acte médical, d'une hospitalisation, etc.



Hospitalisation

Séjour en qualité de patient, d'une durée minimum de 24 h en clinique ou en hôpital, pour y recevoir un traitement ou des soins nécessités par une **maladie**, un accident ou une maternité.

Choisir une lettre
alphabet cliquable

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





Implant dentaire

Technique de **prothèse dentaire** qui peut remplacer le **bridge**.

Une racine artificielle est placée dans l'os et une **couronne** est ensuite scellée ou vissée dessus.

Choisir une lettre
alphabet cliquable

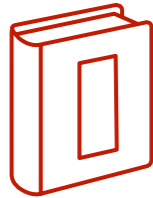


A	B	C	D
E	F	G	H
I	J	K	L
M	N	O	P
Q	R	S	T
U	V	W	X
		Y	Z



Liste des produits et prestations (LPP)

Liste de l'ensemble des fournitures et appareillages (par exemple les verres) qui peuvent être pris en charge par la **Sécurité sociale**. Cette liste précise la base de remboursement acte par acte.



Loi Evin datant du 31 décembre 1989

La loi Evin vise à modifier, renforcer et à garantir aux assurés la meilleure des protections possibles. Elle permet le maintien des garanties en santé collective notamment :

1. de **l'ayant droit** lors du décès de l'assuré principal ;
2. de **l'assuré** principal lors de son départ à la retraite ou d'une mise en invalidité.

Choisir une lettre
alphabet cliquable

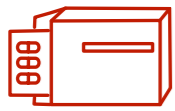


A	B	C	D
E	F	G	H
I	J	K	L
M	N	O	P
Q	R	S	T
U	V	W	X
		Y	Z



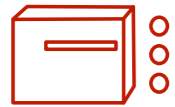
Maladie

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



Médicaments génériques

Un médicament générique est la copie d'un médicament original dont le brevet est tombé dans le domaine public. Le patient peut refuser le médicament générique que le pharmacien lui propose en remplacement du médicament prescrit par le médecin. Toutefois, ce refus peut avoir des conséquences sur le montant du remboursement qui sera calculé sur le prix du médicament générique. Votre **carte vitale** vous permet de ne pas avancer la partie prise en charge. Mais attention, ce dispositif n'est pas applicable si vous refusez les génériques.



Médicament 15, 35, 65, 100 %/vignette orange, bleue, blanche, rouge

Le taux de remboursement des médicaments est indiqué par la couleur de leur vignette collée sur la boîte de médicaments :

- les vignettes blanches barrées correspondent à un remboursement à 100 % par la Sécurité sociale ;
- les vignettes blanches correspondent à un remboursement à 65 % par la Sécurité sociale ;
- les vignettes bleues correspondent à un remboursement à 35 % par la Sécurité sociale ;
- les vignettes orange correspondent à un remboursement à 15 % par la Sécurité sociale.

Certains médicaments n'ont pas de vignette et ne sont donc pas remboursés par la **Sécurité sociale**.



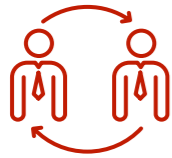
Mutuelle

Voir « **complémentaire santé** ».

Choisir une lettre
alphabet cliquable



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



NOEMIE

Norme ouverte d'échanges entre la maladie et les intervenants extérieurs. C'est le système de **télétransmission** des informations concernant tous vos frais de maladie. Les **décomptes de la Sécurité sociale** et ceux de votre **mutuelle** santé sont traités dans le même système et les remboursements sont effectués plus rapidement.



Noémisation

Elle permet à l'assuré de ne plus avoir à envoyer de **feuille de soins** à la mutuelle santé grâce à l'utilisation de la **Carte vitale**. Elle est automatique pour tous les actes **nomenclaturés**.



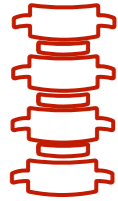
Nomenclature

Liste des actes médicaux et paramédicaux dont la **Sécurité sociale** assure le remboursement sur la base d'un tarif déterminé.

Choisir une lettre
alphabet cliquable

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





Ostéopathie

Méthode thérapeutique basée sur des manipulations articulaires et rachidiennes qui s'intéresse principalement aux troubles fonctionnels du corps humain. Les frais d'ostéopathie, non-remboursés par la **Sécurité sociale**, peuvent être pris en charge par la **mutuelle** santé, en fonction des garanties souscrites.

Choisir une lettre
alphabet cliquable



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	



Paramédical

Qui a trait aux professions de santé que l'on peut exercer sans être docteur en médecine et aux soins qui sont délivrés par les personnes qui exercent ces professions.



Parcours de soins

Circuit réglementé dans lequel le patient doit d'abord consulter son médecin traitant qu'il a librement désigné. Le médecin traitant coordonne les soins et peut orienter le patient vers un autre médecin si nécessaire (avis ponctuel, soins dans le cadre d'un protocole, soins spécialisés). Le non-respect de ce circuit a pour conséquence que les **actes pratiqués hors parcours** sont moins bien remboursés par la **Sécurité sociale**.



Participation forfaitaire (voir aussi franchise)

Pour préserver notre système de santé, une participation forfaitaire de 1 euro est demandée aux patients de plus de 18 ans. La participation forfaitaire s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. (dans la limite de 50 € par an par personne). Elle sert à financer la lutte contre le cancer et la maladie d'Alzheimer, et pour le développement des soins palliatifs.



Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)

Le plafond annuel de la Sécurité sociale est utilisé pour le calcul de certaines prestations et cotisations. Il est revalorisé chaque année.



Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Le plafond mensuel de la Sécurité sociale est utilisé pour le calcul de certaines prestations et cotisations. Il est revalorisé chaque année.



Prescription

Document émis par un professionnel de santé listant les actes ou médicaments, nécessaire au traitement du patient.

Choisir une lettre
alphabet cliquable

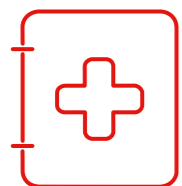
A	B	C	D
E	F	G	H
I	J	K	L
M	N	O	P
Q	R	S	T
U	V	W	X
		Y	Z





Prise en charge (hospitalière)

Accord passé entre la mutuelle santé et l'établissement hospitalier qui permet à l'assuré d'éviter de faire l'avance de frais. Si vous disposez de la mutuelle santé Generali, vous pouvez faire une demande de prise en charge hospitalière en ligne sur [votre Espace Client Generali.fr](#).



Protocole médical

Description de la meilleure façon de traiter une maladie selon des règles scientifiques fixées par la communauté médicale.

Par exemple :

- pour une grossesse sans complication : nombre d'échographies nécessaires et leur périodicité.
- pour un cancer : caractéristiques et enchaînement des différents traitements selon les symptômes et le stade de la maladie.



PUMA - protection universelle maladie

La PUMA (ex. CMU depuis le 1^{er} janvier 2016) permet à tous les résidents en France de bénéficier des prestations en santé couvertes par l'**assurance maladie** obligatoire (**Sécurité sociale**), s'ils ne sont pas ou plus couverts par l'**assurance maladie** à un autre titre (activité professionnelle, etc.).

Choisir une lettre
alphabet cliquable



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



Radiation

Cessation d'un contrat, résiliation, c'est-à-dire fin des garanties en matière de remboursement complémentaire de vos dépenses de santé.



Régime local

Il concerne les caisses d'assurance maladie d'Alsace-Moselle dont les prestations diffèrent du régime général d'assurance maladie.



Régime obligatoire (RO)

C'est le régime d'assurance maladie auquel chaque personne est rattachée en fonction de sa situation personnelle.

L'assurance maladie est composée de trois principaux régimes :

- le régime général (pour les travailleurs salariés) couramment appelée Sécurité sociale ;
- le régime agricole (pour les travailleurs de l'agriculture) ;
- le régime social des indépendants (pour les TNS, artisans/commerçants, libéraux...).

Il existe aussi d'autres régimes spéciaux réservés à certaines catégories professionnelles.



Relevé de prestations (voir aussi décompte de prestations)

Document récapitulant le remboursement des dépenses de santé d'un assuré.

Il reprend les actes médicaux remboursés ainsi que les dates et les montants des virements effectués.

Si vous disposez de la mutuelle santé Generali, vous pouvez consulter votre historique de remboursements directement en ligne sur [votre Espace Client Generali.fr](https://www.generalifrance.fr).



Réseaux de soins

Groupe de professionnels de santé sélectionnés. Grâce à des tarifs négociés auprès de notre réseau d'opticiens et d'audio prothésistes partenaires Carte blanche, Generali s'engage à vous proposer les meilleures conditions de qualité et de prix.



Reste à charge

Part des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la **Sécurité sociale** et de la **complémentaire santé**.

Choisir une lettre
alphabet cliquable

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





Secteur conventionné - secteur 1

Le secteur 1 regroupe les médecins qui appliquent le **tarif conventionnel**, c'est-à-dire le tarif fixé par la **Sécurité sociale**.



Secteur conventionné à honoraires libres - secteur 2

Le secteur 2, ou secteur conventionné à **honoraires** libres, regroupe les médecins qui sont autorisés à appliquer des honoraires libres et qui donc peuvent pratiquer des **dépassement d'honoraires** « avec tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale. C'est alors votre **complémentaire santé** qui, selon les garanties de votre contrat, pourra prendre en charge le dépassement.



Secteur non-conventionné - secteur 3

Les médecins de secteur 3 n'ont pas signé de convention avec la **Sécurité sociale**. Ils fixent librement leurs tarifs et la **Sécurité sociale** ne rembourse l'**assuré** que sur la base du « **tarif d'autorité** », aux environs d'1 euro. Votre mutuelle santé peut, en fonction des garanties souscrites, prendre en charge les frais restants. À noter que les tarifs des médecins doivent être affichés dans leur salle d'attente.

Pour mieux vous y retrouver dans le choix de votre médecin, **l'assurance maladie** a développé un système en ligne « je choisis avant de consulter », regroupant toutes les informations nécessaires sur les professionnels de santé : coordonnées, tarifs, actes pratiqués, base de remboursement, etc.



Sécurité sociale (Voir régime obligatoire)

Organisme de protection sociale institué par l'ordonnance du 4 octobre 1945 et construit sur trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité.



Service médical rendu (SMR)

Le service médical rendu (SMR) est un critère qui permet de classer les **médicaments** ou les dispositifs médicaux en fonction de leur utilité et de leur efficacité. Le SMR peut être qualifié de majeur, important, modéré, faible ou insuffisant (SMRI). Il intervient dans le pourcentage de remboursement des médicaments.



Surcomplémentaire santé

Contrat d'assurance santé souscrit en complément d'une **mutuelle** santé pour améliorer certaines garanties.

Choisir une lettre
alphabet cliquable

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





Tarif d'autorité de la Sécurité sociale (TASS)

Tarif de référence appliqué par la Sécurité sociale en l'absence de convention signée par le praticien. Voir aussi « **secteur non-conventionné** ».



Tarif de convention

Le tarif de convention de la **Sécurité sociale** désigne le barème de remboursement des actes médicaux effectués par les médecins conventionnés des secteurs 1 et 2. Voir aussi « **secteur conventionné** ».

Tarif de responsabilité Sécurité Sociale

C'est l'autre terme pour le **tarif de convention**. Voir aussi « **secteur conventionné** ».



Télétransmission automatique des remboursements de la Sécurité sociale (NOEMIE)

La télétransmission vous évite d'envoyer les **décomptes de la Sécurité sociale** à votre mutuelle. Elle est automatique pour tous les actes **nomenclaturés**. Votre relevé de **Sécurité sociale** vous indique que les informations ont été transmises à votre **mutuelle**. Si vous ne voyez pas cette information sur votre décompte, merci de nous l'adresser accompagné de votre attestation vitale. Voir aussi « **NOEMIE** ».



Ticket modérateur

Le ticket modérateur est la part des dépenses de santé qui sont à la charge de l'assuré une fois que l'**assurance maladie** a remboursé sa part.



Tiers payant

Le tiers payant permet à une personne de ne pas payer en avance des frais de santé qui sont remboursés par la **Sécurité sociale** et/ou sa **mutuelle**.

Choisir une lettre
alphabet cliquable



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