

« 100% SANTE » FAQ DE LA FNOF

16 DECEMBRE 2019

SOMMAIRE

Le champ d'application du « 100% santé »

Suis-je obligé de proposer des équipements 100% santé ?

Le champ d'application du devis

Suis-je obligé de remettre un devis ?

Qu'en est-il des étrangers ou des personnes ne relevant pas d'un régime d'assurance ?

Qu'en est-il des deuxièmes paires ?

Le contenu de l'offre

LES MONTURES

Comment je remplis mon obligation de stock de montures RAC Zéro ?

Qu'en est-il du référencement individuel des produits ?

Qu'en est-il de mon stock ?

Comment je sais si la monture est référencée en panier A et/ou en panier B ? Comment j'intègre le code ?

Quid du référencement des montures que je fais à la main ?

LES VERRES

Quelles sont les engagements en matière de qualité ?

Quels verres puis-je vendre en panier A ?

Qu'en est-il du référencement ?

Les verres solaires sont-ils pris en charge ?

Et les verres photochromiques ?

Comment sont classés les verres dégressifs ?

Que se passe-t-il en cas d'intolérance ou de contre-indication aux verres progressifs ?

A-t-on l'obligation de vendre un équipement mixte ?

La prescription d'un médecin généraliste ouvre-t-elle toujours droit à prise en charge ?

Y-a-t-il des limitations aux durées de validité ?

LA PRESTATION

Que recouvre la prestation d'adaptation de la prescription ?

Puis-je facturer la prestation d'adaptation de la prescription au-delà de 10 euros ?

La prise en charge de la prestation d'adaptation est-elle assurée en cas de délivrance d'un équipement mixte ?

LES GARANTIES

Quelles sont les garanties applicables à l'équipement « 100% santé » ?

Que se passe-t-il en cas d'inadaptation visuelle ?

Les périodicités de prise en charge

A quelle périodicité sont pris en charge les équipements optiques ?

Comment sont décomptés les différents délais ?

Comment je sais de quand date la dernière prise en charge ?

Qu'en est-il du bris ou de la perte de l'équipement ?

La couverture des contrats complémentaires

Le contrat complémentaire couvre-t-il nécessairement le panier A ?

Où trouver les informations sur le caractère responsable ou non du contrat ?

Y-a-t-il une prise en charge minimale sur le marché B ?

Qu'en est-il lorsque l'assuré acquiert successivement les différentes composantes de son équipement ?

A partir de quand les assurés, y compris les bénéficiaires de la C2S, ont-ils accès à la prise en charge intégrale du panier A ?

Que se passe-t-il en cas de pluralité de contrats ?

Que se passe-t-il en cas d'équipement mixte ?

Les planchers dits « ANI » existent-ils toujours pour les contrats collectifs ?

Quid de la justification de la modification de la correction ?

La couverture CMU

Est-il possible pour les bénéficiaires de la C2S de choisir un équipement autre que l'équipement « 100% santé » ?

Le tiers-payant

Suis-je obligé de faire le tiers-payant sur le panier A ? Puis-je exiger de la complémentaire la pratique du tiers-payant sur le panier A ?

Qu'en est-il des codes de regroupement ?

Les obligations en matière de traçabilité

Quelles sont les informations permettant d'assurer la traçabilité ?

Où puis-je trouver ces informations ?

Quelles sont les obligations de l'opticien en matière de traçabilité ?

Dois-je remettre un questionnaire satisfaction ?

LE CHAMP D'APPLICATION DU « 100% SANTE »

Suis-je obligé de proposer des équipements 100% santé ?

L'opticien peut ne pas proposer d'équipements 100% santé.

Le distributeur qui n'entend pas mettre en œuvre les obligations liées au 100% santé en informe les assurés sociaux selon des modalités définies par décret.

Le décret n'a pas été publié à ce jour.

Dans ce cas, les produits et prestations délivrées ne peuvent ouvrir droit à remboursement¹.

LE CHAMP D'APPLICATION DU DEVIS

Suis-je obligé de remettre un devis ?

OUI, l'opticien doit remettre un devis.

Rappelons que l'article L. 165-1-4 du code de la sécurité sociale prévoit que le directeur de la CPAM peut prononcer à l'encontre de l'opticien qui ne respecterait pas les obligations relatives au devis une pénalité financière pouvant aller jusqu'à 10% du chiffre d'affaires HT.

L'obligation de remise d'un devis relève de deux articles : l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale² qui impose la remise du devis à tous les assurés sociaux et l'article L. 112-1 du code de la consommation³ qui a un champ d'application beaucoup plus large puisqu'il concerne tout consommateur.

Pourtant l'article L. 165-4-1 du code de la sécurité sociale prévoit que l'opticien qui n'entend pas mettre œuvre les obligations liées au 100% santé ne met pas en œuvre les obligations liées au devis.

Il y a là une contradiction. A ce jour la DGCCRF a refusé de répondre à nos interrogations sur ce point précis. Dans l'attente d'une réponse, nous vous conseillons de respecter l'obligation de devis.

Rappelons que l'arrêté du 28 avril 2017 impose à l'opticien l'affichage en vitrine et à l'intérieur du local commercial de manière visible et lisible, la mention suivante « un devis détaillé vous est remis gratuitement avant tout achat de produit correcteur ». Attention, des contrôles ont déjà eu lieu.

¹ Le point V de l'article L. 165-1-4 du Code de la Sécurité sociale prévoit en effet que « le distributeur qui n'entend pas mettre en œuvre les obligations mentionnées au présent article et à l'article L. 165-9 en informe les assurés sociaux selon des modalités appropriées, définies par le décret mentionné au VI du présent article. L'ensemble des produits et prestations qu'il distribue ne peuvent alors être admis au remboursement ».

² Article L. 165-9 du CSS (extrait) : « Le professionnel de santé qui délivre au public un produit ou une prestation d'appareillage des déficients de l'ouïe ou d'optique-lunetterie inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 165-1 remet à l'assuré social, avant la conclusion du contrat de vente, un devis normalisé comportant le prix de vente de chaque produit proposé, incluant la fourniture du produit et précisant les prestations indissociables, ainsi que les modalités de prise en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, complémentaire ».

³ Article L. 112-1 du Code de la Consommation : « Tout vendeur de produit ou tout prestataire de services informe le consommateur, par voie de marquage, d'étiquetage, d'affichage ou par tout autre procédé approprié, sur les prix et les conditions particulières de la vente et de l'exécution des services, selon des modalités fixées par arrêtés du ministre chargé de l'économie, après consultation du Conseil national de la consommation ».

Le distributeur qui n'entend pas mettre en œuvre les obligations liées au 100% santé en informe les assurés sociaux selon des modalités définies par décret.
Le décret n'a pas été publié à ce jour.

Qu'en est-il des étrangers ou des personnes ne relevant pas d'un régime d'assurance ?

Il faut également leur faire, pour l'instant, un devis contenant au moins une offre de classe A.
Ceci est une aberration que l'administration refuse pour l'instant d'admettre.

Qu'en est-il des deuxièmes paires ? Faut-il faire un devis ?

L'administration considère que la deuxième paire est soumise à l'obligation de remise d'un devis séparé du devis de la première paire, ce qui est vrai, mais en réalité, beaucoup plus complexe.

L'opticien est soumis depuis la loi Hamon à une obligation de prescription pour délivrer des verres correcteurs. Les règles de prescription sont claires : une prescription, un équipement. Ainsi la délivrance d'une deuxième paire ne peut se faire que par le biais de la possibilité de renouvellement accordée aux opticiens. En effet, l'opticien peut renouveler sur la base d'une prescription en cours de validité, avec ou sans remboursement. En conclusion, balle au centre. D'un côté la DGCCRF nous soumet à une position stricte (la remise d'un devis pour tout consommateur), et de l'autre, la DGCCRF applique ses propres règles de renouvellement.
Dans tous les cas, c'est le juge qui décidera en cas de litige.

LE CONTENU DE L'OFFRE LES MONTURES

Comment je remplis mon obligation de stock de montures « RAC Zéro »?

Chaque opticien (physique ou virtuel) doit exposer et rendre accessibles en permanence pour le patient au moins :

- 35 montures de classe A adultes. Un même modèle de monture ne peut être comptabilisé que jusqu'à deux fois ; il faut a minima 17 modèles (Oups ! comment peut-on arriver à 35 avec 17 modèles différents et deux coloris maximum par modèle ?)
- 20 montures de classe A enfants, avec au moins 10 modèles différents

Attention si le point de vente est destiné exclusivement aux adultes ou exclusivement aux enfants, seules sont applicables les obligations de présentation de lunettes respectivement pour les adultes ou pour les enfants.

Qu'en est-il du référencement individuel des produits ?

Au-delà de la réforme du « 100% santé », la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 avait prévu que les fabricants fassent référencer individuellement tous leurs dispositifs médicaux inscrits à la LPP pour ouvrir droit au remboursement.

Le but est d'identifier le fabricant d'un dispositif médical et de décliner les lignes génériques de la LPP en identifiants fabricants.

L'obligation entre en application au 1er janvier 2020 pour l'optique. Tous les fabricants et en particulier les fabricants de montures doivent donc faire référencer leurs dispositifs médicaux auprès du Ministère. Le ministère attribue un code spécifique par dispositif médical et par fabricant. Pour les montures, l'inscription se fait par marque.

La loi est donc applicable au 1er janvier 2020, mais l'Etat et la sécurité sociale n'étant pas prêts, ils ont décidé de s'accorder un délai jusqu'au 1er juillet.

Ainsi, ce n'est qu'à compter du 1er juillet 2020 que ne seront pris en charge que les dispositifs d'optique disposant d'un LPP fabricant

Entre le 1er janvier 2020 et le 30 juin 2020, les deux nomenclatures vont coexister pour l'optique. Ainsi jusqu'au 30 juin 2020, il sera possible d'utiliser

ou bien le code LPP générique (23xxxxx) si le fabricant n'est pas référencé,
ou bien le code LPP fabricant (73xxxxx) lorsque celui-ci est référencé

Les syndicats ont demandé un report officiel de 3 ans afin de permettre aux opticiens de liquider leur stock.

Qu'en est-il de mon stock ?

Il faut distinguer 3 situations :

- 1ère possibilité : le fabricant existe toujours

Ce dernier a l'obligation d'enregistrer ses montures par nom de marque. Il doit vous fournir les codes dans les délais.

- 2ème possibilité : le fabricant n'existe plus ou ce dernier a abandonné la marque

Dans ce cas, j'ai minimum jusqu'au 1er juillet pour écouler mon stock, en espérant que l'administration nous accorde le délai de 3 ans que nous avons demandé.

- 3ème possibilité : la marque existe toujours mais a changé de fabricant

L'enregistrement se faisant par nom de marque, je peux écouler mon stock dès lors que la marque a été enregistrée par son nouveau fabricant.

Comment je sais si la monture est référencée en panier A et/ou en panier B ? Comment j'intègre le code ?

Le site du ministère me dira si la monture est en A, en B, ou en A et en B. C'est ce qui fera foi. En effet, les codes sont publiés sur le site du Ministère, accompagnés d'une table de correspondance code LPP générique/code LPP fabricant :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/article/identification-individuelle-pour-une-inscription-en-ligne-generique-des>

Ces codes identifiant sont enregistrés dans la base LPP par la CNAM et sont utilisés ensuite dans le processus de remboursement de facture.

Les fabricants disposeront de ces numéros sur le BL, sur la facture. Dans certains cas, des fichiers informatiques seront fournis aux éditeurs de logiciels.

Quid du référencement des montures que je fais à la main ?

L'opticien doit s'enregistrer sur le site du ministère comme fabricant.

Attention, si vous avez l'intention de vous enregistrer comme fabricant pour écouler des montures que vous n'avez pas fabriquées, vous pouvez vous attirer de sérieux ennuis et en particulier une sanction financière pouvant aller jusqu'à 5% de votre chiffre d'affaires.

LES VERRES

Quelles sont les engagements en matière de qualité ?

Pour être pris en charge, les verres doivent être référencés par le Ministère. Ils doivent répondre à différentes normes de résistance, de performance optique....

Ils doivent en outre être traités

- anti-rayures
- et anti-UV.

Pour les verres de classes A, des obligations supplémentaires sont exigées :

- traitement antireflets
- et indice de réfraction minimal.

Quels verres puis-je vendre en panier A ?

Qu'en est-il du référencement ?

Seuls les verres référencés en classe A peuvent être pris en charge en classe A.

La liste des verres référencés en classe A sera publiée sur le site internet du Ministère de la santé avec une mise à jour régulière.

Les verriers ont pris l'engagement de communiquer leur gamme classe A et normalement les catalogues informatiques seront à jour, ce qui permettra la saisie automatique par votre logiciel.

Pour chaque correction d'un trouble visuel (sphère, cylindre), un fabricant ne peut commercialiser des verres en classe B que s'il référence au moins un verre de classe A de correction identique.

Un fabricant doit pouvoir fournir rapidement aux distributeurs l'ensemble des verres qu'il a référencés.

Les verres solaires sont-ils pris en charge ?

La nomenclature prévoit que la prise en charge des verres teintés (A ou B) est assurée uniquement dans les cas suivants :

- Pour les affections oculaires congénitales ou acquises engendrant une photophobie permanente (albinisme, rétinopathies pigmentaires, aniridie, kératopathies chroniques, remaniement post-traumatique du segment antérieur)
- En cas de dégénérescence maculaire liée à l'âge après chirurgie de la cataracte, de pathologies rétiniennes avancées avec malvoyance, de strabisme divergent intermittent et de myopie ou hypermétropies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie

Attention : la mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable pour la prise en charge

Et les verres photochromiques ?

La nomenclature précise que les verres photochromiques sont inclus dans la catégorie verre blanc. Les verres photochromiques sont donc délivrés et pris en charge comme des verres blancs.

Comment sont classés les verres dégressifs ?

Les verres dégressifs sont expressément classés dans la catégorie de verres multifocaux.

Que se passe-t-il en cas d'intolérance ou de contre-indication aux verres progressifs ?

La nomenclature prévoit que pour les patients qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas porter des verres progressifs, la prise en charge peut couvrir deux équipements.

Là encore, la mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ce cas particulier est indispensable pour déclencher la prise en charge dérogatoire.

Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. La délivrance d'un équipement équipé de verres progressifs en remplacement de deux équipements (VL et VP) est permise lorsque la période devant s'écouler pour un renouvellement est échue pour chacun des deux équipements VL et VP.

Pour les contrats responsables, la circulaire du 29 mai 2019 prévoit que « les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements (VL et VP) ». Les règles de couverture par les contrats responsables sont alors applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

A-t-on l'obligation de vendre un équipement mixte ?

NON

Il est seulement prévu qu'un équipement peut être composé de deux verres d'une part et d'une monture d'autre part appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Il est par ailleurs prévu que l'opticien est tenu de remettre un devis contenant nécessairement la proposition d'un équipement de classe A.

En effet, le devis doit contenir au moins une offre composée d'un équipement de classe A (deux verres de classe A et une monture de classe A). Le devis peut contenir une autre offre, comme par exemple un équipement mixte.

La prescription d'un médecin généraliste ouvre-t-elle toujours droit à prise en charge ?

Oui, mais

Oui la prescription d'un généraliste peut ouvrir droit à remboursement, à condition que celle-ci indique la correction pour chaque œil pour une vision de loin et/ou de près et la monture (si prescrite), et soit libellée sur une ordonnance particulière indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre produits de santé.

Attention

Une ordonnance d'un médecin ophtalmologiste est en revanche nécessaire pour toute prise en charge anticipée d'un enfant de moins de 16 ans, c'est-à-dire en cas de changement de correction avant l'échéance du délai d'un an applicable aux enfants de moins de 16 ans.

Une ordonnance d'un médecin ophtalmologiste est également nécessaire pour justifier la prise en charge anticipée (sans délai particulier) d'un équipement en cas d'évolution de la réfraction liée à de situations médicales particulières (de type glaucome, DLMA, rétinopathie diabétique, sida, diabète....).

Voir infra pour les détails de délai de prise en charge

Y a-t-il des limitations aux durées de validité ?

Lors de la première délivrance liée à une ordonnance pour un enfant de moins de 16 ans, celle-ci doit avoir été émise dans un délai inférieur à 6 mois.

LA PRESTATION

Que recouvre la prestation d'adaptation de la prescription?

Le protocole de juin 2018 prévoit la création au sein de la nomenclature d'une prestation associée à la prise en charge d'un nouvel équipement pour « adaptation de la correction visuelle en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance » avec un prix limite de vente fixé à 10 euros TTC.

Si c'est un équipement de classe A qui est délivré, cette prestation est prise en charge sur la base d'un tarif sécu de 10 € TTC.

Lorsque c'est un équipement de classe B, le tarif sécu est fixé à un niveau très diminué (5 centimes).

En cas de remboursement de plus d'un million de prestations d'adaptation au cours d'une année par l'assurance maladie, le prix limite de vente (et le tarif sécu pour la classe A) est porté à 7 € TTC.

Puis-je facturer la prestation d'adaptation de la prescription au-delà de 10 euros ?

NON

L'acte qui figure à la nomenclature est intitulé « prestation adaptation des verres » et est défini comme la « prestation adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance de verre »

Cette prestation a un prix limite de vente de 10€ sur le marché A et le marché B.

La prise en charge de la prestation d'adaptation est-elle assurée en cas de délivrance d'un équipement mixte ?

La nomenclature rattache la codification à la catégorie de verres délivrés. Ainsi l'acte 2226435 fait état de prestation d'adaptation de la prescription médicale en cas de renouvellement pour des verres de classe A et le code 2209738 pour des verres de classe B.

Donc si les verres délivrés sont de classe A, la prise en charge de la prestation d'adaptation sera intégrale, si les verres délivrés sont de classe B, la prise en charge se fera dans les limites fixées par le contrat responsable.

LES GARANTIES

Quelles sont les garanties applicables à l'équipement « 100% santé »?

Deux garanties sont applicables :

- les verres progressifs bénéficient d'une garantie de trois mois en cas « d'inadaptation visuelle »
- la monture bénéficie d'une garantie de 2 ans en cas de casse : un remplacement total ou partiel, non applicable en cas de rayures/utilisation anormale ou contraire à une utilisation conforme, adaptée et régulière du produit.

Ces garanties doivent être rappelées sur la facture

Que se passe-t-il en cas d'inadaptation visuelle ?

Nous avons interrogé le Ministère à ce sujet. A ce jour, nous n'avons pas d'information.

LES PERIODICITES DE PRISE EN CHARGE

A quelle périodicité sont pris en charge les équipements optiques ?

Assurés Concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation Et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un <u>équipement complet</u> (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de <u>verres</u>
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale <u>ophtalmologique</u>

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicale Particulières

Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i> - glaucome ; - hypertension intraoculaire isolée ; - DMLA et atteintes maculaires évolutives ; - rétinopathie diabétique ; - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; - cataracte évolutive à composante réfractive ; - tumeurs oculaires et palpébrales ; - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; - antécédents de traumatisme de l'oeil sévère datant de moins de 1 an ; - greffe de cornée datant de moins de 1 an ; - kératocône évolutif ; - kératopathies évolutives ; - dystrophie cornéenne ; - amblyopie ; - diplopie récente ou évolutive ; <i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i> - diabète ; - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; - hypertension artérielle mal contrôlée ; - sida ; - affections neurologiques à composante oculaire ; - cancers primitifs de l'oeil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ; <i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</i> - corticoïdes ; - antipaludéens de synthèse ; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale <u>ophtalmologique</u> avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière

Comment sont décomptés les différents délais ?

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (la monture puis les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Lorsque les deux verres sont délivrés et pris en charge de façon espacée dans le temps, la date à partir de laquelle le délai en vue d'un renouvellement est compté est la date de délivrance du dernier verre délivré.

La circulaire sur les contrats responsables précise que ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2020 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées et que l'appréciation des périodes se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

Comment je sais de quand date la dernière prise en charge ?

Le calcul se fait de date à date.

Pour la CNAM, l'antériorité de la délivrance est prise en compte pour calculer l'échéance possible de renouvellement (délais = date du jour – 2 ans) :

- Il revient à l'assuré de donner les informations nécessaires pour que les délais de renouvellement soient respectés
- L'opticien étant responsable de sa facturation, il s'assure auprès de son patient que toutes les conditions de prise en charge sont bien respectées

En juin 2020, la CNAM mettra à disposition des opticiens un web service accessible depuis AMELIpro avec les lignes d'actes « verres » et « monture » remboursés avec la date de remboursement (si remboursement inférieur à deux ans).

Qu'en est-il du bris ou de la perte de l'équipement ?

Le bris ou la perte de l'équipement (ou d'une partie de l'équipement) ne justifie pas une anticipation de la prise en charge avant le délai de droit commun.

LA COUVERTURE DES CONTRATS COMPLEMENTAIRES

Le contrat complémentaire couvre-t-il nécessairement le panier A ?

OUI s'il s'agit d'un contrat responsable

Obligation pour être responsable et solidaire et bénéficier des avantages fiscaux et sociaux de couvrir le reste à charge sur le panier A, soit 82% du prix limite de vente, la prestation d'appairage et le supplément pour verre avec filtre.

Où trouver l'information sur le caractère responsable ou non du contrat ?

Le patient doit se renseigner auprès de sa complémentaire.

A partir de janvier 2020 et en fonction des dates anniversaires de renouvellement des contrats, l'information sera contenue dans le QR Code de la carte d'attestation d'assurance.

Y-a-t-il une prise en charge minimale sur le marché B ?

OUI ET NON

Pour le panier B, la seule obligation réside dans la prise en charge du ticket modérateur soit 40% de 5 centimes, c'est-à-dire 2 centimes par élément.

Ce n'est que si le contrat prévoit une prise en charge en sus des tarifs de responsabilité qu'il devra alors respecter les planchers et plafonds suivants :

- Au moins 50 et au plus 420 euros pour les équipements à verres simples
- Au moins 125 et au plus 560 euros pour un équipement avec un verre simple et un verre complexe
- Au moins 125 et au plus 610 euros pour un équipement avec un verre simple et un verre hyper complexe
- Au moins 200 et au plus 700 euros pour un équipement à verres complexes
- Au moins 200 et au plus 750 euros pour un équipement avec un verre complexe et un verre hyper complexe
- Au moins 200 et au plus 800 euros pour un équipement à verres hyper complexes

Attention ces montants intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 100 euros au sein de l'équipement global.

Ils n'incluent pas les tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage, du supplément pour verre avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance.

Ces montants incluent la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur.

Qu'en est-il lorsque l'assuré acquiert successivement les différentes composantes de son équipement ?

Le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.

A partir de quand tous les assurés, y compris les bénéficiaires de la C2S, ont-ils droit à la prise en charge intégrale du panier A ?

L'assurance maladie obligatoire prendra en charge le panier A à partir du 1er janvier 2020.

Les OCAM prendront en charge le reste à charge en fonction des dates anniversaires des contrats.

Le nouveau cahier des charges du contrat responsable (couverture obligatoire du panier A et nouveau planchers et plafonds) s'applique aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2020. Ainsi pour les contrats en cours au 1er janvier 2020, les anciennes couvertures s'appliquent jusqu'à la prochaine échéance principale

Attention, pour les contrats collectifs qui relèvent de la mise en œuvre de la protection sociale collective en entreprise, les négociateurs devaient engager une négociation pour que la couverture soit rendue conforme au 1er janvier 2020. Les avantages fiscaux et sociaux sont maintenus dès lors que le contrat collectif ainsi souscrit est mis en conformité au 1er janvier même si l'accord n'est pas lui-même mis en conformité.

Que se passe-t-il en cas de pluralité de contrats ?

Le contrat sur-complémentaire est un contrat qui intervient explicitement après un ou plusieurs autre(s) contrat(s) complémentaire(s).

Le contrat socle est le contrat complémentaire qui intervient en premier après la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire.

Pour être responsable et solidaire, le contrat sur-complémentaire doit respecter les plafonds compte tenu des prises en charges déjà effectuées par l'assurance maladie obligatoire et le ou les contrats complémentaires intervenant avant.

Comme aujourd'hui, la somme des remboursements ne doit pas dépasser les plafonds.

Que se passe-t-il en cas d'équipement mixte ?

Les planchers et plafonds s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement mixte

Composition de l'équipement	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
2 verres A + monture B	Intégrale dans le respect des prix limites de vente du 100% santé*	- Dans la limite du plafond « autres que 100% santé » du contrat correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût des verres** Et - Dans la limite de 100€
2 verres B + monture A	Dans la limite du plafond « autres que 100% santé » du contrat correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût de la monture **	Intégrale dans le respect des prix limites de vente du 100% santé

* Les prestations d'appairage ainsi que le supplément des verres avec filtre sont pris en charge intégralement pour les verres de classe A, dans la limite des PLV.

** Toutefois, lorsque les dispositions du contrat sont exprimées de telle façon qu'un montant est alloué spécifiquement à la monture ou aux verres au sein des garanties optiques, le montant prévu pour chacune des composantes s'applique (sans excéder 100€ pour la monture)

Les planchers dits « ANI » existent-ils toujours pour les contrats collectifs ?

OUI

Les contrats collectifs doivent couvrir a minima un forfait de prise en charge de :

- 100 euros pour un équipement composé de verres simples
- 150 euros pour un équipement composé d'un verre simple et d'un verre complexe ou d'un verre simple et d'un verre hypercomplexe
- 200 euros pour un équipement composé de deux verres complexes, de deux verres hyper complexes ou d'un verre complexe et d'un verre hyper complexe

Quid de la justification de la modification de la correction ?

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-avant) doit être effectuée :

- soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée par l'opticien à la prescription médicale précédente,
- soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

La circulaire DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales prévoyait que « la justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du code de la sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme d'assurance maladie complémentaire ».

Suite à l'intervention de la FNOF, la nouvelle circulaire DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales qui abroge la circulaire du 30 janvier 2015 prévoit aujourd'hui que « la constatation de l'évolution de la vue » se fait « Soit par la présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance ».

LA COUVERTURE C2S

Est-il possible pour un bénéficiaire de la C2S de choisir un autre équipement que l'équipement 100% santé ?

Le nouveau régime C2S (qui remplace la CMU et l'ACS) fait l'objet d'un alignement sur le panier 100% santé.

Les codes « prestations » spécifiques CMU (OME, OPM, OP1 à OP7, OV1 à OV9, OVA, OVB) sont donc abandonnés pour utiliser les codes LPP du panier A.

La CSS couvre la prise en charge :

- des verres et monture de classe A
- de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents appartenant à la classe A
- du supplément applicable pour les verres avec filtres de classe A

Dans le cas d'une exigence particulière du bénéficiaire C2S générant un coût supérieur au prix limite de vente :

- Utilisation des codes LPP du panier B
- Perte du droit à la couverture complémentaire santé solidaire (C2S) et prise en charge dans les conditions de droit commun de la classe B

Ainsi en cas de délivrance d'un équipement de classe B, la prise en charge sera de 15 centimes, 5 centimes par éléments.

En cas d'équipement mixte, la prise en charge des éléments du panier A (monture ou verres) sera intégrale, la prise en charge des éléments du panier B se fera à hauteur de 5 centimes par éléments : 5 centimes pour une monture de classe B ou 10 centimes en cas de verres de classe B.

En cas de non-respect des prix limites de vente, la facture réalisée en tiers-payant intégral coordonné par l'AMO sera rejetée.

LE TIERS-PAYANT

Suis-je obligé de faire le tiers-payant sur le panier A ?

Puis-je exiger de l'organisme complémentaire la pratique du tiers-payant sur le panier A ?

Le tiers-payant est prévu pour les bénéficiaires de la C2S. En effet, l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale prévoit que les bénéficiaires de la C2S sont dispensés de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge.

En revanche, le tiers-payant n'est pas spécifiquement prévu pour le panier A hors C2S (ni pour le panier B du reste). Il n'existe pas aujourd'hui d'obligation, ni pour les OCAM, ni pour les opticiens, de pratiquer le tiers-payant sur le « 100% santé ».

En revanche, rappelons que depuis le 1er janvier 2017, l'OCAM doit permettre à son assuré l'accès au tiers-payant sur le ticket modérateur dès lors qu'il s'agit d'un contrat responsable et solidaire.

Qu'en est-il des codes de regroupement

Jusqu'à présent, trois codes prestations existaient :

- « VER » pour l'ensemble des verres,
- « LUN » pour les montures et autres suppléments et prestations diverses,
- et « LEN » pour les lentilles.

Pour remplacer les codes « VER » et « LUN », 29 nouveaux codes prestations ont été négociés entre l'AMO et l'AMC.

Ces codes regroupent les 203 codes LPP génériques optiques de la nouvelle nomenclature de manière à ce que les OCAM aient accès à différentes informations :

- Panier A ou panier B
- Type de verre : unifocal ou neutre/multifocal ou progressif
- Caractéristique technique du verre associé à une plage de correction
- Classe d'âge du patient pour la monture
- Nature des prestations supplémentaires

Ces nouveaux codes comprennent :

4 codes pour les montures

- M01 : classe A, monture adulte
- M02 : classe A, monture enfant
- M03 : classe B, monture adulte
- M04 : classe B, monture enfant

18 nouveaux codes prestations pour les verres

Classe A :

- V01 : unifocaux simples (ou neutres)
- V02 : unifocaux complexes
- V03 : multifocaux/progressifs complexes

- et V04 : multifocaux/progressifs très complexes

Classe B :

- VU1, VU2, VU3 pour les unifocaux simples
- VU4, VU5, VU6 et VU7 pour les unifocaux complexes
- VM1, VM2, VM3 pour les multifocaux/progressifs complexes
- VM4, VM5, VM6 et VM7 pour les multifocaux/progressifs très complexes

7 nouveaux codes pour les suppléments et prestations diverses

- S01 : prestation adaptation verres de classe A
- SV1 : prestation adaptation verres de classe B
- SV2 : prestation d'appairage niveau 1 ou 2 ou 3
- SV3 : autres suppléments
- et SV4 : suppléments plafonnés
- MS1 et MS2 : supplément pour monture de lunettes à coque <6 ans (classe A pour MS1 et classe B pour MS2)

Maintien du code « LEN » pour les lentilles

Les 203 nouveaux codes LPP génériques seront applicables au 1er janvier.

L'application des codes de regroupement se fera progressivement.

Codes prestation	28 nov au 3 déc	30 janv au 4 fév	27 fév au 3 mars	30 avr au 5 mai
Classe A : MO1, MO2, V01, V02, V03, V04				
Classe B : VU1, VU2, VU3, VU6, VM1, VM2, VM3				
Classe B : VU7, VU4, VU5, MO3, MO4	VER LUN			
S01, VM4, VM5, VM6, VM7, SV3, MS1, MS2	LUN VER			
SV1, SV2, SV4	LUN			

Dans l'attente de la création de tous les codes de regroupement :

- Affectation du code temporaire « VER » pour les verres de classe B
- Affectation du code temporaire « LUN » aux montures de la classe B et aux suppléments

LES OBLIGATIONS EN MATIERE DE TRACABILITE

Quelles sont les informations permettant d'assurer la traçabilité ?

Les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité des produits d'optique sont les suivantes :

- Le nom et l'adresse du fabricant et, si le fabricant n'a pas de siège social dans l'Union européenne, le nom et l'adresse de son mandataire
- Pour les dispositifs réalisés selon les spécifications du prescripteur, le numéro d'identification des dispositifs constituant l'équipement
- Pour les dispositifs fabriqués en série de manière identique, le numéro du lot ou le numéro de série et, s'il existe, l'identifiant unique du dispositif ou tout autre code d'identification attribué par son fabricant

Où puis-je trouver ces informations ?

Ces informations doivent figurer

- Sur tout dispositif
- Ou à défaut sur son emballage
- Ou sur les document accompagnant sa délivrance et remis au consommateur

Ces informations doivent également figurer sur le bon de livraison remis par le fabricant à l'opticien

Quelles sont les obligations de l'opticien en matière de traçabilité ?

L'opticien remet à l'assuré, avant le paiement, une note détaillée (ou facture) qui reprend :

- ces informations de traçabilité
- les deux demi écarts pupillaires
- des données relatives à l'identification des montures et des verres : provenance géographique des dispositifs et origine géographique des fabricants, nom du fabricant, nom du modèle
- les éléments du devis

La note est transmise à l'organisme de sécurité sociale auquel est affilié l'assuré.

L'opticien doit en outre fournir au patient une carte vue qui spécifie a minima

- les données de correction (sphère, cylindre),
- les données d'identification du patient (nom, prénom)
- les données relatives à l'identification des verres (nom du fabricant, nom du modèle)

Dois-je remettre un questionnaire satisfaction ?

Une enquête permettant de suivre la qualité des équipements et de la prestation est réalisée après la délivrance de chaque équipement. Les modalités de réalisation de ce questionnaire sont fixées par arrêté.

L'article L. 165-1-4 du Code de la sécurité sociale prévoit le directeur de la CPAM peut prononcer à l'encontre de l'opticien qui ne respecterait pas cette obligation une pénalité financière pouvant aller jusqu'à 10% du chiffre d'affaires HT.

Les discussions sont en cours et le calendrier prévisionnel prévoit une application pour le second trimestre 2020.

L'enquête qualité n'est donc pas immédiatement applicable.

