

## Module e-learning bénéficiaires de 18 ans et plus - Synthèse

### 1. Avantage CSA - Tickets modérateurs de médecine spécialisée

L'assurance complémentaire rembourse le ticket modérateur (TM) des consultations chez un médecin spécialiste (dermatologue, O.R.L., cardiologue, pneumologue, gastro-entérologue, psychiatre...), en milieu hospitalier pour les bénéficiaires de 18 ans et plus.

Le ticket modérateur est la partie de l'honoraire qui reste à charge de l'affilié après le remboursement de l'assurance obligatoire.

L'AC rembourse le montant du TM, hors supplément d'honoraire et à concurrence du montant payé par l'affilié.

Le bénéficiaire doit avoir un DMG ouvert et en cours de validité.

On entend par milieu hospitalier, un hôpital, une polyclinique qui dépend d'un hôpital ou une polyclinique reconnue par Solidaris.

La prestation doit être ambulatoire, c'est-à-dire réalisée dans un hôpital en dehors d'une hospitalisation. Les prestations dispensées dans le cadre d'une hospitalisation ou hospitalisation de jour ne font pas l'objet d'une intervention.

Les consultations chez le gynécologue constituent une particularité. Le TM sera remboursé tant en milieu hospitalier qu'en cabinet privé (comme c'est le cas actuellement) et le code guichet à utiliser pour le gynécologue reste le 747.

Le bénéficiaire doit nous remettre une attestation de soins donnés (ASD) ou une facture de l'hôpital.

En cas de tiers-payant (le prestataire facture directement la partie remboursée par l'AO à la mutualité sans que l'affilié ne doive avancer l'argent), les TM sont payés automatiquement via les listes SACF CSA. L'affilié peut également nous remettre une attestation tiers-payant pour le remboursement du TM.

### 2. Avantage Fécondation In Vitro

L'assurance complémentaire octroie une intervention dans les frais de fécondation in vitro, jusqu'à 500 € par an pour les bénéficiaires ayant reçu un accord en AO pour la FIV.

Ces frais peuvent être liés à la stimulation ovarienne, la ponction d'ovocytes, l'insémination, le remplacement des embryons ou le suivi de la grossesse (échographies, prises de sang, autres analyses de laboratoire,...).

L'accord AO est octroyé aux bénéficiaires de moins de 43 ans et est valable pour 6 cycles de fécondation in vitro.

Une fois l'accord AO obtenu, tous les frais liés à la FIV peuvent être remboursés y compris ceux qui ont été facturés préalablement à l'accord.

Le partenaire masculin peut prétendre à l'octroi de l'avantage FIV (par exemple pour le coût d'un spermogramme) pour autant que la partenaire féminine dispose d'un accord du médecin-conseil.

Le montant de 500 € par an n'est pas un forfait. L'avantage est payé au fur et à mesure que nous recevons les factures avec un maximum de 500 € par année civile.

Les prestations doivent être facturées par un établissement hospitalier. Les BVAC délivrés par les pharmaciens ne font pas l'objet d'une intervention du service.

Le bénéficiaire ne doit pas avoir de DMG.

Le bénéficiaire doit nous remettre une facture établie par l'établissement hospitalier.