



FORFAITS ANNUELS DE LA SECURITE SOCIALE, FEUILLES DE SOINS ET REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE

1. Situation / Problème posé :

Depuis plusieurs mois, les personnes porteuses d'implants cochléaires se retrouvent dans l'impossibilité de se faire rembourser, par leur mutuelle, le dépassement du forfait annuel versé par la Sécurité sociale.

Rappel : Le forfait annuel de la Sécurité sociale, prévoit un remboursement pour les réparations du processeur et le remplacement des accessoires (Code LPP : 2350922, forfait annuel = 100 €) et pour les piles jetables (Code LPP : 2325090, forfait annuel = 120 €). (Ce montant est doublé en cas d'implantation bilatérale).

Le refus de remboursement opposé par les mutuelles résulte du fait que, dorénavant, à la demande de la sécurité sociale, les feuilles de soin établies par les fabricants d'implants cochléaires indiquent le montant facturé et mentionnent dans la « rubrique paiement » le montant restant dans le forfait.

Alors qu'avant, le fabricant d'implants mentionnait le montant facturé au niveau du « montant total acquitté ». Cette façon de procéder permettait à la personne de se voir rembourser le complément par sa mutuelle.

Cette nouvelle façon de procéder (mention du montant facturé + du montant restant dans le forfait, sur la feuille de soins) a, pour conséquence, que la mutuelle refuse de régler le complément du forfait car elle tient compte, uniquement, du montant restant dans le forfait, et non du montant total facturé.

Il convient dès lors d'exiger du fabricant une facture mentionnant la liste de tous les produits achetés et montant total acquitté, de conserver un double de la feuille de soins pour adresser une demande de remboursement de la mutuelle en suivant la procédure indiquée ci-dessous :

2. Solution préconisée par la Sécurité sociale :

- Pour éviter cette absence de remboursement par la mutuelle, la Sécurité sociale préconise la procédure suivante :
 - L'assuré doit justifier du dépassement réalisé par le fabricant en envoyant, directement, à la mutuelle, une facturation sur papier libre.
 - Cette facturation sur papier libre doit comporter : « *le prix payé, le tarif de responsabilité et le montant du remboursement de l'assurance maladie* ».
 - « *Cet envoi peut être accompagné par une photocopie de la feuille de soins originale ou d'une copie de la page écran du compte ameli correspondant au remboursement.* »