



Remboursements et 100% Santé

Guide complet pour les audioprothésistes

Comprendre les règles et optimiser les calculs



Ce guide vous permettra de :

- ✓ Maîtriser les bases du remboursement
- ✓ Comprendre le tiers payant et le ticket modérateur
 - ✓ Éviter les erreurs courantes
 - ✓ Mieux conseiller vos patients

AudioWizard
www.audiowizard.fr | Édition Novembre 2025

Sommaire

1. Introduction	3
2. Principe général	4
• Les acteurs du remboursement	4
• Le ticket modérateur	4
3. Bases de remboursement	5
4. Tiers payant et hors tiers payant	6
5. Exemples de calcul détaillés	8
6. Comparaison Classe I vs Classe II	10
7. Ce qui est remboursé	11
8. Astuces pour bien informer vos patients	12
9. Erreurs fréquentes à éviter	14
10. Cas d'usage concrets	16
11. Flowchart décisionnel	18
12. FAQ - Questions fréquentes	19
13. Checklist avant devis	21
14. Glossaire des acronymes	22
15. Ressources complémentaires	23

❖ 1. Introduction

Depuis le 1^{er} janvier 2021, le plan **100 % Santé** permet un reste à charge nul pour les patients qui choisissent un appareil de classe I. En tant qu'audioprothésiste, il est essentiel d'expliquer clairement comment fonctionnent les remboursements, les modalités de paiement et d'éviter les erreurs de calcul. Ce livre blanc synthétise les bases à connaître, propose des exemples concrets et donne des astuces pour bien informer vos patients.

■ Le savez-vous ?

Plus de 80% des patients équipés choisissent aujourd'hui un appareil de classe I, bénéficiant ainsi du reste à charge zéro.

2. Principe général

2.1 Les acteurs du remboursement

- **Assurance Maladie obligatoire (AMO)** : rembourse 60 % de la base de remboursement (ou 100 % en cas d'ALD/EXO 5).
- **Assurance complémentaire (AMC)** : complète jusqu'au plafond défini par la réglementation.
- **Classe I** : prix plafonné (maximum 950 € par oreille pour les adultes), le reste à charge est de 0 € si le patient possède une mutuelle responsable.
- **Classe II** : prix libre (souvent 1400 € à 2000 € par oreille), le reste à charge varie selon le contrat de mutuelle.

2.2 Le ticket modérateur

Le **ticket modérateur** correspond à la part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire.

En audioprothèse pour un adulte :

- Base AMO = 400 €
- Remboursement AMO (60 %) = 240 €
- **Ticket modérateur = 400 € - 240 € = 160 €**
- Ce ticket modérateur est normalement pris en charge par la mutuelle complémentaire

■ Cas particuliers sans ticket modérateur

- Patients en **ALD** (Affection Longue Durée) : exonération du ticket modérateur, l'AMO rembourse 100 % de la base
- Patients bénéficiant de l'**EXO 5** : remboursement à 100 % de la base AMO
- Bénéficiaires de la **CSS** : prise en charge intégrale sans avance de frais

3. Bases de remboursement

Profil	Base AMO	Remboursement AMO (60%)	Ticket modérateur (40%)
Adulte (\geq 20 ans)	400 €	240 €	160 €
Enfant ($<$ 20 ans)	1400 €	840 €	560 €
Cécité (adulte)	1400 €	840 €	560 €
CSS \geq 20 ans	400 €	240 €	160 €
CSS $<$ 20 ans	1400 €	840 €	560 €
ALD/EXO 5 adulte	400 €	400 € (100%)	0 €

CSS : Complémentaire Santé Solidaire | Cécité : acuité $<$ 1/10 | ALD : Affection Longue Durée

4. Tiers payant et hors tiers payant

4.1 Qu'est-ce que le tiers payant ?

Le **tiers payant** est un dispositif qui permet au patient de ne pas avancer les frais de santé. L'audioprothésiste est directement payé par l'Assurance Maladie et/ou la mutuelle complémentaire.

Deux types de tiers payant :

1. Tiers payant total : le patient n'avance aucun frais. L'audioprothésiste est payé par l'AMO et l'AMC. Le reste à charge éventuel est réglé directement par le patient.

2. Tiers payant partiel :

- Soit uniquement sur la part AMO (le patient avance la part mutuelle et le reste à charge)
- Soit uniquement sur la part AMC (le patient avance la part AMO)

4.2 Tiers payant obligatoire

■■■ Le tiers payant est OBLIGATOIRE dans les cas suivants

- Bénéficiaires de la **CSS** (Complémentaire Santé Solidaire)
- Patients en **ALD** (Affection Longue Durée)
- Patients bénéficiant de l'**AME** (Aide Médicale d'État)
- Dispositifs relevant du **100 % Santé** (classe I)
- Victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle

4.3 Hors tiers payant

Dans le système **hors tiers payant**, le patient règle l'intégralité des frais à l'audioprothésiste, puis se fait rembourser par l'AMO et sa mutuelle.

	Avantages professionnels	Inconvénients patients
Tiers payant	<ul style="list-style-type: none"> • Fidélisation patient • Conformité réglementaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance aux délais de paiement
Hors tiers payant	<ul style="list-style-type: none"> • Paiement immédiat • Pas de gestion administrative 	<ul style="list-style-type: none"> • Avance importante (950-2000 €) • Délais de remboursement

5. Exemples de calcul détaillés

Exemple 1 : Adulte – Classe I (950 € par oreille) avec tiers payant total

Prix de vente	950 €
Remboursement AMO (60% de 400€)	240 €
Ticket modérateur	160 € (pris en charge par mutuelle)
Remboursement AMC	950 € - 240 € = 710 €
Reste à charge patient	0 €
Paiement patient	0 € (tiers payant total)

Exemple 2 : Adulte – Classe II (1800 € par oreille) avec tiers payant partiel

Prix de vente	1800 €
Remboursement AMO	240 €
Remboursement AMC (selon contrat)	500 €
Reste à charge patient	1800 € - 240 € - 500 € = 1060 €
Paiement patient à la livraison	1060 €

Exemple 3 : Enfant – Classe I (1400 € par oreille)

Prix de vente	1400 €
Remboursement AMO (60% de 1400€)	840 €
Ticket modérateur	560 € (pris en charge par mutuelle)
Remboursement AMC	1400 € - 840 € = 560 €
Reste à charge	0 €

Exemple 4 : CSS adulte – Classe I (800 € par oreille)

Prix de vente	800 € (plafond CSS)
Remboursement AMO	240 €

Remboursement AMC CSS	800 € - 240 € = 560 €
Reste à charge	0 €
Tiers payant	OBLIGATOIRE

Exemple 5 : Adulte en ALD – Classe I hors tiers payant

Prix de vente	950 €
Remboursement AMO (100% en ALD)	400 € (100% de la base)
Ticket modérateur	0 € (exonéré)
Remboursement AMC	950 € - 400 € = 550 €
Reste à charge	0 €
Avance patient	950 € (remboursé ensuite)

6. Comparaison Classe I vs Classe II

Critère	Classe I	Classe II
Prix adulte	950 € max	Libre (1400-2000 €)
Reste à charge	0 € (mutuelle responsable)	Variable selon mutuelle
Nombre de canaux	≥ 12	Généralement > 16
Réglages	≥ 3 types	Réglages avancés
Garantie	4 ans	4 ans
Connectivité	Non garantie	Souvent Bluetooth
Rechargeabilité	Non garantie	Souvent incluse
Anti-acouphènes	Non garanti	Souvent inclus
Tiers payant	OBLIGATOIRE	Facultatif

■ Conseil pratique

La classe I répond aux besoins de la majorité des patients. La classe II est recommandée pour les patients ayant des besoins spécifiques : environnements sonores complexes, utilisation professionnelle intensive, connectivité Bluetooth indispensable.

7. Ce qui est remboursé

■ Pris en charge par l'AMO

- Appareils auditifs (classes I et II)
- Embouts sur mesure, écouteurs déportés
- Piles (forfait annuel d'environ 100 € via la PCH si éligible)
- Ancrages osseux
- Accessoires pour implants cochléaires
- Réparations des appareils

■ Non remboursé par l'AMO

- Bouchons anti-bruit et protections auditives pour musiciens
- Accessoires Bluetooth (sauf prescription médicale spécifique)
- Consommables non liés à l'appareillage (produits d'entretien luxueux)
- Systèmes d'écoute TV sans prescription
- Protections sur mesure pour la baignade

8. Astuces pour bien informer vos patients

8.1 Communication sur les prix

Utilisez une **fourchette de prix** : « Nos appareils vont de 950 € à 2000 € par oreille selon vos besoins. » Cela évite de s'engager sur un tarif qui ne tiendrait pas compte de la classe choisie.

8.2 Vérifications essentielles

- ✓ **Vérifier l'éligibilité CSS** : le plafond diffère (800 € au lieu de 950 € chez l'adulte)
- ✓ **Vérifier le type de mutuelle** : toutes ne sont pas « responsables » et compatibles avec le 100 % Santé
- ✓ **Confirmer les droits en cours** : vérifier sur la carte Vitale ou l'attestation de droits
- ✓ **Statut ALD/EXO 5** : modifie le calcul du remboursement AMO (100 % au lieu de 60 %)

8.3 Vocabulaire approprié

■ Bonnes pratiques de communication

- Ne dites pas : « C'est gratuit »
- Dites plutôt : « Reste à charge zéro » ou « Sans avance de frais »

- Ne dites pas : « Votre ticket modérateur »
- Dites plutôt : « La part prise en charge par votre mutuelle »

- Ne dites pas : « Je fais le tiers payant »
- Dites plutôt : « Vous n'aurez rien à avancer »

8.4 Documents à remettre

- **Devis normalisé** : obligatoire, mentionnant clairement la classe de l'appareil
- **Attestation de tiers payant** si applicable
- **Feuille de soins** en cas de hors tiers payant
- **Notice d'information sur le 100 % Santé**
- **Bon de commande** signé par le patient
- **Attestation de conformité** de l'appareil

9. Erreurs fréquentes à éviter

1. Confondre base et plafond

La **base de remboursement** (400 € ou 1400 €) n'est pas le **plafond** (950 €, 1400 € ou 800 €).

- Base = montant sur lequel s'applique le pourcentage AMO
- Plafond = prix maximum de vente en classe I

2. Oublier de vérifier la CSS

Le plafond diffère pour les bénéficiaires CSS (800 € au lieu de 950 €), entraînant des erreurs de devis.

3. Utiliser le terme « gratuit »

Préférez « **reste à charge nul** » ou « **sans avance de frais** » pour ne pas donner l'impression d'une remise commerciale.

4. Facturer avant la PEC

Toujours attendre la **prise en charge (PEC)** avant de valider la facture, surtout en tiers payant.

5. Annoncer RAC zéro sans vérifier la mutuelle

Certaines complémentaires ne sont pas compatibles avec le 100 % Santé. Vérifiez toujours.

6. Ne pas expliquer le ticket modérateur

Les patients comprennent mieux quand on leur explique que le ticket modérateur (40 % de la base AMO) est normalement pris en charge par leur mutuelle.

7. Confondre tiers payant et RAC zéro

Tiers payant = modalité de paiement (pas d'avance de frais)

RAC zéro = montant final à payer (0 € après remboursements)

Un patient peut avoir le tiers payant mais un reste à charge (classe II).

8. Oublier de télétransmettre

En tiers payant, les délais de télétransmission sont encadrés. Un retard génère des rejets.

10. Cas d'usage concrets

■ Cas n°1 : Mme Dupont, 65 ans, en ALD pour diabète



Situation : Presbyacousie bilatérale, souhaite un équipement discret

Choix : 2 appareils Classe I à 950 € chacun

Calcul :

- AMO : 400 € × 100% (ALD) = 400 € par oreille
- AMC : 950 € - 400 € = 550 € par oreille
- RAC : 0 €
- Tiers payant : OBLIGATOIRE

Résultat : Mme Dupont ne paie rien, équipement total 1900 €

■ Cas n°2 : M. Martin, 45 ans, cadre supérieur



Situation : Perte auditive légère, environnement professionnel bruyant

Choix : Oreille droite Classe II (1800 €), oreille gauche Classe I (950 €)

Calcul oreille droite (Classe II) :

- AMO : 240 €
- AMC (contrat 300% BR) : 400 € × 300% = 1200 € dont max 500 € pour Classe II
- RAC : 1800 € - 240 € - 500 € = 1060 €

Calcul oreille gauche (Classe I) :

- AMO : 240 €
- AMC : 710 €
- RAC : 0 €

Résultat : M. Martin paie 1060 € au total

■ Cas n°3 : Lucas, 8 ans, appareillage bilatéral



Situation : Surdité de perception bilatérale moyenne

Choix : 2 appareils Classe I pédiatriques à 1400 € chacun

Calcul :

- AMO : 840 € par oreille (60% de 1400 €)
- AMC : 560 € par oreille
- RAC : 0 €

Résultat : Les parents ne paient rien, équipement total 2800 €

■ Cas n°4 : Mme Petit, 72 ans, bénéficiaire CSS



Situation : Retraitée, revenus modestes, CSS accordée

Choix : 2 appareils Classe I CSS à 800 € chacun (plafond spécifique)

Calcul :

- AMO : 240 € par oreille
- AMC CSS : 560 € par oreille
- RAC : 0 €

• Tiers payant : OBLIGATOIRE

Attention : Ne pas facturer 950 € mais bien 800 € maximum !

Résultat : Mme Petit ne paie rien, équipement total 1600 €

11. Flowchart décisionnel

Quel parcours pour mon patient ?

ÉTAPE 1 : Vérifier le statut du patient

- Patient CSS ? → OUI → Plafond 800 €, Tiers payant OBLIGATOIRE
- Patient ALD/EXO 5 ? → OUI → AMO = 100% de la base (pas de ticket modérateur)
- Patient < 20 ans ? → OUI → Base AMO = 1400 €
- Adulte standard ? → Base AMO = 400 €

ÉTAPE 2 : Choisir la classe

- Patient souhaite RAC zéro ? → Classe I obligatoire
- Besoins spécifiques (Bluetooth, rechargeabilité) ? → Proposer Classe II
- Budget limité ? → Classe I recommandée

ÉTAPE 3 : Vérifier la mutuelle

- Mutuelle responsable ? → RAC zéro possible en Classe I
- Mutuelle non responsable ? → Expliquer le reste à charge
- Pas de mutuelle ? → RAC = Prix - AMO (ex: 950 € - 240 € = 710 €)

ÉTAPE 4 : Modalité de paiement

- CSS, ALD ou Classe I ? → Tiers payant OBLIGATOIRE
- Classe II ? → Tiers payant facultatif
- Patient préfère avancer ? → Hors tiers payant possible (sauf si obligatoire)

ÉTAPE 5 : Éditer le devis

- Devis normalisé avec classe indiquée
- Mentionner le tiers payant si applicable
- Faire signer et conserver 10 ans

ÉTAPE 6 : Attendre la PEC

- Télétransmettre le devis
- Attendre l'accord AMO + AMC
- NE PAS facturer avant la PEC

ÉTAPE 7 : Livraison et facturation

- Livrer l'appareil
- Encaisser le RAC si applicable
- Télétransmettre la facture
- Suivi du paiement AMO/AMC

12. FAQ - Questions fréquentes

Q1 : Mon patient a oublié sa carte Vitale, que faire ?

Vous pouvez établir un devis sans la carte Vitale, mais vous devrez l'obtenir avant la livraison pour télétransmettre et appliquer le tiers payant. En attendant, notez le numéro de sécurité sociale et vérifiez les droits sur Ameli Pro.

Q2 : Combien de temps pour recevoir le remboursement en tiers payant ?

Généralement 15 à 45 jours selon les organismes. L'AMO paie sous 7 à 15 jours, les mutuelles sous 15 à 30 jours supplémentaires. Surveillez vos retours NOEMIE.

Q3 : Que faire en cas de refus de prise en charge ?

Analysez le motif : droits fermés ? Devis non conforme ? Plafond dépassé ? Contactez l'organisme pour comprendre. Informez le patient rapidement. Si le refus est injustifié, accompagnez le patient dans un recours.

Q4 : Un patient peut-il cumuler CSS et mutuelle privée ?

Non, la CSS remplace la mutuelle privée. Si un patient a une CSS, il ne peut pas avoir de complémentaire santé privée en parallèle. La CSS couvre déjà la part complémentaire.

Q5 : Peut-on facturer des frais de déplacement ?

Oui, mais ils ne sont pas pris en charge par l'AMO. Les frais de déplacement à domicile sont facturés en supplément et restent à charge du patient. Mentionnez-les clairement sur le devis.

Q6 : Un patient en ALD peut-il choisir la Classe II ?

Oui, absolument. Le statut ALD modifie le remboursement AMO (100% au lieu de 60%) mais n'empêche pas de choisir la Classe II. Le reste à charge sera simplement plus faible qu'un patient non-ALD.

Q7 : Que faire si la mutuelle tarde à payer ?

Relancez après 45 jours. Vérifiez d'abord que la télétransmission a bien été effectuée. Contactez le service professionnel de la mutuelle. En dernier recours, vous pouvez demander au patient de régler puis de se faire rembourser directement.

Q8 : Faut-il refaire un devis pour un renouvellement ?

Oui, un nouveau devis est obligatoire tous les 4 ans (durée de la garantie). Le patient doit avoir un nouveau bilan auditif prescrit et un nouveau devis conforme.

Q9 : Peut-on facturer la reprise d'un ancien appareil ?

Non, la reprise ne peut pas être facturée au patient. Elle peut être déduite du prix de vente final mais doit apparaître clairement sur le devis comme remise commerciale.

Q10 : Comment gérer un patient qui veut un appareil avant le délai de 4 ans ?

Avant 4 ans, le renouvellement n'est pas pris en charge sauf cas exceptionnels : perte, vol avec dépôt de plainte, évolution significative de l'audition avec prescription médicale. Sinon, le patient doit payer la totalité.

13. Checklist avant devis

■ Avant de faire un devis, j'ai vérifié :

- Carte Vitale à jour et lecture effectuée
- Attestation de droits AMO consultée (date de validité)
- Statut CSS vérifié (plafond 800 € si CSS)
- Statut ALD/EXO 5 vérifié (AMO = 100% de la base)
- Âge du patient (< 20 ans = base 1400 €)
- Type de mutuelle (responsable ou non)
- Attestation de mutuelle obtenue (garanties et plafonds)
- Prescription médicale valide (< 1 an)
- Dernier appareillage vérifié (respect délai 4 ans)
- Besoins du patient identifiés (Classe I ou II)
- Tiers payant obligatoire ou facultatif déterminé
- Devis normalisé avec mention de la classe
- Prix conforme au plafond (950 €, 800 € ou 1400 €)
- Calcul du reste à charge validé avec le patient
- Documents remis : devis, notice 100% Santé
- Délai de rétractation expliqué (14 jours)
- Signature du patient obtenue sur le devis
- Copie du devis conservée (10 ans)

■ Conseil

Imprimez cette checklist et utilisez-la systématiquement lors de vos rendez-vous de vente. Elle vous évitera les oubli et les erreurs coûteuses.

14. Glossaire des acronymes

Acronyme	Signification	Définition
AMO	Assurance Maladie Obligatoire	Sécurité sociale, rembourse 60% de la base (ou 100% en ALD)
AMC	Assurance Maladie Complémentaire	Mutuelle, complète le remboursement AMO
ALD	Affection Longue Durée	Exonération du ticket modérateur (AMO = 100%)
AME	Aide Médicale d'État	Pour personnes en situation irrégulière
BR	Base de Remboursement	Tarif de référence pour calcul AMO (400€ ou 1400€)
CSS	Complémentaire Santé Solidaire	Mutuelle gratuite pour revenus modestes
EXO 5	Exonération 5	Dispensé de ticket modérateur (AMO = 100%)
LPP	Liste des Produits et Prestations	Liste officielle des dispositifs remboursables
PCH	Prestation de Compensation du Handicap	Aide financière pour handicap
PEC	Prise En Charge	Accord de remboursement par AMO/AMC
RAC	Reste À Charge	Montant final payé par le patient
TP	Tiers Payant	Dispense d'avance de frais pour le patient

15. Ressources complémentaires

15.1 Sites officiels

- **Ameli.fr** - Site de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr/assure
- **Ameli Pro** - Espace professionnel : www.ameli.fr/audioprothesiste
- **Légifrance** - Textes réglementaires : www.legifrance.gouv.fr
- **Service-Public.fr** - Informations administratives : www.service-public.fr

15.2 Syndicats et organisations professionnelles

- **UNSAF** - Union Nationale des Syndicats d' Audioprothésistes Français
- **SDA** - Syndicat Des Audioprothésistes
- **Collège National d'Audioprothèse**

15.3 Textes réglementaires clés

- Arrêté du 14 novembre 2018 - Modalités du 100% Santé
- Arrêté du 10 mars 2021 - Prix limite de vente et base de remboursement
- Code de la Sécurité Sociale - Articles L165-1 et suivants
- Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 - Tiers payant obligatoire

■■ Nouveautés 2025

Restez informé des évolutions réglementaires ! Les plafonds et bases de remboursement sont susceptibles d'évoluer chaque année. Consultez régulièrement Ameli Pro et votre syndicat professionnel pour les mises à jour.

Conclusion

Maîtriser les modalités de remboursement, comprendre les mécanismes du **tiers payant** et du **ticket modérateur** est indispensable pour bien conseiller vos patients. En comprenant les bases, en illustrant avec des exemples concrets et en évitant les erreurs classiques, vous renforcez votre crédibilité et sécurisez la relation financière avec vos patients.

- ✓ Le **ticket modérateur** est la part non remboursée par l'AMO (40% de la base en temps normal)
- ✓ Le **tiers payant** évite l'avance de frais et est obligatoire pour certains patients (CSS, ALD, 100% Santé)
- ✓ Le **reste à charge zéro** n'est possible qu'en classe I avec une mutuelle responsable
- ✓ Toujours vérifier le statut du patient (CSS, ALD) avant d'établir un devis

Besoin d'un outil pour simplifier votre gestion ?

AudioWizard vous accompagne au quotidien avec des fonctionnalités dédiées :

- Calcul automatique des remboursements
 - Génération de devis conformes
 - Gestion du tiers payant
 - Télétransmission simplifiée
 - Suivi des paiements AMO/AMC

**Découvrez AudioWizard sur www.audiowizard.fr
et prenez rendez-vous pour votre démo gratuite en ligne !**

Ce document est fourni à titre informatif et ne constitue pas un avis juridique ou financier. Les informations sont susceptibles d'évoluer. Vérifiez toujours les sources officielles.

© AudioWizard 2025 - Tous droits réservés | Document mis à jour le 27/11/2025