

Les aides à la complémentaire santé

Il en existe 2 principales :
la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

QUELLES SONT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE LA CMU-C ET L'ACS ?



Être en situation régulière

Avoir des revenus annuels ≤



CMU-C	≤ 8645€	≤ 12967€	≤ 15560€
L'ACS	≤ 11670€	≤ 17505€	≤ 21006€



CMU-C ≤ 18153€
L'ACS ≤ 24507€*

*au-delà de 4 personnes et pour les DOM voir ameli.fr

LES PRESTATIONS DE LA CMU-C et DE L'ACS



Prise en charge des soins à **100%** sans avance de frais

(dans la limite des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie et dans le cadre du parcours de soins coordonné, hors exigences particulières comme une visite en dehors des heures habituelles de consultation, visite à domicile)

Tarifs sans dépassements d'honoraires quel que soit le médecin choisi

(sauf exigences particulières)

Exonération de la participation forfaitaire et des franchises

Accès à des tarifs réduits sur les factures de gaz ou d'électricité

LA CMU-C COMMENT ÇA MARCHE ?

La CMU-C est une protection complémentaire santé gratuite qui permet de ne pas avoir d'avance de frais de santé à faire. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Pour la demander, un dossier est à constituer (formulaire et justificatifs). **Une fois attribuée, la CMU-C est accordée pour un an.** Le renouvellement doit être demandé chaque année.

L'ACS COMMENT ÇA MARCHE ?

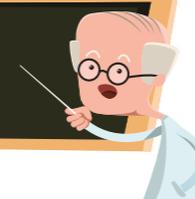
Le montant de l'aide est variable selon l'âge et le nombre de personnes qui compose le foyer. L'aide est reçue sous la forme d'un chèque à remettre à l'organisme de complémentaire santé. Le choix de celui-ci doit se faire parmi une **liste d'organismes sélectionnés**, disponible sur info-acs.fr.

moins de 16 ans	de 16 à 49 ans
100€/an	200€/an

de 50 à 59 ans	plus de 60 ans
350€/an	550€/an



Lexique



Base de Remboursement

Base de Remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'Assurance Maladie pour déterminer le montant de son remboursement.

Taux de remboursement

Taux appliqué par l'Assurance Maladie sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement en fonction du statut de l'assuré et du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (70 % pour les actes médicaux, 60 % pour les actes paramédicaux, 65 % pour l'appareillage, 15% à 100% pour les médicaments...)

Ticket modérateur (TM)

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance Maladie.

Il est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

La complémentaire santé couvre tout ou partie du reste à charge.

Participation forfaitaire d'un euro

Laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Non remboursée par les complémentaires santé "responsables".

Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais.

Secteur 1 ou 2 - dépassements d'honoraires

La base de remboursement de l'Assurance Maladie varie en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2). Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire, mais peuvent être pris en charge par la complémentaire santé.

Contrat responsable et solidaire

(définis par décret du 19 novembre 2014)

Responsable car il respecte le parcours de soins coordonnés et les limites de remboursement définies par décret.

Solidaire car les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des individus et qu'aucune information médicale n'est recueillie pour la souscription du contrat.

complémentaire santé

Mutuelles Salariés

ACS - CMU-C Ayants droit

Contrat responsable et solidaire

Prise en charge Dépenses de santé

Mutualisation

Non lucratif Exonération

Aides au paiement

**Ma couverture santé
Comment ça marche ?**

POUR BÉNÉFICIER DE LA CMU-C

www.cmu.fr

POUR BÉNÉFICIER DE L'ACS

www.info-acs.fr



PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

www.paca.mutualite.fr

La Sécurité Sociale qu'est-ce que c'est ?



Comment est financée la Sécurité Sociale ?

La Sécurité Sociale est financée par les cotisations sociales composées d'une partie employeur et d'une autre salarié. Ces dernières sont prélevées directement sur le salaire et versées à l'URSSAF.

Où va cet argent ?

Exemple de répartition de 100€ encaissés par le réseau URSSAF



*Chiffres 2006

L'Assurance Maladie, qu'est-ce que c'est ?

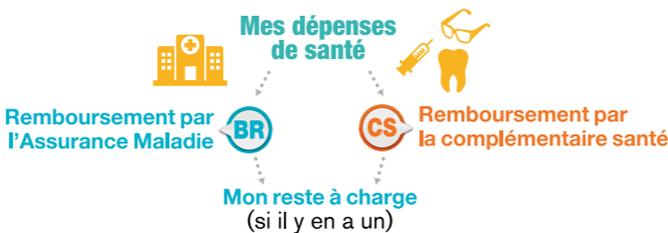
L'Assurance Maladie est l'une des grandes composantes de la Sécurité sociale, dont le rôle principal est de protéger les individus contre l'ensemble des risques de la vie.

- le régime général** : couverture solidaire et universelle de 4 personnes sur 5.
- le régime agricole (MSA)** : pour les exploitants et salariés agricoles.
- le régime social des indépendants (RSI)** : pour les artisans, commerçants, industriels et professions libérales.
- les régimes spéciaux** : exemple : SNCF, Banque de France, RATP, EDF-GDF, Assemblée nationale, Sénat, Alsace Moselle etc...

Comment adhère-t-on ?

C'est le statut professionnel qui définit le **régime d'affiliation** de base. Il se fait automatiquement par le **biais de l'employeur**. Le rattachement à la caisse primaire se fait en fonction du lieu de résidence.

Comprendre mes remboursements santé



Remboursement Assurance Maladie

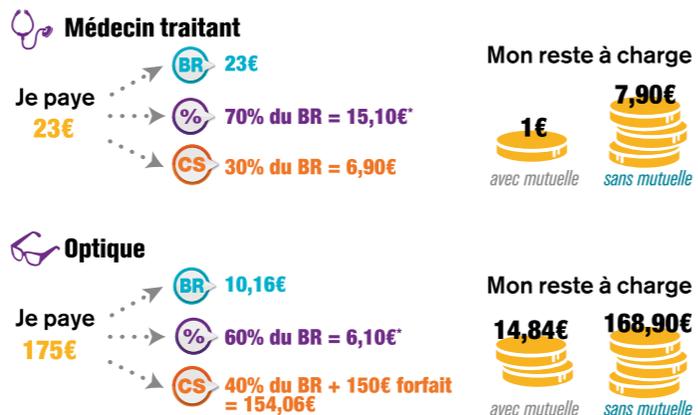
La base de remboursement (BR) est le tarif servant de référence à l'Assurance Maladie pour déterminer le montant du remboursement. L'Assurance Maladie ne rembourse qu'un pourcentage de la BR.

BR ≠ frais réels

Médecin traitant	BR	23€	%	70%
Médecin spécialiste	BR	28€	%	70%
Couronne dentaire	BR	107,50€	%	70%
Paire de lunettes	BR	10,16€	%	60%
Orthodontie	BR	193,50€	%	100%

BR = BR fixé par l'Assurance Maladie % = Taux de prise en charge par l'Assurance Maladie

Remboursement complémentaire santé



*1€ de participation forfaitaire

BR = BR fixé par l'Assurance Maladie % = Taux de prise en charge par l'Assurance Maladie CS = Prise en charge par la complémentaire santé

Les acteurs de la complémentaire santé

Mutuelle

Caractéristiques : Société à but non lucratif dont 80% de l'activité concerne la santé (monorisque). Groupement de personnes à vocation sociale et solidaire, régi par le code de la Mutualité. Il est financé par les cotisations de ses adhérents qui participent à sa gestion.

Conditions d'adhésion à une couverture santé

La mutuelle ne fait pas de sélection par le risque. L'état de santé d'un mutualiste ne peut interférer sur ses conditions d'adhésion.

Assureur

Caractéristiques : Société capitaliste à but commercial dont la santé ne concerne que 4% de son activité (multirisques). Elle est régie par le code des assurances et est financée par des capitaux et fonds privés d'actionnaires qui participent à sa gestion.

Conditions d'adhésion à une couverture santé

L'assureur exerce une sélection par le risque. L'état de santé du patient influence les conditions d'adhésion.

Institut de prévoyance

Caractéristiques Les instituts de prévoyance sont également à but non lucratif. Ils gèrent essentiellement les contrats santé et prévoyance en entreprise. Leur gestion est paritaire. Ils sont régis par le code de la Sécurité Sociale.

Conditions d'adhésion à une couverture santé

Soumis à la réglementation de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise. Voir aussi le lexique «contrat responsable et solidaire»



Pourquoi choisir une mutuelle ?

Entre mutuelle et assurance il y a une différence

6 raisons de choisir une vraie mutuelle



- Pour leur expertise reconnue : la santé et la prévoyance sont le **cœur de métier des Mutuelles**
- Pour leurs réseaux de proximité : **479 agences en Paca**
- Pour leurs services de soins et d'accompagnement mutualistes qui contribuent à favoriser l'accès aux soins pour tous (centres de santé, centres dentaires, centres optiques, services petite enfance etc..) : **198 en Paca**
- Pour leurs **1039 actions de prévention santé** Pour informer et prévenir des risques autour de la santé à tous les âges de la vie.
- Pour leurs **services et prestations annexes** : réseaux de soins conventionnés pour limiter les restes à charge.
- Pour leur mode de gouvernance : les mutuelles sont des organismes à but non lucratif gérés par leurs adhérents : **leurs cotisations servent uniquement à la protection des adhérents**



contact : communication@pacamutualite.fr - Tél. 04 13 10 80 50