



Ma couverture santé *Comment ça marche ?*



**MUTUALITÉ
FRANÇAISE**

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

sud.mutualite.fr

Comprendre la *Sécurité Sociale*

La Sécurité sociale est l'organisme qui gère notre protection sociale. Elle nous préserve de la majeure partie des **risques sociaux**. Elle est basée sur les principes de l'Universalité et de la Solidarité : "on cotise selon ses moyens et on en bénéficie selon ses besoins".

1 Elle est organisée 5 branches et compte 3 types de régimes :

Le régime général :



Branches
famille



Branches
retraite



Branches
recouvrement



Branches
maladie

Branches
ATP - MP*

*Accident du Travail
Maladies Professionnelles

Le régime agricole (MSA) : pour les exploitant.e.s et salarié.e.s agricoles.

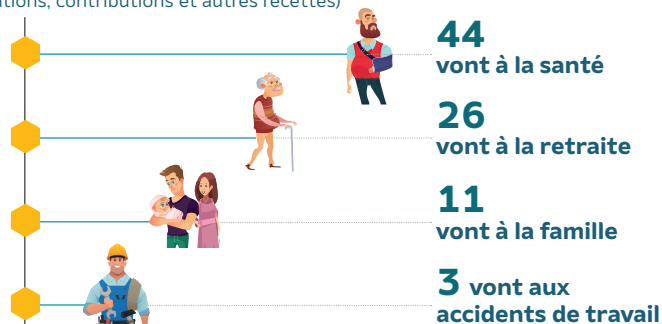
Les régimes spéciaux : comme celui de la RATP, la SNCF, l'Assemblée nationale...

2 À quoi servent les cotisations ?

La Sécurité sociale est financée à 60,8 % par les cotisations sociales (patronales 72 % et salariales 28 %) des salaires bruts et à 24 % par les impôts et taxes (dont la CSG).

sur 100€

(cotisations, contributions et autres recettes)

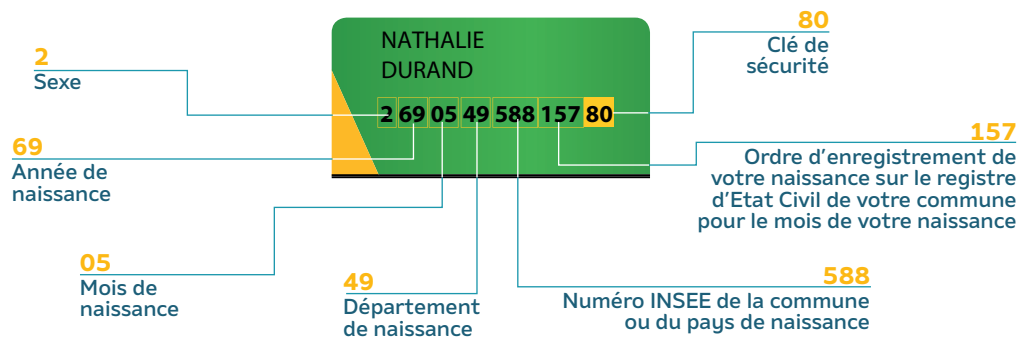


Comprendre l' *Assurance Maladie*



L'Assurance maladie est une des grandes composantes de la Sécurité sociale. Elle est basée sur le principe de la PUMA -Protection maladie universelle- Depuis 2018, toute personne résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de 3 mois, bénéficie d'une prise en charge de ses frais de santé.

1 Comment est composé le numéro de Sécurité sociale ?



LES REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SANTÉ

Les frais de santé sont pris en charge en partie par l'Assurance maladie, puis par les complémentaires santé et parfois par l'assuré.e social.e.

Ne pas confondre
100 % des frais réels et
100 % prise en charge

Comprendre le parcours de soins coordonnés

Depuis 2004, le parcours de soins a été instauré afin de limiter les dépenses inutiles et encourager la coordination des soins. C'est aussi le chemin que vous devez emprunter si vous souhaitez être remboursé.e au mieux.

1 Je respecte le parcours de soins

Le médecin traitant

Obligatoire pour toute personne de 16 ans et +, assurées ou ayants droit.

Le spécialiste

S'il le juge utile, votre médecin traitant peut vous envoyer consulter un confrère spécialiste. Il vous remet un courrier lui expliquant votre cas. Le remboursement de l'Assurance maladie et de la complémentaire santé s'appliquent normalement.

Les spécialistes en accès direct :

Les ophtalmologistes, les gynécologues, les psychiatres et neuropsychiatres (pour les patients de 16 à 25 ans), les stomatologues sauf pour les actes chirurgicaux lourds. Les consultations IVG.

Je suis remboursé.e à 100 %

Lorsque l'on respecte le parcours de soins coordonnés, l'Assurance maladie rembourse 70 % du tarif de base et la complémentaire santé 30 %. **Attention** : même si c'est votre généraliste qui vous envoie chez un spécialiste en secteur 2, les dépassements ne sont pas pris en charge. Et vous devrez toujours vous acquitter des différents forfaits.

2 Je ne respecte pas le parcours de soins

Je suis remboursé.e à 30 %

Pour les personnes ne respectant pas le parcours de soins, l'Assurance maladie accorde un remboursement minimal des frais engagés. Ce montant est à 30 % du tarif de base de la Sécurité sociale soit 7,50 € pour un généraliste en secteur 1 et 9 € pour un spécialiste en secteur 1.

Quand est-on hors parcours de soins ?

- Quand on n'a pas déclaré de médecin traitant.
- Quand on consulte un généraliste qui n'est pas son médecin traitant (*sauf s'il est absent ou que le patient est en déplacement*).
- Quand on consulte un spécialiste qui n'est pas en accès direct et sans être passé par son médecin traitant.

Connaître les acteurs de la complémentaire santé

Les mutuelles :

sont des organismes à but non lucratif à vocation sociale et solidaire, régies par le code de la Mutualité. Leur activité principale est la complémentaire santé. Elles sont financées par les cotisations de leurs adhérents qui participent à leur gestion. Leur principe d'assurance est la Mutualisation du risque.

Les assurances :

sont des sociétés capitalistes à but commercial dont la santé ne concerne que 4 % de leur activité. Elles sont régies par le code des Assurances et sont financées par des capitaux et fonds privés d'actionnaires qui participent à leur gestion. Leur principe d'assurance est l'individualisation du risque.

Les instituts de prévoyance :

sont également des organismes à but non lucratif. Ils gèrent essentiellement les contrats santé collectifs et la prévoyance en entreprise.

Institut de prévoyance

Assureur

Mutuelle

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ EN ENTREPRISE

Depuis le 1^{er} janvier 2016, tout employeur est dans l'obligation de proposer une couverture santé à ses salarié.e.s. Les contrats collectifs représentent désormais 47 % des cotisations collectées en santé. En moyenne les organismes gestionnaires en reversent entre 85 % et 70 % sous forme de prestations. La majorité des couvertures proposées sont **des contrats responsables et solidaires**.

9 salarié.e.s sur 10 sont couvert.e.s par un contrat collectif !

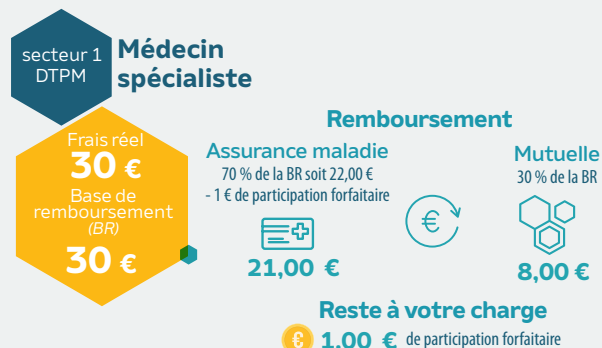
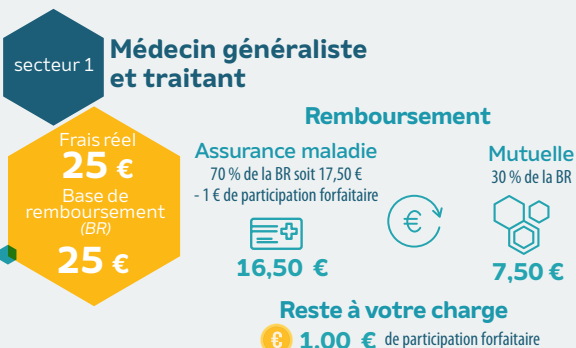
Comprendre mes remboursements de frais de santé



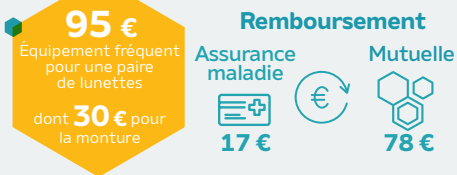
Les remboursements ne se font pas sur la base des frais réels mais sur la **base de remboursement ou BR**, fixée par l'Assurance maladie. Elle prend en charge une part de cette base et votre complémentaire santé l'autre part. Si cela ne couvre pas l'ensemble de vos dépenses réelles, on parle alors **de reste à charge**. Le remboursement d'une consultation médicale dépend également d'autres facteurs comme le respect du **parcours de soins coordonnés**, de la discipline de votre médecin (généraliste ou spécialiste), du conventionnement du médecin (**conventionné secteur 1 ou 2 ou non conventionné, DTPM**), etc..

Exemples de remboursements pour les soins les plus courants et compris dans l'offre 100 % santé... Vous trouverez plus d'exemples en vous rendant sur notre site internet <https://sud.mutualite.fr/comprendre-mes-remboursements-santé>

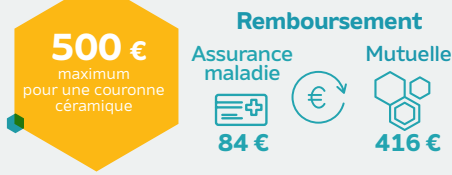
Parcours de soins coordonnés



Optique au 1^{er} janvier 2020



Dentaire au 1^{er} janvier 2021 (dentiers)* au 1^{er} janvier 2020 (couronnes et bridges)*



AUDIOPROTHÈSE au 1^{er} janvier 2021*



Les franchises :

Elles s'élèvent à 0,50 € par boîte de médicaments, 0,50 € par acte paramédical et 2 € par transport sanitaire.

Limitées à 50 € par an pour l'ensemble des actes.

La participation forfaitaire :

Mise en place pour préserver le système de santé français, cette participation de 1 € est déduite automatiquement de vos remboursements sur chaque consultation, examen ou acte de radiologie pour tout assuré de plus de 18 ans.

Limitée à 50 € par an et par personne.

Les médicaments :

L'Assurance maladie a différentes modalités de prises en charge en fonction de leur service médical rendu (SMR)

Vignettes blanches : 65 %

Vignettes bleues : 30 %

Vignettes oranges : 15 %

Reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux : 100 %

Le tiers payant évite au patient d'avoir à faire l'avance de frais à la pharmacie.

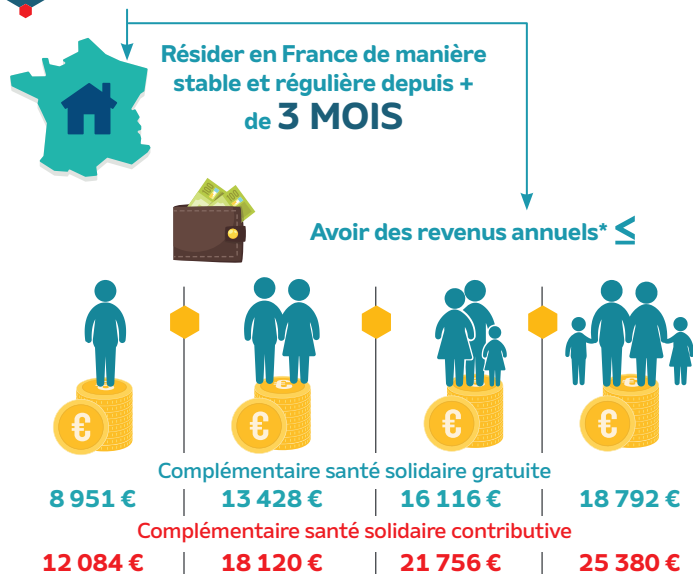
* Les restes à charge vont diminuer avec des tarifs de prothèses plafonnés et progressivement réduits, et les remboursements de ces prothèses par les mutuelles et l'assurance maladie progressivement augmentés, à partir de 2019.

** DTM Dispositif tarifaire de Pratiques médicales

La complémentaire santé solidaire (CSS ou C2S)

À compter du 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS deviennent la Complémentaire santé solidaire. Cette dernière se compose de 2 niveaux : l'un totalement gratuit pour les revenus les plus faibles et l'autre payant en fonction de sa tranche d'âge. (voir tableau ci-dessous).

1 Quelles sont les conditions pour bénéficier de la CSS ?



*Plafonds en vigueur jusqu'au 1^{er} avril 2020 - **Au-delà de 4 personnes et pour les DOM

Pour la CSS contributive : le reste à charge doit être réglé par le bénéficiaire directement à l'organisme choisi.

2 Comment ça se passe pour en bénéficier ?

Le droit à la Complémentaire santé solidaire dépend de votre situation et de vos ressources.

La première étape que nous vous conseillons est de faire une simulation anonyme et à titre indicatif de vos droits sur : <https://www.ameli.fr/simulateur-droits>.

Votre mutuelle, votre caisse d'Assurance maladie, votre centre communal d'action sociale ou encore votre établissement de santé peuvent également vous aider à remplir le formulaire de demande sur le site <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr>.

C'est ensuite votre caisse d'Assurance maladie qui instruira votre dossier.

Si vous bénéficiez de la CSS à titre gratuit, votre droit sera ouvert au 1^{er} jour du mois qui suit la décision positive.

Si vous bénéficiez de la CSS contributive, vous recevrez un bulletin d'adhésion de la complémentaire santé que vous avez choisie que vous devrez compléter et renvoyer avec votre moyen de paiement. Votre droit sera ouvert au 1^{er} jour du mois suivant la réception de ces éléments.

Âge de l'assuré.e au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution de la CSS contributive	Montant de la contribution financière demandée à l'assuré.e/mois
29 ans et moins	8 €
Entre 30 et 49 ans	14 €
Entre 50 et 59 ans	21 €
Entre 60 et 69 ans	25 €
À partir de 70 ans	30 €

Les prestations de la Complémentaire santé solidaire :

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 coordonnés, hors exigences particulières comme une visite en dehors des heures habituelles de consultation, visite à domicile)

Nouveauté 2020 ! Pour l'optique, le dentaire et l'audio : garanties du 100 % santé pour un reste à charge zéro.

Tarifs sans dépassement d'honoraires quel que soit le médecin choisi (sauf exigences particulières)

Exonération de la participation forfaitaire et des franchises

COMMENT CHOISIR MA MUTUELLE ?

Vous avez le choix. Vous pouvez choisir une mutuelle parmi celles gérant la complémentaire santé solidaire en consultant la liste sur <https://bit.ly/3721hhG> ou bien souscrire un contrat auprès de votre caisse d'Assurance maladie.



Le lexique

Assurance maladie Complémentaire (AMC) :

désigne les organismes qui interviennent en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Assurance maladie Obligatoire (AMO) :

désigne les régimes obligatoires : les Cnam, la Msa ou régimes spéciaux qui couvrent tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Base de remboursement (BR) ou tarif de responsabilité :

tarif défini par l'Assurance maladie pour déterminer le montant de remboursement des frais de santé. La "BR" ne correspond pas toujours aux frais réels.

Contrat collectif :

contrat d'assurance maladie complémentaire à adhésion obligatoire ou facultative souscrit par un employeur au bénéfice de ses salarié.e.s et généralement de leurs ayants droit.

Contrat responsable et solidaire :

il désigne une couverture santé qui respecte le parcours de soins coordonnés et les limites de remboursement (panier de soins) définies par le décret du 19 novembre 2014. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des individus et aucune information médicale n'est recueillie pour la souscription du contrat.

Complémentaire santé solidaire (CSS ou C2S) :

aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les revenus les plus modestes. Remplace la CMU-C et l'ACS depuis le 1^{er} novembre 2019.

Offre 100 % santé :

cette réforme propose une offre en dentaire, optique et audio entièrement prise en charge par l'Assurance maladie et les complémentaires santé. Elle sera totalement déployée en 2021.

Parcours de soins coordonnés :

circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé de manière optimale.

Panier de soins :

le "panier de soins ANI" désigne les garanties minimales qui doivent être proposées aux salariés dans le cadre d'un contrat santé collectif, obligatoire et responsable mis en place par l'entreprise.

PUMA - Protection maladie universelle :

la Puma garantit à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de 3 mois, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Taux de remboursement :

il fixe les parts de remboursements prises en charge par l'Assurance maladie (70 % pour les actes médicaux, 60 % pour les actes paramédicaux, 60 % pour les équipements optiques, 15 à 100 % pour les médicaments) ainsi que celle des complémentaires santé..

Ticket modérateur :

c'est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance maladie, avant déduction des participations forfaitaires, franchises médicales ou forfait hospitalier à la charge de l'assuré.e.

Tiers-payant :

c'est le dispositif qui permet d'éviter de faire l'avance des frais comme à la pharmacie par exemple. La Mutualité milite pour un tiers-payant intégral et pour toutes et tous.

Reste à charge :

c'est le montant des frais de santé que vous devez payer après les remboursements de l'Assurance Maladie et de la complémentaire santé. Pour certains soins de santé ils peuvent être conséquents et sans complémentaire santé exorbitants. Les restes à charges sont une des principales raisons du renoncement aux soins.

Conventionnements des professionnels de santé :

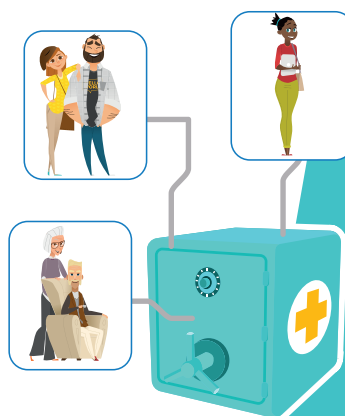
les professionnel.les de santé sont dits "conventionné.e.s" lorsqu'ils. elles ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance maladie obligatoire et les représentant.e.s de leur profession.

◆ **Secteur 1 ou 2 ou non conventionné :** Les médecins sont conventionnés avec l'Assurance maladie en secteur 1 ou 2 (ce choix est irrévocable). En secteur 1, ils ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires et l'Assurance maladie en contrepartie prend en charge une partie de leurs cotisations sociales. En secteur 2, ils pratiquent des honoraires libres et la base de remboursement de l'Assurance maladie est limitée. Souvent cela ne couvre pas l'intégralité de la consultation. Avant de consulter un médecin vous pouvez vous renseigner sur ses pratiques tarifaires en consultant le site ameli.fr

◆ **DTPM (Dispositif tarifaire de Pratiques médicales) ou DT-OPTAM :** c'est un accord conventionnel entre l'Assurance maladie et les spécialistes de secteur 2. Cet accord vise à limiter les dépassements tarifaire (DT) et propose aux praticiens de signer l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), en échange l'Assurance maladie garantit une meilleure base de remboursement aux assuré.e.s soci.aux.ales.

Risques sociaux :

ce sont les aléas de la vie qui peuvent toucher tout individu et provoquer soit des dépenses importantes, comme la maladie ou la maternité soit une diminution de ses revenus habituels, comme le chômage ou la vieillesse, le handicap, l'invalidité les accidents de travail.... Ces risques sociaux nécessitent donc une prise en charge collective et contribuent ainsi à réduire les inégalités sociales.



AVEZ-VOUS OUVERT VOTRE DMP ?

Le dossier médical partagé, DMP, est un coffre-fort électronique qui vous permet de stocker et de sécuriser toutes vos données de santé. Il remplace le bon vieux carnet de santé ! Ainsi plus de risque de perdre vos radios ou de chercher votre carnet de vaccination. Il est gratuit et c'est vous qui décidez quel.le professionnel.le de santé peut y accéder et ce que vous l'autoriser à voir. Pour le créer rien de plus simple RDV sur www.dmp.fr/ ou en pharmacie !

Envie d'en savoir plus ?



La Mutualité Française se mobilise pour vous permettre de mieux comprendre notre système de Protection sociale et de santé. Découvrez nos épisodes sur :

<https://sud.mutualite.fr/dossiers/comprendre-la-protection-sociale-a-la-francaise/>



Envie d'en savoir plus sur vos droits en santé ou les aides à la complémentaire santé ? **Smart Santé** est là pour vous accompagner ! C'est un dispositif numérique gratuit qui vous propose de découvrir comment fonctionne le système de santé et ce grâce à des vidéos en e-learning et des quiz.

<http://www.smartsante-sigmaformation.fr/>

