

Qu'est-ce qu'une complémentaire santé ?

Une complémentaire santé, aussi appelée mutuelle, est l'organisme qui assure le deuxième niveau de votre protection sociale en complément de l'Assurance maladie (Sécurité sociale) ou le remboursement de certains actes non pris en charge par celle-ci.

A la différence des assurances santé qui sont régies par le code des assurances, une mutuelle est régie par le livre 2 du code de la mutualité.

Votre mutuelle fonctionne selon des règles démocratiques, et vous y adhérez quel que soit votre âge et votre état de santé. Elle n'implique pas de questionnaire médical concernant votre état de santé, les accidents dont vous avez été victime, les traitements médicaux en cours, etc.

Qu'est-ce qu'un délai de stage ?

Appelé aussi délai de carence, il désigne la période qui s'écoule entre l'ouverture de vos droits (début des cotisations) et la date de prise d'effet de vos garanties (vos remboursements).

Que signifie « forfait journalier hospitalier » ?

C'est le montant correspondant aux frais d'hébergement et d'entretien demandé à un patient pour tout séjour hospitalier de plus de 24h.

Son montant est fixé par Arrêté pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est pris en charge intégralement par votre mutuelle (à l'exception du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux)

Qu'est-ce que le parcours de soins coordonnés ?

Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant. De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues, dentistes et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et votre mutuelle ne remboursera pas la différence.

Quelle est la différence entre un médecin conventionné et non conventionné ?

La Sécurité sociale a établi, avec les professionnels de santé, une « convention » qui fixe les tarifs de chaque acte médical. Un médecin est dit « conventionné » lorsqu'il a adhéré à cette convention, et respecte les tarifs établis.

Par exemple, un médecin conventionné facture une consultation 25 €.

A l'inverse, un médecin non conventionné fixe ses propres tarifs, sans tenir compte de la convention.

Qu'est-ce qu'un médecin conventionné secteur 1 ou secteur 2 ?

Lorsqu'un médecin adhère à la convention avec la Sécurité sociale, il est classé dans l'un des deux secteurs : secteur 1 ou secteur 2.

En secteur 1, votre professionnel de santé applique uniquement le tarif de convention fixé par la Sécurité sociale. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part (exemple : une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin).

En secteur 2, il est autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure.

Qu'est-ce que l'OPTAM ?

C'est une Option Pratique Tarifaire Maîtrisée qui a remplacé le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Il s'agit d'un contrat signé entre l'Assurance Maladie et des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2. Les médecins ayant adhéré s'engagent notamment à limiter leurs dépassements à 100 % du tarif de convention.

Que signifie « dépassement d'honoraire » ?

Il s'agit de la différence entre le montant facturé par le professionnel de santé, et celui qui sert de base de remboursement à l'Assurance Maladie. Celle-ci rembourse les consultations médicales sans jamais prendre en charge les dépassements d'honoraires.

Dans le cadre du parcours de soins, le remboursement de votre mutuelle varie selon l'adhésion du professionnel de santé à l'OPTAM ou non, et en fonction de la garantie souscrite.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient (affichage en salle d'attente, mention sur internet).

Que signifie « soin ambulatoire » ?

C'est un ensemble des prestations de soins, dispensées par des professionnels de santé, en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en « soins externes ») sont généralement considérées comme des soins ambulatoires.

Synonymes : soins de ville, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.

Tarif d'Autorité (TA) : Il concerne les actes effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base au remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

Tarif de convention (TC) : Il concerne les actes effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit du tarif de référence de la Sécurité sociale appliqué pour tout acte. Le taux de remboursement de la Sécurité sociale et de votre mutuelle est calculé à partir de ce tarif.

Synonymes : tarif de responsabilité, tarif de base, prix unitaire (PU), base de remboursement (BR)

Ticket modérateur (TM) : Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance maladie. Son montant varie en fonction des actes et médicaments, de votre situation et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. Votre complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur. Au ticket modérateur s'ajoutent la participation forfaitaire d'un euro, les franchises et d'éventuels dépassements d'honoraires.

MIEUX COMPRENDRE MA PRISE EN CHARGE

Exemples de remboursement 2017 :



✓ Médecin **adhérent** à l'OPTAM
Respect du parcours de soins

LA SÉCURITÉ SOCIALE PREND EN CHARGE :

70 % du TC moins la participation forfaitaire
70% de 25 € → 17,50 € - 1 € de participation forfaitaire

MA MUTUELLE ME REMBOURSE :

Mon ticket modérateur 30% de 25 € (TC) = 7,50 €
+ Le dépassement d'honoraire selon mon forfait annuel restant

16,50 €
17,50 €
34 €

✓ Médecin **non adhérent** à l'OPTAM
Respect du parcours de soins

LA SÉCURITÉ SOCIALE PREND EN CHARGE :

70 % du TC moins la participation forfaitaire
70% de 25 € → 17,50 € - 1 € de participation forfaitaire

MA MUTUELLE ME REMBOURSE :

Mon ticket modérateur 30% de 25 € (TC) = 7,50 €
+ Le dépassement d'honoraire minoré de 20% du TC selon mon forfait annuel restant 10 € - 20% de 25 € (TC) → 5 €

16,50 €
12,50 €
29 €

✗ Médecin **adhérent** à l'OPTAM
Hors parcours de soins

LA SÉCURITÉ SOCIALE PREND EN CHARGE :

30 % du TC moins la participation forfaitaire
30% de 25 € → 7,50 € - 1 € de participation forfaitaire

MA MUTUELLE ME REMBOURSE :

Mon ticket modérateur 30% de 25 € (TC) = 7,50 €
Pas de remboursement du dépassement d'honoraire car hors parcours de soins

6,50 €
7,50 €
14 €

Pour savoir si un médecin est signataire de l'OPTAM rendez-vous sur l'annuaire santé de l'Assurance maladie : [annuaresante.ameli.fr](http://annuairesante.ameli.fr)