

## L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OBLIGATOIRE : SYNTHÈSE

P.2	INTRODUCTION
P.2	ENTREPRISES CONCERNÉES
P.2	MODALITÉS DE MISE EN PLACE DU RÉGIME
P.2	L'accord d'entreprise
P.3	Le référendum
P.3	La décision unilatérale de l'employeur
P.3	LE FINANCEMENT DU RÉGIME
P.3	LA FISCALITÉ DU RÉGIME
P.3	Les conditions d'exonérations
P.3	Les exonérations sociales
P.3	La déductibilité fiscale
P.4	LES CARACTÉRISTIQUES DU RÉGIME
P.4	LES SALARIÉS CONCERNÉS
P.4	Les « catégories » de salariés
P.4	LES CAS DE DISPENSE D'ADHÉSION
P.4	Les modalités de résiliation d'un contrat de complémentaire santé individuel
P.5	L'INFORMATION DES SALARIÉS
P.5	LA PORTABILITÉ DES GARANTIES
P.5	LES AYANTS DROIT
P.5	LES GARANTIES : LE PANIER DE SOIN MINIMAL
P.6	LE CONTRAT RESPONSABLE
P.6	LES GARANTIES OPTIONNELLES
P.6	Le financement des garanties optionnelles
P.6	LES PRESTATAIRES
P.7	NEGOCIER LE CONTRAT D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
P.7	Le taux de cotisation
P.7	Les garanties proposées
P.8	GLOSSAIRE
P.8	LIRE UN TABLEAU DE GARANTIES

La Sécurité sociale ne rembourse que partiellement les dépenses de santé. La souscription d'une complémentaire santé permet de bénéficier du remboursement total ou partiel de ces dépenses, en complément de celui de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent également être remboursés.

**Jusqu'à présent, la mise en place d'un contrat d'assurance collectif de complémentaire santé n'était pas obligatoire pour toutes les entreprises : la souscription à un tel régime relevait de la libre décision des partenaires sociaux représentatifs de la branche professionnelle, ou de l'entreprise.**

**Rendue obligatoire par la loi du 14 juin 2013, la généralisation de la complémentaire santé va désormais s'appliquer à tous les salariés du secteur privé. Les garanties offertes dans ce cadre doivent être au moins égales à celles d'un « panier minimal ». Quelle que soit la taille, le statut ou le secteur d'activité de l'entreprise, elle doit financer au moins la moitié du coût des cotisations de ce contrat santé.**

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 a prévu la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés du privé. La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a traduit cet accord et le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 a précisé les règles des contrats de santé dits « responsables ».

## ENTREPRISES CONCERNÉES

La loi s'applique à toutes les entreprises, quelle que soit leur taille, leur statut ou leur secteur d'activité. Au 1er janvier 2016, toutes les entreprises du secteur privé devront couvrir l'ensemble de leurs salariés en complémentaire santé.

## MODALITÉS DE MISE EN PLACE DU RÉGIME

L'article 911.1 du Code de la Sécurité sociale régit les procédures de mise en place de la complémentaire santé collective au sein des entreprises.

### Article L911-1

A moins qu'elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale sont déterminées soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

La mise en place de l'assurance collective de complémentaire santé, ainsi que la date limite de souscription au régime dépendent à la fois des dispositions qui préexistaient dans l'entreprise, mais aussi de son rattachement, ou non, à une Convention Collective Nationale (CCN).

**Si l'entreprise est couverte par un accord de branche**, l'ouverture des négociations a débuté le 1er juillet 2014. Il revient à l'entreprise de se renseigner sur les dispositions et recommandations établies par celle-ci.

**Si l'entreprise n'est pas couverte par un accord de branche, d'ici le 1er janvier 2016**, elle doit mettre en place, modifier ou renégocier la couverture, soit par accord d'entreprise, soit par référendum, soit par décision unilatérale de l'employeur.

### L'accord d'entreprise

L'accord d'entreprise fixe, en accord avec le droit du travail, les dispositions qui encadrent les conditions de travail des employés et leurs garanties sociales. Il découle d'une négociation entre les institutions représentatives du personnel (délégués syndicaux, membres du Comité d'Entreprise, délégués du personnel...) et l'employeur. Un accord d'entreprise ne peut être adopté que s'il reçoit plus de 50 % des suffrages à l'issue du vote obligatoire.

## Le référendum

Adapté aux entreprises qui n'ont ni accords de branches, ni délégués syndicaux ni représentants du personnel, le référendum est la consultation directe du personnel. Il est organisé par l'employeur, de la même manière que les opérations électorales classiques. Le vote est à bulletin secret. Les salariés se prononcent sur un projet écrit, qui doit présenter avec précision la nature et le niveau des prestations, des cotisations, etc. Pour être adopté, le référendum doit être ratifié par la majorité des salariés concernés.

## La décision unilatérale de l'employeur

Procédure la plus simple à mettre en œuvre, la décision unilatérale de l'employeur (DUE) a plusieurs caractéristiques : la décision doit être détaillée, rédigée de façon aussi complète que s'il s'agissait d'un référendum ou d'un accord collectif, et elle doit être communiquée, par écrit, à tous les salariés : une liste d'émargement doit être constituée pour en témoigner.

## LE FINANCEMENT DU RÉGIME

La loi du 14 juin 2013 prévoit que l'employeur assure au minimum la moitié du financement de la couverture.

La majorité des régimes de complémentaire santé prévoit des cotisations forfaitaires, d'un montant égal pour tous les salariés. Mais la réglementation autorise d'autres modalités, dès lors que la cotisation est uniforme, c'est à dire calculée et cofinancée de la même manière pour tous les salariés (même montant et/ou taux et assiette). Il existe ainsi des systèmes de cotisations proportionnelles au revenu et des cotisations mixtes, avec une part forfaitaire et une part proportionnelle.

## LA FISCALITÉ DU RÉGIME

Le contrat de complémentaire santé auquel l'employeur contribue financièrement peut être assorti d'exonération sociale et de déductibilité fiscale, dans la limite de certains plafonds, et sous conditions.

### Les conditions d'exonérations

- 1/ Le mode de mise en place, selon l'un des trois modes prévus par la loi (cf. supra : accord collectif, referendum ou DUE) ;
- 2/ Le caractère collectif et obligatoire du régime ;
- 3/ La souscription à un contrat dit « responsable ».

Le décret du 9 janvier 2012 et la circulaire du 30 janvier 2009 précisent les conditions d'exonérations sociales et fiscales des garanties de protection sociale complémentaire.

### Les exonérations sociales

Les contributions des employeurs au financement de prestations de complémentaire santé sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale propre à chaque assuré, pour une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de :

- 6 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale (soit 2 282 € en 2015) ;
  - 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale ;
- dans la limite de 12 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale (soit 4 565 € en 2015).

### La déductibilité fiscale

Les cotisations patronales et salariales sont soumises intégralement à CSG et CRDS, pour une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de :

- 7 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale (soit 2 663 € en 2015)
  - 3 % de la rémunération brute annuelle ;
- dans la limite de 24 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale (soit 9 130 € en 2015).

### NB : Fiscalité des salariés

La cotisation payée par le salarié est déduite de son revenu imposable. En revanche, la contribution de son employeur se cumule à sa rémunération pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Dans ce cadre, plus la part prise en charge par l'employeur est importante, plus le revenu imposable du salarié augmente.

## LES CARACTÉRISTIQUES DU RÉGIME

Pour bénéficier des avantages de la fiscalité du régime (cf. supra), celui-ci doit présenter les caractéristiques suivantes :

- les garanties proposées doivent compléter celles de la Sécurité sociale,
- elles doivent bénéficier à l'ensemble des salariés ou à une ou plusieurs catégories objectives de salariés (voir infra),
- la participation de l'employeur doit être effective et uniforme.

Les prestations doivent en outre être versées par un organisme habilité (voir infra).

Le contrat de complémentaire santé doit respecter les règles du contrat « responsable et solidaire » définies par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale :

- il sera « solidaire » s'il ne prévoit pas de questionnaire médical, et si ses tarifs ne sont pas fixés en fonction de l'état de santé des personnes couvertes ;
- il sera « responsable » (voir infra) s'il respecte les obligations, tout comme les interdictions, de prise en charge. Les interdictions visent principalement le respect du parcours de soins coordonnés et la limitation du remboursement des dépassements d'honoraires : il s'agit ainsi d'empêcher que les baisses de remboursement des soins hors parcours prévues par la Sécurité sociale ne soient compensées par les organismes complémentaires.

---

## LES SALARIÉS CONCERNÉS

Les garanties de la complémentaire santé instituée par l'employeur doivent revêtir un caractère collectif, c'est-à-dire bénéficier de façon générale et impersonnelle à l'ensemble du personnel salarié, ou éventuellement à une ou plusieurs catégories objectives de salariés.

### Les « catégories » de salariés

Les critères qui fixent les catégories de personnels sont déterminés par les décrets du 9 janvier 2012 et du 8 juillet 2014. Elles sont celles retenues dans le droit du travail, qui distingue ouvriers, employés, agents de maîtrise, ingénieurs, cadres et cadres dirigeants. Si le régime est institué pour une catégorie de salariés, l'employeur devra être en mesure de démontrer que des conditions de travail différentes justifient objectivement les différences de traitement.

Les catégories de bénéficiaires du régime ne peuvent, en aucun cas, être définies en fonction du temps de travail, de la nature du contrat, de l'âge ou (sous réserve) de l'ancienneté des salariés.

## LES CAS DE DISPENSE D'ADHÉSION

Pour bénéficier des avantages de la fiscalité du régime, l'adhésion de tous les salariés est, par principe, obligatoire. Mais des exceptions à ce principe, correspondant à des situations très particulières et exceptionnelles, sont prévues par la loi (<http://vosdroits.service-public.fr>). Selon leurs situations et les conditions de mise en place du dispositif, l'adhésion de certains salariés peut être facultative, en fonction :

- de leur situation salariale : antériorité, nature et durée du contrat ;
- de leur situation personnelle : bénéficiaire d'une complémentaire individuelle ou collective ;
- des conditions de mise en place du régime.

Dans tous les cas, la demande de dispense d'affiliation est à l'initiative du salarié.

## Les modalités de résiliation d'un contrat de complémentaire santé individuel

Dans le cas où un salarié bénéficie déjà d'une complémentaire santé préalablement à la mise en place d'un régime collectif au sein de son entreprise, il pourra être amené à résilier sa couverture individuelle. En principe, la demande de résiliation de contrat individuel de complémentaire santé doit être effectuée, par courrier recommandé, deux mois avant la date de renouvellement du contrat (ils sont renouvelés automatiquement chaque année). Les organismes assureurs sont tenus d'envoyer annuellement un avis d'échéance qui, outre le montant des cotisations, doit mentionner les modalités de résiliation du contrat.

Mais la résiliation sans préavis est possible si un salarié souhaite annuler son contrat individuel pour adhérer au contrat collectif de son entreprise. En justifiant de son affiliation à ce contrat collectif, il peut solliciter la rupture de son contrat individuel dès le premier jour de prise en charge de la complémentaire santé collective.

## L'INFORMATION DES SALARIÉS

L'employeur est tenu de remettre aux salariés une notice détaillant les garanties prévues. Toute réduction ultérieure des garanties devra également leur être notifiée par écrit.

Ces informations doivent être communiquées aux salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place du régime de complémentaire santé, puis à chaque salarié embauché.

**NB** : des accords de branche peuvent prévoir des dispositions différentes.

## LA PORTABILITÉ DES GARANTIES

La portabilité des garanties désigne la possibilité, pour le salarié quittant l'entreprise, de continuer à bénéficier de l'assurance complémentaire santé de celle-ci.

Depuis le 1er juin 2014, la portabilité des droits du salarié en matière de santé est devenue une obligation légale à laquelle toutes les entreprises sont soumises.

Pour bénéficier du maintien de garanties en vigueur dans l'entreprise, dans le cadre de la portabilité des droits, le salarié doit remplir les conditions suivantes (<http://vosdroits.service-public.fr>) :

- être indemnisé par le régime d'assurance chômage,
- ne pas avoir été licencié pour faute lourde,
- avoir bénéficié des droits à couverture complémentaire de son dernier employeur,
- justifier d'un dernier contrat de travail d'une durée minimale.

Le coût du maintien des garanties santé et prévoyance est gratuit pour l'ancien salarié durant la période de portabilité. À la charge de l'assureur, ce coût est intégré au taux de la cotisation des actifs.

**NB** : l'entreprise est tenue d'informer le salarié de ce droit ; le certificat de travail doit obligatoirement mentionner le maintien des garanties dans le cadre de la portabilité.

## LES AYANTS DROIT

Le respect du caractère obligatoire du régime de complémentaire santé n'est pas apprécié au regard des éventuels ayants droit du salarié. Pour autant, le régime peut prévoir la couverture des ayants droit, à titre obligatoire ou facultative. Dans ce cas, le système doit être uniformément obligatoire ou facultatif pour les ayants droit de l'ensemble des bénéficiaires, et non pour une partie seulement d'entre eux.

Lorsque l'acte mettant en place la complémentaire santé d'entreprise n'impose pas d'affilier les ayants droit du salarié, celui-ci peut cotiser pour eux s'il le souhaite : il acquitte alors une cotisation plus élevée que celles des salariés isolés. A l'inverse, lorsque l'acte impose d'affilier les ayants droits du salarié, ce dernier est obligé de cotiser pour eux (sauf justification adéquate).

L'employeur peut décider de participer, ou non, au financement de la cotisation des ayants droits :

- si l'affiliation des ayants droit est obligatoire, la part employeur finançant la complémentaire santé des ayants droit bénéficie des mêmes avantages sociaux et fiscaux que ceux de la complémentaire santé du salarié.
- si l'affiliation des ayants droit est facultative, la part de l'employeur finançant la complémentaire santé des ayants droit sera assujettie aux charges sociales.

**NB** : l'accord collectif ou la décision unilatérale ayant institué le système de garanties doivent définir les ayants droit : époux, concubins, personnes liées par un PACS, enfants, personnes à charge...

---

## LES GARANTIES : LE PANIER DE SOIN MINIMAL

Le décret du 8 septembre 2014 précise le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé obligatoire que les entreprises doivent mettre en place pour leurs salariés à compter du 1er janvier 2016 :

- **Consultations** : intégralité du ticket modérateur à la charge de l'assuré sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie (sous réserve de certaines exceptions) ;
- **Hospitalisation** : totalité du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation, sans limitation de durée ;
- **Soins prothétiques et orthodontie** : frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel de remboursement de la Sécurité Sociale ;

- **Optique** : frais d'optique, de manière forfaitaire, par période de 2 ans, avec un minimum de prise en charge fixé à 100 € pour une correction simple, 150 € (voire 200 €) pour une correction complexe (NB : la période de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue).

## LE CONTRAT RESPONSABLE

La notion de contrat responsable a été précisée par la circulaire du 30 janvier 2015. Elle a pour objectif d'encadrer les dépenses de santé par le respect d'un certain nombre d'obligations et d'interdictions en termes de prestations santé, afin d'encourager les patients à respecter le parcours de soins coordonnés.

Les obligations sont celles liées à la souscription d'un contrat conforme au panier de soin minimal. Les interdictions attachées au « contrat responsable » sont principalement :

- la prise en charge de la participation forfaitaire de l'assuré social (1€ applicable à tout acte et consultation médicale) ;
- la prise en charge de la franchise applicable à tous les médicaments (0,50€ par boîte de médicament) ;
- la prise en charge de la majoration de ticket modérateur hors parcours de soins.

La souscription d'un contrat non responsable a des impacts fiscaux et sociaux pour l'employeur :

- la part patronale de la cotisation est soumise aux charges sociales ;
- la cotisation du salarié est non déductible de son revenu imposable ;
- le taux de TSCA (Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance) passe à 14 %.

## LES GARANTIES OPTIONNELLES

Un contrat de complémentaire santé collective peut proposer une ou plusieurs options : en y souscrivant, les salariés peuvent améliorer la prise en charge de certaines dépenses de santé prévues dans le panier de soins minimal, et/ou bénéficier du remboursement de garanties supplémentaires.

**NB** : un contrat avec des options est un contrat unique, les options souscrites dans le cadre d'un contrat ne constituent pas un contrat juridiquement distinct dudit contrat.

### Le financement des garanties optionnelles

Dès lors que l'acte juridique instituant le régime le prévoit, les salariés peuvent décider, à titre personnel, de cotiser au-delà du niveau collectif prévu par l'employeur, de sorte d'augmenter le niveau de ses garanties. L'employeur n'a pas obligation à participer au paiement de la cotisation supplémentaire.

Lors de la négociation avec l'organisme assureur, il est recommandé de ne pas multiplier le nombre de régimes de garanties optionnelles.

---

## LES PRESTATAIRES

En France, trois types d'organismes sont habilités à mettre en œuvre des régimes de complémentaire santé :

- **les institutions de prévoyance** (régies par le code de la sécurité sociale) : ce sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants, c'est-à-dire les entreprises et les salariés ;
- **les mutuelles** (régies par le code de la mutualité) : elles fonctionnent sur une base démocratique, appliquant le principe « un homme, une voix » ;
- **les sociétés d'assurance** ou sociétés d'assurance mutuelle (régies par le code des assurances) : principalement créées sous la forme de sociétés anonymes, elles relèvent de la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

Le choix de l'organisme assureur est d'autant plus important que les garanties de prévoyance s'inscrivent dans la durée et couvrent des risques majeurs. Solidité financière, dimension sociale et conseil, services associés, information... sont autant de points clés pour orienter le choix.

Si elle n'est concernée par aucun accord de branche, l'entreprise peut procéder au lancement d'appels d'offres auprès de divers prestataires de son choix, ou faire appel à un courtier.

**NB** : Si l'entreprise est couverte par un accord de branche, les partenaires sociaux ont la possibilité de recommander un ou plusieurs organismes pour gérer les garanties instaurées par l'accord. Les décrets n° 2014-1498 du 11 décembre 2014 et 2015-13 du 8 janvier 2015 encadrent les modalités de désignation du prestataire.



## NEGOCIER LE CONTRAT D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La négociation d'un régime consiste à définir :

- le ou les taux de cotisations et sa/leur répartition entre l'employeur et le salarié,
- la nature et le niveau des garanties proposées,
- l'organisme assureur.

### Le taux de cotisation

La mise en place de la complémentaire santé en entreprise s'accompagne généralement de négociations propices à un dialogue social constructif. À long terme, une complémentaire santé de qualité permet à l'entreprise de construire une image sociale positive, d'attirer et de fidéliser les salariés en leur apportant un véritable avantage social. Le taux de cotisation et la répartition de son coût entre l'entreprise et le salarié seront donc révélatrices de la politique sociale de l'employeur.

### Les garanties proposées

Pour engager les négociations du contrat de complémentaire santé, il s'agit en premier lieu de bien connaître les caractéristiques de la branche ou de l'entreprise, les attentes de l'entreprise comme de ses salariés et les garanties de prévoyance qui existent.

Dans le cas d'une négociation de branche par exemple, il est utile de connaître le nombre d'entreprises, le nombre de salariés et l'effectif salarié moyen par entreprise.

Si l'entreprise n'est pas liée à un accord de branche, elle peut collecter des données sur ses salariés : âge moyen des effectifs, répartition homme / femme, catégories socioprofessionnelles, salaires perçus, situations de famille... Les besoins des salariés diffèrent en effet selon leurs situations. La nature des contrats de travail est également un élément à prendre en considération : si les activités de l'entreprise l'amènent à recourir régulièrement aux contrats à durée déterminée, à l'intérim, ou à des contrats d'apprentissage, les situations dans lesquelles le salarié pourra être dispensé de s'affilier au régime devront être étudiées précisément.

Les propositions de contrat d'assurance complémentaire santé comportent généralement 6 grandes catégories de prestations :

- **les soins courants** : consultations de généralistes et de spécialistes, auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.), actes techniques médicaux, imageries et analyses médicales, transport remboursé par la Sécurité Sociale... ;
- **les médicaments** : remboursés, ou non, par la Sécurité Sociale, vaccins... ;
- **l'hospitalisation médicale et chirurgicale** (y compris la maternité) : honoraires en établissements conventionnés ou non, forfait hospitalier (obligatoire dans le cadre du contrat responsable), frais de séjour, chambre particulière, forfait maternité... ;
- **les prothèses** (non dentaires) : prothèses auditives prises en charge, ou non, par la Sécurité Sociale, appareillages orthopédiques... ;
- **les soins dentaires** : soins dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale, prothèses dentaires prises en charge, ou non, par la Sécurité Sociale, implantologie, orthodontie, parodontologie... ;
- **l'optique** : monture et verres simple foyer ou multifocaux, enfant et adulte, lentilles correctrices remboursées, ou non, par la Sécurité Sociale, chirurgie optique, implants multifocaux...

La médecine douce (telle l'ostéopathie, l'acupuncture, etc...) et la prévention (diététique, contraception, prostate, etc..) peuvent également faire l'objet de propositions dans le cadre de la complémentaire santé.

L'entreprise pourra notamment être attentive aux caractéristiques suivantes du contrat proposé :

- l'évolution annuelle du coût du contrat ;
- l'éventuel délai de carence pour l'accès aux garanties coûteuses, telles l'optique et le dentaire ;
- la clarté des contrats en matière de remboursements (tableau des prestations) et conditions générales.

Le cas échéant, l'employeur pourra également solliciter du prestataire sélectionné qu'il lui porte assistance pour la rédaction de la décision unilatérale de l'employeur (DUE) à remettre à chacun des salariés.

## GLOSSAIRE

### **BR(SS) : base de remboursement de la Sécurité Sociale**

C'est le tarif réglementé fixé par la Sécurité Sociale pour chaque acte médical, médicament, ou spécialité. C'est sur ce tarif que se calcule le montant de son intervention.

Ainsi, la Sécurité Sociale fixe une base de remboursement, son tarif de référence. Ensuite, elle fixe un taux de remboursement appliqué à cette base, qui détermine le montant du remboursement.

Quelle que soit la dépense, la Sécurité Sociale et l'assurance de complémentaire santé remboursent sur la base de ce tarif, et non sur les dépenses réelles.

Exemple : consultation d'un généraliste : BR = 23 € - 1€ de franchise (ou participation forfaitaire)

Remboursement Sécurité Sociale : 70 % BR = (70% \* 23) - 1 = (0,7 \* 23) - 1 = 15,10 €

Il reste donc théoriquement 7,90 € à la charge du patient.

**CAS : contrat d'accès aux soins** ; le médecin conventionné adhère au « contrat d'accès aux soins » pratique des dépassements d'honoraires modérés (voir infra : secteurs 1 et 2). Le remboursement de l'acte du médecin adhérent au CAS est calculé sur la base du tarif du secteur 1, ce qui diminue d'autant le reste à charge du patient.

**FR** : frais réels

**PARCOURS DE SOINS** : le parcours de soins désigne le circuit que l'assuré doit respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé au mieux. Il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie de plus de 16 ans. L'assuré est considéré comme respectant le parcours de soins coordonnés si :

- il a déclaré son médecin traitant auprès de sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- il consulte son médecin traitant (ou son remplaçant) en première intention,
- il consulte un autre médecin, désigné « médecin correspondant », sur orientation de son médecin traitant.

**PASS** : plafond annuel de la Sécurité Sociale (38 040 € en 2015)

**PMSS** : plafond mensuel de la Sécurité Sociale (3 170 € en 2015)

**RSS** : remboursement de la Sécurité Sociale

**SECTEUR 1 / SECTEUR 2** : un médecin qui exerce en secteur 1 est « conventionné », il applique un tarif fixe, dit « conventionnel ». Un médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres : il fixe lui-même ses tarifs, en ajoutant un dépassement d'honoraires au tarif conventionnel. Attention : les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ne sont jamais pris en charge par la Sécurité Sociale.

On trouve le secteur d'exercice de son médecin et son éventuelle adhésion au contrat d'accès aux soins (CAS) en consultant : <http://ameli-direct.ameli.fr/>.

**TC** : tarif conventionné

**TIERS PAYANT** : le système du tiers payant dispense le patient, sous certaines conditions, de régler les frais médicaux : le professionnel de santé est payé directement et automatiquement par la Sécurité Sociale et/ou par le prestataire de la complémentaire santé. Dans le cas du tiers payant total, aucun frais n'est à régler. Si le tiers payant est partiel, on paie uniquement la part des frais non pris en charge par la Sécurité Sociale (c'est-à-dire le ticket modérateur) et la complémentaire santé.

**TM : ticket modérateur** ; c'est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de la Sécurité Sociale. Son montant varie en fonction des actes et médicaments, de la situation du patient et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du ticket modérateur.

Exemple : consultation d'un généraliste : BR = 23 € - 1€ de franchise (ou participation forfaitaire)

Remboursement Sécurité Sociale : 70 % BR = (70% \* 23) - 1 = (0,7 \* 23) - 1 = 15,10 €

Le montant du ticket modérateur est de 7,90 €, qui reste à charge du patient.

## LIRE UN TABLEAU DE GARANTIES

Les garanties des assurances complémentaire santé sont présentées soit en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale, soit directement en euros. Dans tous les cas, leur remboursement ne dépasse jamais la dépense réelle.

Le tableau de garanties de l'assureur ou de la mutuelle doit préciser le mode d'expression de ses garanties : sous déduction ou en complément.

**Sous déduction** signifie que le montant de la garantie inclut le remboursement Sécurité Sociale.



Exemple : garantie consultation de spécialistes = 300 % BR

Si le RSS = 70 % BR, l'intervention maximale de la complémentaire sera de 230 % BR.

**En complément** signifie que le montant exprimé de la garantie s'ajoute au montant de l'intervention de la Sécurité Sociale.

Les garanties peuvent aussi être exprimées en pourcentage du PMSS : c'est généralement le cas pour les frais optiques.

Exemple : une garantie de 8% du PMSS pour des montures de lunettes équivaut, en 2015, à :  $8\% * 3170 = 0,08 * 3170 = 253,60$  €.

Lorsque la complémentaire santé rembourse en « frais réels », l'intégralité du reste à charge est remboursé, jusqu'à concurrence de la dépense réelle, quel qu'en soit le montant.

Enfin, le tableau de garanties peut aussi proposer des remboursements forfaitaires, exprimés en euros.

Exemple : une garantie de 80€ par an, ou de 30€ par séance.