

## Complémentaire santé

Les personnes atteintes d'une maladie chronique telle que la polyarthrite rhumatoïde ou d'autres rhumatismes inflammatoires, peuvent bénéficier d'une prise en charge du ticket modérateur (100 %) au titre de leur Affection de Longue Durée (ALD). Mais malgré cette prise en charge, de nombreuses dépenses de santé restent à la charge du patient.

### LES FRAIS DE SANTE A LA CHARGE DE L'ASSURE :

- le ticket modérateur pour les soins ne relevant pas de l'ALD ;
- les dépassements d'honoraires des médecins ;
- 1 € par acte médical dans la limite de 50 €/an ;
- les franchises médicales (sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux [kinésithérapeute, pédicure, etc.], les transports), dans la limite de 50 € par an ;
- le forfait hospitalier (18 € par jour dans la majorité des cas, et 13,50 € par jour dans les services psychiatriques) ;
- le forfait de 18 € par acte médical supérieur à 120 euros (sauf exceptions – exemple ALD).

Par ailleurs, certains soins, même s'ils entrent dans le cadre de l'ALD (soins de pédicurie-podologie par exemple) sont pris en charge à 100% sur une base qui ne correspond pas au prix demandé par le praticien. Mais certains coûts peuvent faire l'objet d'un remboursement complémentaire ; il est donc conseillé de souscrire à une complémentaire santé.

### CHOISIR SA COMPLEMENTAIRE SANTE

Trois types d'organismes différents par leur réglementation, leur structure et leur fonctionnement proposent des complémentaires santé :

- les mutuelles : elles relèvent du Code de la mutualité. Ce sont des structures à but non lucratif qui réinvestissent leurs bénéfices pour mettre en place des services aux adhérents : limitation de l'augmentation des cotisations, du remboursement de certains soins, etc.
- les sociétés d'assurances qui relèvent du Code des assurances et qui ont des objectifs de rentabilité et pratiquent une plus grande sélection des risques. Elles proposent des couvertures variées à des prix concurrentiels;
- les institutions de prévoyance qui relèvent du Code de la Sécurité Sociale. Les contrats d'assurance qu'elles gèrent sont collectifs, c'est-à-dire établis dans le cadre exclusif de l'entreprise ou d'une branche professionnelle.

### Les conditions d'adhésion :

Certains contrats prévoient une limite d'âge pour l'adhésion, d'autres ne peuvent être souscrits qu'après acceptation du médecin de l'assurance au vu d'un questionnaire médical. Les mutuelles n'imposent pas de questionnaire médical pour la souscription d'une complémentaire santé.

**Les cotisations :**

Il faut vous renseigner sur le coût de la cotisation, mais aussi sur quels critères cette cotisation va évoluer (l'âge, la composition familiale, etc.) et sur la fréquence de l'évolution des cotisations (tous les ans, 2 fois par an, etc.). Enfin, pourrez-vous être exonéré de la cotisation en cas d'invalidité ou de chômage ?

**Les conditions de résiliation :**

Vérifier dans quelles conditions vous pourrez résilier ce contrat (durée de préavis à respecter), mais aussi dans quels cas l'organisme peut résilier le contrat.

**Les caractéristiques du contrat :**

Prenez le temps de lire les différents types de garanties proposées et le niveau de remboursement :

- des consultations et actes des médecins (généralistes et spécialistes) ;
- des soins paramédicaux ;
- du forfait hospitalier ;
- des médicaments ;
- de la prise en compte ou non des actes non remboursés par la sécurité sociale ;
- du délai de stage avant le début des remboursements.

**Formulation des garanties :**

Le montant remboursé par votre complémentaire santé peut être indiqué en pourcentage de la base de remboursement ou en euros.

**Prestation indiquée en pourcentage du tarif conventionnel :**

Dans ce cas, vous devez vous faire préciser si le pourcentage indiqué inclut ou non la participation Sécurité sociale.

Exemple, dans le cas où le pourcentage indiqué inclut la participation Sécurité sociale, une prestation à hauteur de 150 % du tarif conventionnel signifie que votre remboursement total (Assurance maladie + complémentaire santé) peut atteindre 50 % de plus que le tarif conventionnel de l'Assurance maladie.

**Prestation indiquée en euros :** une prestation de 200 € signifie que votre complémentaire santé vous rembourse au maximum 200 € en plus du montant éventuellement remboursé par l'Assurance maladie.

**Contrat Responsable**

Il existe des contrats dits responsables. Ces contrats vous permettent de bénéficier de garanties de prise en charge, en contrepartie de règles à respecter pour pouvoir en bénéficier. La complémentaire santé prendra en charge, par exemple, l'intégralité du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, ainsi qu'une part des frais d'optique, la prise en charge étant soumise à un plafond qui a été diminué depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015.

En contrepartie, l'assuré doit respecter le parcours de soin en ayant déclaré un médecin traitant et en le consultant avant d'aller chez un spécialiste.

## FINANCER SA COMPLEMENTAIRE SANTE

Les personnes ayant de faibles revenus, peuvent bénéficier d'une complémentaire santé gratuite ou d'une aide pour financer en partie sa complémentaire santé, selon le montant de leurs ressources.

### La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) :

Elle s'adresse à toute personne résidant régulièrement en France et de façon ininterrompue depuis plus de trois mois, et dont le revenu mensuel du foyer ne dépasse pas un certain plafond. Il s'agit d'une protection complémentaire gratuite et renouvelable.

La CMU complémentaire, permet de ne plus payer les dépenses chez le médecin, à la pharmacie, dans un laboratoire, à l'hôpital, chez le dentiste, etc. et, sous certaines conditions, les prothèses (couronnes, etc.) et les appareils dentaires, les verres et les montures de lunettes.

La CMU complémentaire présente plusieurs avantages :

- **prise en charge du ticket modérateur** et du forfait journalier en cas d'hospitalisation ;
- **prise en charge des dépassements de tarifs** pour les lunettes, prothèses auditives et appareils dentaires, dans la limite d'un certain montant ;
- **dispense d'avance de frais** : sur présentation de la carte Vitale (ou de l'attestation de droit à la CMU complémentaire), les 30 % équivalents au ticket modérateur sont pris en charge immédiatement, ainsi que la participation forfaitaire d'un euro dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

### L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) :

Si les ressources mensuelles du foyer dépassent, dans la limite de 35 %, le plafond pour l'attribution de la CMU complémentaire, il est possible de demander l'aide pour une complémentaire santé.

Le bénéficiaire reçoit **une attestation-chèque** (pour chaque membre du foyer) à faire valoir auprès de l'organisme de protection complémentaire de son choix pour réduire le montant de votre cotisation annuelle. Le montant du chèque santé est, selon l'âge, apprécié au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours, de 100 €, 200 €, 350 € ou 550 €.

L'ACS permet de bénéficier de tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires et de la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie.

les demandes de Couverture Maladie Universelle Complémentaire et d'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé se font auprès de la Caisse d'Assurance Maladie.

L'ACS a été réformé par une loi entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2015. Désormais vous devez, pour en bénéficier, choisir un contrat parmi la liste des contrats qui ont été sélectionnés. Cela a été fait dans le but de simplifier votre choix et de faire baisser les coûts.

### Complémentaire santé d'entreprise

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, il sera obligatoire pour chaque entreprise de souscrire une complémentaire santé collective pour ses salariés.

Certaines entreprises ont déjà mis en place ce type de contrat.