

## Abréviations

Base de remboursement : BR

Régime obligatoire : RO

Tarif de convention : TC

Tarif d'autorité : TA

Couverture maladie universelle : CMU

L'option pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM

### La base de remboursement

1

Il s'agit du tarif de référence servant de base au remboursement de vos dépenses de santé par votre régime obligatoire d'assurance maladie. La base de remboursement diffère pour chaque acte. Elle correspond soit :

- > **au tarif de convention**. Il est fixé dans les conventions signées entre les syndicats professionnels et la Sécurité Sociale. Il est appliqué lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec la Sécurité Sociale ;
- > **au tarif d'autorité** applicable aux professionnels de santé non conventionnés. Ce tarif est forfaitaire.
- > **au tarif de responsabilité**, pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

## Le ticket modérateur

2

C'est la part de la BR qui reste à la charge du patient après le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie. Il peut être couvert en totalité ou partiellement par une complémentaire santé.

Il varie selon les actes de soins réalisés, les médicaments consommés et la situation de l'assuré (ex : affections longue durée, femme enceinte,...). Il est également impacté par le respect ou non du parcours de soins coordonnés.

Si votre **complémentaire santé** est **responsable\***, le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge.

*\*respectant un cahier des charges fixé par décret ( minimums de garanties, prises en charge intégrales pour certains équipements, plafonds de couvertures applicables à certains postes de soins et aux dépassements d'honoraires)*

## Médecin traitant

3

C'est un médecin généraliste ou spécialiste hospitalier ou libéral, désigné par le patient auprès de sa caisse d'assurance maladie obligatoire. Il coordonne le **parcours de soins** de son patient. Il l'oriente si besoin vers un confrère spécialiste que l'on appelle « médecin correspondant » ou vers un établissement de santé. Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, l'assuré est tenu de consulter son médecin traitant en priorité sauf en situation d'urgence ou en cas d'éloignement du domicile. Il peut désigner ou changer de médecin traitant à tout moment et sans frais.

Il conserve également la possibilité de consulter directement certains spécialistes, comme les dentistes, les ophtalmologues ou les gynécologues.

## Parcours de soins coordonnés

4

C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée. Il impose à tous les assurés et leurs ayants droits de consulter le **médecin traitant** avant de consulter un médecin spécialiste (sauf exceptions), afin d'obtenir le remboursement standard des dépenses de santé prévu par le régime obligatoire d'assurance maladie.

En cas de non-respect du parcours de soins, le montant de la prise en charge par l'assurance maladie est amputé de 40 %. La différence ne peut pas être couverte dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé responsable.

## Participation forfaitaire

5

Elle s'élève à 1€ et est demandée à tous les assurés de plus de 18 ans dans le cadre des consultations, des actes réalisés par un médecin généraliste et spécialiste et lors d'examens radiologiques et d'analyses de biologie médicale.

Toutefois, les femmes enceintes (à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse) et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ne sont pas concernés par cette mesure. Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne. Ces participations et franchises ne peuvent pas être prises en charge par les complémentaires santés responsables.



## Frais réels

6

Ils correspondent à la somme totale qu'un patient engage pour se soigner. Lorsqu'une complémentaire santé propose un remboursement à **100 % des frais réels**, cela signifie que toutes les dépenses engagées par l'assuré sont couvertes, y compris les éventuels dépassements d'honoraires.

En revanche, une offre promettant un remboursement à **100 %** de la **base de remboursement** implique que seul le **ticket modérateur** est couvert, et que les dépassements d'honoraires restent à la charge de l'assuré.

## Remboursement en euros et en %

7

Les complémentaires santé proposent des remboursements en euros et/ou en pourcentage. Les sommes en euros représentent le montant maximal de remboursement versé par la complémentaire santé par bénéficiaire sur une période donnée.

Les prestations exprimées en pourcentage indiquent un taux global de remboursement qui s'applique soit sur **la base de remboursement** de l'Assurance maladie, soit sur les frais réels, soit sur le plafond de la Sécurité sociale.

Les remboursements ainsi calculés peuvent intégrer ou pas le remboursement de la Sécurité sociale, selon les indications portées sur les documents.

## **Tiers payant**

8

Il permet aux patients de ne pas avancer les frais engagés pour se soigner pour les sommes qui correspondent à la part couverte par le régime de base de l'assurance maladie et par le contrat de complémentaire santé.

## **Le plafond annuel de la Sécurité sociale**

9

Il permet de déterminer de nombreuses valeurs ainsi que les tranches utiles aux calculs des cotisations sociales. Il est déterminé chaque année par arrêté.

## Médecin secteur 1

10

Les médecins appartenant au secteur 1 appliquent les tarifs fixés par l'assurance maladie (ex : 25 € pour la consultation d'un généraliste). C'est la convention médicale conclue entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins qui distingue les praticiens selon des secteurs prédéfinis.

Cependant, ils peuvent pratiquer certains dépassements d'honoraires quand la situation du patient le justifie : en cas de non-respect du parcours de soins, de visite d'urgence ou de consultation en dehors des horaires habituels (le soir ou pendant le week-end).

## Médecin secteur 2

11

Les médecins appartenant au secteur 2 pratiquent des honoraires libres. La convention médicale précise que ces honoraires sont élaborés avec « tact et mesure ».

Ces médecins sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires lorsqu'ils le souhaitent sans avoir à fournir de justification, tout en étant conventionnés par l'assurance maladie.



## L'option pratique tarifaire maîtrisée

12

Un médecin adhérent à l'option pratique tarifaire maîtrisée est un **médecin secteur 2** à honoraires libres qui s'est engagé vis-à-vis de l'Assurance maladie à pratiquer des dépassements d'honoraires "maîtrisés".

En contrepartie, le patient est mieux remboursé par l'Assurance maladie obligatoire, mais aussi par les contrats de complémentaire santé responsables.

## Médecin du secteur non conventionné

13

Les médecins du secteur non conventionné, parfois aussi nommés « médecins du secteur 3 », sont ceux qui ont refusé de signer la convention médicale de l'assurance maladie. Leurs dépassements d'honoraires sont totalement libres.

Lorsqu'un patient consulte un médecin du secteur non conventionné, il obtient un remboursement de l'Assurance maladie nettement inférieur à celui offert pour des médecins du secteur 1 ou 2.