

Les fondamentaux de l'assurance maladie

Direction Expertise Règlementaire
DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE

1^{er} octobre 2024

Les régimes de Sécurité sociale

- Historique
- Les différents régimes

1

L'Assurance Maladie Obligatoire

- Identification et immatriculation
- Affiliation en France et à l'étranger
- Nomenclatures : NGAP, CCAM, LPP
- Le socle tarifaire
- Les professionnels de santé (statuts, conventions)
- Les autres acteurs de soins
- Le répertoire partagé des professionnels de santé
- Les établissements de santé
- La réforme 100% santé
- La norme d'échange (NOEMIE)
- Décompte régime obligatoire
- Les affections longue durée (ALD)

2

3

L'Assurance Maladie Complémentaire

- Les complémentaires santé
- Ticket modérateur
- Contrats responsables
- Complémentaire santé solidaire
- Accord national interprofessionnel (ANI)
- PSC fonction publique
- Portabilité
- Loi ÉVIN

Actualités

- E-santé
- Dossier pharmaceutique
- Retour sur les mesures des LFSS 2023 et 2024
- PLFSS 2025 : les 1^{res} pistes
- CDOC
- Lisibilité des garanties

4





Les régimes de Sécurité sociale

Historique



Sous l'Antiquité

Premiers signes de solidarité



Du Moyen Age à
l'Ancien Régime

Les **corporations** défendent des **intérêts communs** (boulangers, serruriers, charpentiers, couvreurs, ...).



Période
Révolutionnaire

Conception nouvelle de l'assistance basée sur le monopole de l'état : **Loi Le Chapelier avec interdiction des Sociétés de secours utuels (SSM) tout juste créées**

1852

Napoléon III **abroge la Loi le Chapelier** et confie une fonction officielle d'assurance maladie volontaire aux SSM, en contrepartie du contrôle de l'état.

1898

Loi républicaine de liberté en faveur des SSM : **charte de la Mutualité**. Le contrôle technique remplace la tutelle politique arbitraire de l'Etat.



1902

Création de la **Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)**

1928-1930

Création des 1ères assurances sociales qui couvrent à titre obligatoire certains salariés pour la maladie, l'invalidité, la vieillesse et le décès : modèle allemand basé sur le travail (salariés de l'industrie et du commerce). Cotisation partagée entre le salarié et l'employeur.

1932

Loi Landry créant au bénéfice des salariés de l'industrie et du commerce le **premier système obligatoire de versement d'allocations couvrant les charges familiales** (« sursalaire » familial) dès la naissance du 2ème enfant financées par des versements des employeurs.



1942-1944

Le **Conseil National de la Résistance** adopte en 1944 un programme prévoyant « **un plan complet de sécurité sociale** ». **Pierre Laroque** (conseiller d'Etat puis nommé Directeur des Affaires Sociales) et **Ambroise Croizat** (ministre du Travail) sont chargés d'élaborer ce **projet de construction de la Sécurité sociale**.

1945

Création de la Sécurité Sociale par les ordonnances des 4 et 19 octobre

Une institution unique qui réunit les assurances sociales existantes : maladie, maternité, invalidité, décès et modeste retraite, les allocations familiales (qui dépendaient des caisses gérées par le patronat), l'assurance contre les accidents du travail (qui étaient sous contrôle du patronat et confié à l'assurance privée).

Organisation en 3 échelons : une caisse nationale, des caisses régionales et des caisses locales. Une des spécificités est celle d'une gestion des caisses par les intéressés par l'intermédiaire de leurs représentants syndicaux.

Un modèle inspiré du **système allemand de Bismarck** essentiellement basé sur le travail et du **système anglais de Beveridge** plutôt axé sur l'universalité, l'unicité et l'unité (les 3 U).

Les Caisses de Sécurité Sociale sont donc administrées majoritairement par les syndicats ouvriers. Le patronat devient minoritaire, la Mutualité en position marginale.



1946

Loi de Généralisation de la Sécurité Sociale

À sa création en 1945, l'ambition était d'absorber progressivement les professions autres que salariées => la loi du 22 mai généralise la Sécurité sociale à toute la population, à l'exception des travailleurs non-salariés non agricoles qui s'y opposeront. **Le volet de cette loi sur le régime unique de sécurité sociale ne sera jamais appliqué.**

Les différents intérêts existants vont à l'encontre de cette généralisation car ils ont des garanties plus favorables ou des cotisations inférieures :

- **Les professions agricoles** vont conserver leurs institutions spécifiques dans le cadre de la mutualité sociale agricole (MSA).
- **Les salariés des régimes spéciaux** vont refuser de s'intégrer dans le régime général et conserver dans un cadre " transitoire " qui dure encore (fonctionnaires, marins, cheminots, mineurs etc..).

Certains iront même jusqu'à dénoncer « **un projet totalitaire, absolument contraire aux idées de liberté** ».



Historique

1948

Création d'un régime spécifique de Sécurité sociale pour les étudiants dont la gestion est confiée aux **mutuelles étudiantes**



1949

Création des **caisses de retraite des professions indépendantes**

1952

Création d'un **régime de retraite des exploitants agricoles**

1956

Mise en place du **minimum vieillesse**



1960

Mise en place d'une **convention type entre les médecins et les caisses d'assurance maladie par département**. Pour les départements non conventionnés, possibilité pour le médecin d'y adhérer à titre individuel.

Création du **droit permanent à dépassement (DP)**

Fixation des plafonds des tarifs médicaux (tarifs conventionnés) : notion de tact et mesure



1961

Création du **régime d'assurance maladie, maternité, et invalidité des exploitants agricoles**

Historique

1966

Création de l'Assurance maladie, maternité des indépendants

Travailleurs non-salariés : artisans, commerçants et professions libérales

Création de l'assurance AT-MP des exploitants agricoles

1967

Ordonnances Jeanneney – 1^{ère} réforme du système : séparation financière des risques dans **3 branches distinctes** –Maladie / Vieillesse / Famille – avec la création de **trois caisses nationales**, la **Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**, la **Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)**, et la **Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)**. Création de l'**Agence Centrale des Organismes de la Sécurité Sociale (ACOSS)** qui assure la gestion de la trésorerie des 3 branches.



1971

1^{ère} Convention Nationale entre les praticiens et l'Assurance maladie

1975-1977

Loi sur le handicap avec notamment la création de l'**AAH (Allocation Adulte Handicapés)** / Loi assurant la **généralisation de l'assurance vieillesse obligatoire**

Historique

1978

Création d'un **mécanisme d'assurance personnelle** pour la « **population résiduelle** »
Instauration de l'**universalité des prestations familiales** pour les résidents en France



1980

Création d'un **secteur d'honoraires libres** pour les médecins



1996

Ordonnances Juppé - La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) entre dans la Constitution

1997

Mise en place de la **Carte Vitale**

2000

Entrée en vigueur de la **Couverture Maladie Universelle (CMU-C)**

2004

Loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées
Loi portant réforme de l'assurance maladie (création du médecin traitant, du dossier médical personnel, promotion des médicaments génériques, forfait 1 €, création de l'ACS).



Historique

2006

Création du **Régime Social des Indépendants** regroupant les régimes d'assurance maladie des professions libérales, des industriels, des artisans et des commerçants ainsi que les régimes d'assurance vieillesse, invalidité-décès des industriels, des artisans et des commerçants



2009

Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (Loi « HPST »)
Création des **Agences Régionales de Santé (ARS)**

2013

Financement du forfait médecin traitant par les organismes complémentaires
Création du **Contrat d'Accès aux Soins (CAS)**



2015

Nouvelle version de l'ACS
Allocations familiales versées suivant les revenus

2016

LFSS instaurant la Protection Universelle Maladie (PUMA)
Les droits ne sont plus liés à la situation professionnelle mais attachés au fait de résider de manière stable et régulière sur le territoire national.
Loi de Modernisation de notre système de Santé (Loi « Touraine »)



Historique

2017

Remplacement du CAS par l'OPTAM / **OPTAM-CO**
Tiers Payant Généralisé (TPG) or not TPG ?

2018

Stratégie Nationale de Santé 2018-2022
Nouvelle convention dentaire
Avancées nouvelles pour la **télémédecine**
11 vaccins obligatoires
Un projet **RAC 0** en marche
Plan « Ma Santé 2022 », Plan Pauvreté

2019

Un projet de **RAC hospitalier**
Lisibilité des garanties
Loi de transformation du système de santé (Loi « Buzyn »)
Création de la CSS



Historique

2020

Mise en place du **100% Santé (optique et dentaire)**
Création d'une 5^e branche « **perte d'autonomie** »
Séjour de la santé



2021

Réforme de la protection sociale complémentaire de la fonction publique
Mise en place du **100% Santé (audio)**



2022

Santé mentale : création d'un dispositif conventionnel
Elargissement du rôle du pharmacien

2023



RDV de prévention aux âges clés non effectif

Un **RACO** élargi aux prothèses capillaires non effectif

Loi de financement rectificative de la Sécurité sociale : **réforme des retraites**

Une annonce du 100% sur les fauteuils roulants

Augmentation du ticket modérateur sur les actes dentaires

2024

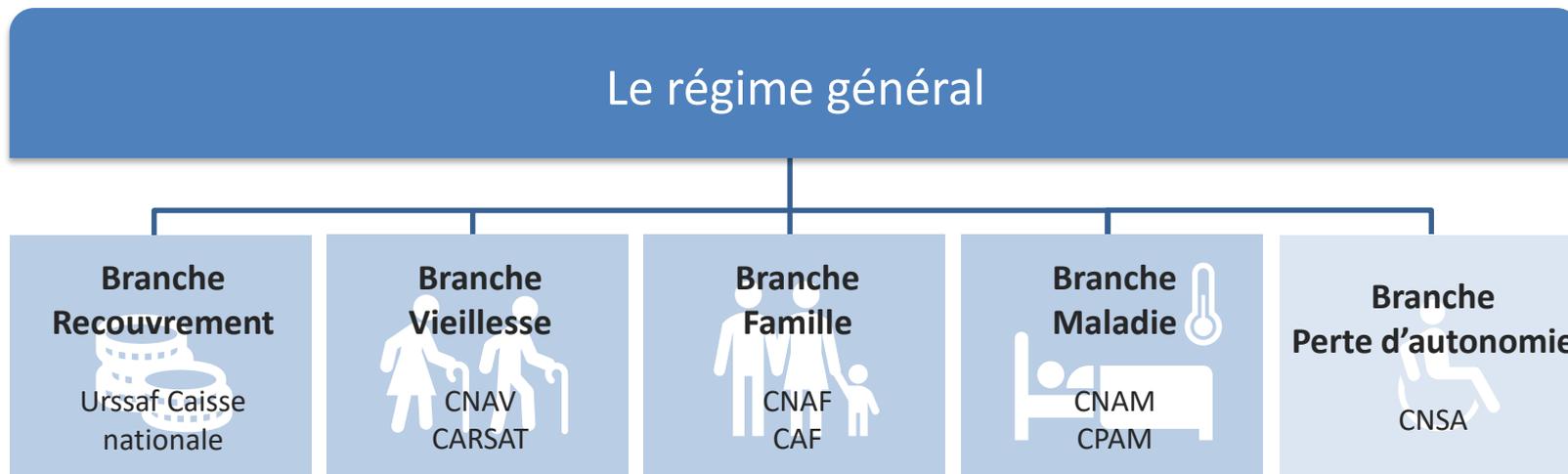
Démarrage des RDV de prévention aux âges clés « Mon bilan prévention »

Doublement de la participation forfaitaire de l'assuré et des franchises médicales

Le dispositif « Mon soutien psy » évolue

Les différents régimes

Le régime général



Historiquement, le régime dit « général » (RG) concerne principalement les salariés du secteur privé et leurs ayants droit. Aujourd'hui, viennent s'y ajouter les travailleurs indépendants et les étudiants.

88% de la population est assurée par la CNAM.

Les différents régimes

Le régime agricole



Il couvre :

- Les **exploitants** et les salariés agricoles
- Les **salariés** des secteurs rattachés à l'agriculture (industrie agroalimentaire)
- Les **salariés** des organismes sociaux agricoles, du Crédit Agricole...

Particularités : un guichet unique pour l'ensemble des branches (maladie, AT/MP, prestations familiales, retraite, recouvrement).

Une caisse centrale et 35 MSA sur le territoire.



Avec 5,5 millions de bénéficiaires, c'est le deuxième régime de protection sociale en France.



Les différents régimes

Le régime local



Un régime d'assurance maladie obligatoire. Il est **complémentaire** dans la mesure où il verse des prestations au-delà du régime de base, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, et ceci pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré (sauf la participation forfaitaire 2 euros et les franchises médicales).

Pour le fonctionnement quotidien, ce régime est **adossé aux organismes du régime général de sécurité sociale**.

En sont les bénéficiaires, notamment :



- Les **saliés** exerçant une activité en Alsace-Moselle.
- Les **retraités** ayant relevé du Régime Local pendant les 5 années précédant le départ en retraite.
- Les **retraités** ayant relevé du Régime Local pendant 10 années lors des 15 années précédant le départ en retraite.



2,1 millions de bénéficiaires

Cotisation unique de 1,3 % (pas de cotisation patronale)

Les différents régimes

Les régimes spéciaux et particuliers



- Antérieurs à la création de la Sécurité sociale en 1945 => maintenus par le législateur
- Régimes : SNCF, RATP, Clercs et employés de notaire, Mines, Cultes, Marins, Opéra de Paris, Chambre de commerce et d'industrie de Paris, Port autonome de Bordeaux ...
- Une organisation et un fonctionnement des régimes spéciaux assez différents => une prise en charge éclatée des différents risques entre les entreprises ou les institutions elles-mêmes, des caisses ad hoc ou les organismes du RG
- Constats : une réduction importante de leur nombre + un rapprochement du régime général



PARTICULARITÉ

Depuis le 1er mars 2019, le régime général prend en charge la gestion des frais de santé du **régime obligatoire des fonctionnaires gérés par MFP Services**.

Ce transfert d'activité concerne uniquement la part Sécurité sociale : les mutuelles complémentaires des fonctionnaires continuent de prendre en charge la part complémentaire.

Les différents régimes

Le régime Expatriés (la CFE) *réformé par la Loi de décembre 2018*



Organisme de sécurité sociale à adhésion volontaire autonome avec des règles communes à un régime obligatoire de sécurité sociale et règles prudentielles communes aux organismes assureurs.

- **Public concerné** : extension de l'adhésion aux ressortissants communautaires / suppression de la condition de nationalité française pour les entreprises / suppression de l'ascendant comme membre de famille.
- **Tarifs de remboursement** : principe d'un remboursement sur la base des frais réels par référence aux tarifs appliqués en France pour des soins analogues **et dans la limite d'un taux de prise en charge ou d'un forfait déterminé par pays et par type de soins.**
- **Cotisations** : cotisation forfaitaire commune à l'ensemble des catégories d'adhérents (pour la maladie / maternité) incluant aussi bien la prise en charge des soins dispensés lors des séjours en France.
- Possibilité pour la CFE **de conclure des partenariats** «en vue de fournir à ses adhérents des garanties couvrant la totalité des dépenses de santé qu'ils ont à supporter» **+ de rémunérer des intermédiaires** pour la promotion de ses garanties.

Les Agences Régionales de Santé

 21/07/2009



PRÉVENIR

- **Mesures de prévention** (populations ciblées et suivant environnement social)
- **Risques sanitaires liés à l'environnement pour la santé humaine**
- **Veille et coordination sanitaire**

SOIGNER

- **Organisation de la permanence des soins ambulatoires :**
 - Médecine de garde de nuit de 20h à 8h et dimanches/fériés
 - Plateformes téléphoniques avec le 116 117 ou le 15
 - Soins dentaires dimanches et fériés
 - Officines pharmaceutiques
 - Établissements de santé publics et privés

LES ARS AU CŒUR DU SYSTÈME DE SOINS

- **Rôle dans la continuité des soins :**
 - Médecins : gestion des absences, remplacement
 - En cas de difficulté, mutualisation via l'ARS
- **Organisation de l'offre de soins :**
 - Autorisation préalable pour l'implantation des offres en hospitalier, ambulatoire, médico-sociaux
 - Pilotage financier des enveloppes hospitalières
 - Optimisation de l'organisation des SAMU, SMUR et services de médecine d'urgence
 - Coordination et supervision des acteurs de terrain pour mettre en place un parcours de santé, de soins et de vie



L'assurance maladie obligatoire

L'identification

La carte SESAM VITALE



Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie **VITALE** (*nom donné à la puce de l'assuré*)

Tous les assurés sociaux et leurs bénéficiaires âgés de 16 ans et + possèdent une carte VITALE (*dès 12 ans sur demande*)

Contenu :

- Nom et prénoms de l'assuré
- Numéro de Sécurité Sociale
- Identité des bénéficiaires
- Organisme d'affiliation
- Caisse de rattachement
- Durée des droits
- Éventuel **Dossier Médical Partagé**
- Éventuelles exonérations du ticket modérateur (ALD, maternité, accident du travail,...)
- Éventuelle couverture complémentaire (tiers-payant)



L'objectif était de dématérialiser les feuilles de soins émises par les professionnels de santé à destination des régimes obligatoires : on parle de Feuilles de Soins Électroniques (FSE).

Les arrêts de travail peuvent également être dématérialisés.



A noter : Appli carte Vitale en cours de déploiement sur tout le territoire



L'immatriculation

Composition du numéro de sécurité sociale (NIR)



PUMA



01/01/2016

Protection **Universelle MALadie** : toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie.

PUMA - Le renforcement des droits

Les conditions d'ouverture du droit à la prise en charge des frais de santé sont simplifiées.

Personnes ayant une activité professionnelle



Travailler sur le territoire français : quel que soit le lieu de résidence de la personne, peu importe si l'activité est salariée ou non salariée, et sans durée minimale d'activité requise.

Personnes sans activité professionnelle



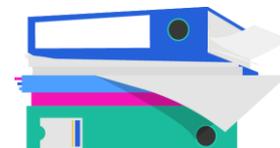
Résider de manière stable et régulière sur le territoire français :

- ✓ Résider en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois.
Sont considérées comme résidant en France de manière stable les personnes qui ont leur foyer ou le lieu de leur séjour principal sur le territoire métropolitain, en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy ou à Saint Martin.
- ✓ Être de nationalité française ou justifier, pour les personnes de nationalité étrangère (hors UE-EEE-Suisse), qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.
La liste des titres ou documents attestant la régularité de la situation des personnes de nationalité étrangère est définie par arrêté.

Autres cas d'affiliation à la PUMA :

Les assurés qui travaillent à l'étranger et restent soumis à la loi de sécurité sociale française en application des règlements européens ou des conventions internationales (ex : les détachés).

PUMA - La simplification des démarches



Justificatifs pour l'affiliation

Remplir un formulaire Cerfa « Demande d'ouverture de droits à l'assurance maladie » accompagné le cas échéant des PJ demandées pour sa situation dans la notice, à adresser à sa caisse.



Démarches administratives

- Possibilité de conserver son affiliation à son Régime d'Assurance Maladie en cas de perte d'emploi ou de changement de situation personnelle.
- Réduction des délais de traitement (changement d'activité professionnelle / changement d'adresse réalisables en ligne).
- Possibilité de délivrer une Carte Vitale pour les enfants à partir de 12 ans.



PUMA - L'autonomie et la confidentialité

Affiliation individuelle : Dès la majorité (et dès 16 ans sur demande de l'intéressé)



Autonomie

- Changements de situation personnelle (divorce, décès du conjoint) dans incidence sur la continuité des droits
- Mutations limitées entre les différents Régimes Obligatoires afin d'éviter les interruptions et les ruptures de droits
- Remboursement de l'assuré sur son propre compte bancaire



Confidentialité

- Réception des décomptes de remboursements individuels
- Compte AMELI personnel



L'objectif est de garder confidentiel des actes médicaux sensibles (IVG, contraception,...)



Suite à son divorce, la conjointe sans activité professionnelle d'un agriculteur:

- *Devait, un an après le divorce, quitter la MSA et demander son affiliation à la CSS.*
- *Peut désormais, grâce à la PUMA, être assurée individuellement, conserver ses droits à l'Assurance Maladie et sans quitter la MSA.*

PUMA - Impacts sur les ayants droit majeurs

La notion d'ayant-droit majeur n'existe plus du tout au sens de la Sécurité sociale.

En devenant assuré autonome, l'ex ayant-droit majeur peut :

- **S'identifier avec son NIR personnel** et plus avec le NIR de son ouvrant droit (reçoit une carte vitale avec son propre NIR)
- **Percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire** (RIB personnel)
- **Consulter et recevoir ses décomptes de remboursement**
- **Disposer de son propre compte AMELI**



A noter : disparition de tous les ayants droit majeurs depuis le 31 décembre 2019. La notion d'ayant droit est réservée exclusivement aux mineurs.

La couverture maladie à l'étranger

Autre cas où l'affiliation à la PUMA s'applique :



Les assurés qui travaillent à l'étranger et restent soumis à la loi de sécurité sociale française en application des règlements européens ou des conventions internationales (c'est notamment le cas des détachés).

Si les soins sont dispensés hors de France :



Principe : Pas d'exportation des droits à l'assurance maladie.

Exception : Présence de règlements communautaires ou de conventions bilatérales prévoyant cette prise en charge. Il faut donc distinguer plusieurs éléments :

- selon si les soins ont lieu dans un Etat membre de l'UE-EEE-Suisse ou dans un Etat hors UE-EEE-Suisse
- selon la nature du séjour : séjour temporaire, séjour en vue de recevoir des soins, transfert de résidence
- selon la nature des soins : médicalement nécessaires, programmés, ...
- selon la situation de l'assuré : détaché, pensionné, étudiant, ...

La couverture maladie à l'étranger

Travailleur détaché VS expatrié :



Le travailleur « **détaché** » reste affilié au régime général français.

Le travailleur « **expatrié** » doit être affilié au régime de protection local. Il peut bénéficier de la Sécurité sociale française en adhérant à la CFE.

Déplacement dans un pays membre de l'UE-EEE-Suisse :



La carte CEAM garantit un accès direct au système de santé public dans le pays de séjour, sans démarche préalable auprès de l'institution locale. Les prestations sont servies sur présentation de la CEAM dans les mêmes conditions que les assurés du pays de séjour.

La CEAM permet de bénéficier de prestations pour les soins médicalement nécessaires pendant le séjour selon les modalités du pays.

La CEAM n'est pas valable en cas de départ dans le but de se faire soigner à l'étranger et ne se substitue pas à une assurance voyage privée.



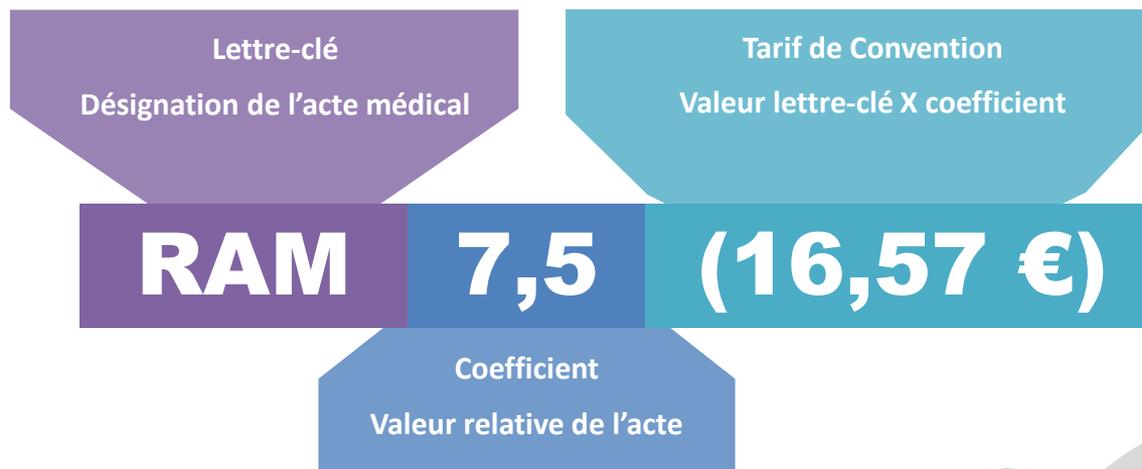
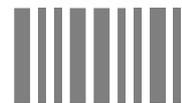
A noter : sur le compte Ameli, possibilité d'effectuer directement une demande de remboursement de soins à l'étranger.

Nomenclatures

NGAP



Nomenclature Générale des Actes Professionnels



Exemples de tarifs :	Description	Code	Coefficient	Tarif
	Rééducation des conséquences d'une affection du rachis dorsal (sans chirurgie)	RAM	7,5	(16,57 €)
	Rééducation des conséquences d'une affection du rachis dorsal (avec chirurgie)	RAO	7,48	(16,53 €)
	Rééducation dans le cadre des affections respiratoires, maxillo-faciales et ORL	ARL	8	(17,68 €)

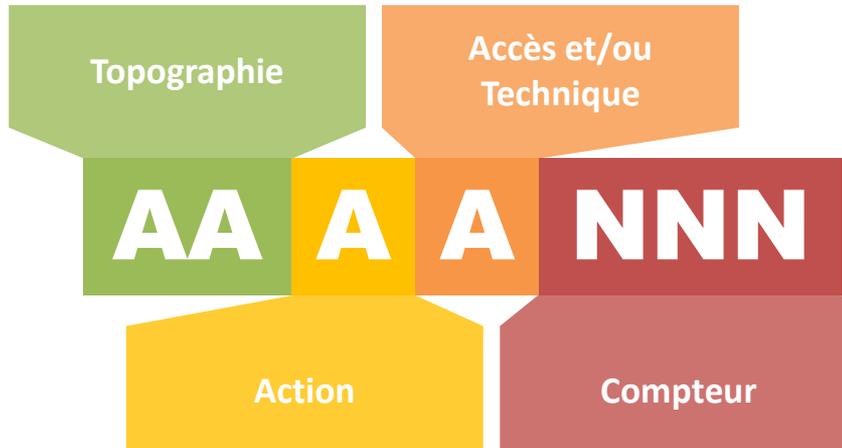
2024 : nouvelle nomenclature pour les actes de masseurs kinésithérapeutes

CCAM

11/03/2005

Classification Commune des Actes Médicaux :

- Disparition des lettres-clés et des coefficients
- Liste d'actes codés
- Chaque code décrit en détail un acte médical
- Chaque code est lié à une base tarifaire rémunérant l'acte médical au plus juste



Exemple : GGJA002

=

Évacuation de collection de la cavité pleurale par thoracotomie

LPP

11/03/2005

Liste des Produits et Prestations remboursables prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité Sociale

Il s'agit d'une liste de fournitures et appareils agréés ayant des spécificités en termes d'utilisation et de durée de vie, et qui sont remboursés selon un prix déterminé par arrêté ministériel.

La LPP

Un classement en "classes thérapeutiques"

APPAREIL DIGESTIF ET ABDOMEN



SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE



DERMATOLOGIE



PROTHÈSES RÉPARATRICES À VISÉE ESTHÉTIQUE



APPAREIL GÉNITO-URINAIRE



MÉTABOLISME



LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS REMBOURSABLES PREVUE A L'ARTICLE L.165-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE.

Elle liste en « classes thérapeutiques » les fournitures et appareils agréés ayant des spécificités en termes d'utilisation et de durée de vie, et qui sont remboursés selon un prix déterminé par arrêté ministériel.



AIDES À LA VIE ET FAUTEUILS ROULANTS



IMPLANTS ORTHOPÉDIQUES



APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE EXTERNE



APPAREIL RESPIRATOIRE



ORGANES DES SENS ET SPHERE ORL



MAINTIEN À DOMICILE

Liste des Produits et des Prestations

Recherche par chapitre



0 - Arborescence LPP

1 - TITRE 1 : DM POUR TRAITEMENTS, AIDES A LA VIE, ALIMENTS ET PANSEMENTS

2 - TITRE 2 : ORTHESES ET PROTHESES EXTERNES

3 - TITRE 3 : DMI, IMPLANTS ET GREFFONS TISSULAIRES D'ORIGINE HUMAINE

4 - TITRE 4 : VEHICULES POUR HANDICAPES PHYSIQUES

5 - TITRE 5 : DISPOSITIFS MEDICAUX INVASIFS NON ELIGIBLES AU TITRE III

Nomenclatures

La réforme portée par la LFSS pour 2020

RAPPEL

Pour la médecine de ville, l'ensemble des actes médicaux et paramédicaux et des actes réalisés lors des consultations externes en établissements de santé, font partie de :

- **la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :** actes techniques réalisés par les médecins
- **la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP) :** actes cliniques médicaux, actes des chirurgiens-dentistes, des sage-femmes et des auxiliaires médicaux
- **la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) :** actes de biologie

- **Révision intégrale** de ces nomenclatures en vue d'une **nouvelle hiérarchisation** dans un délai de **5 ans** à compter de la publication de la LFSS pour 2020 (feuille de route « Ma santé 2022 ») :
 - Adaptations de la procédure de hiérarchisation et organisation des travaux du Haut Conseil des nomenclatures chargé du chantier de refonte (septembre 2021)
 - Révision en priorité des 13 000 actes de la CCAM d'ici la fin 2024



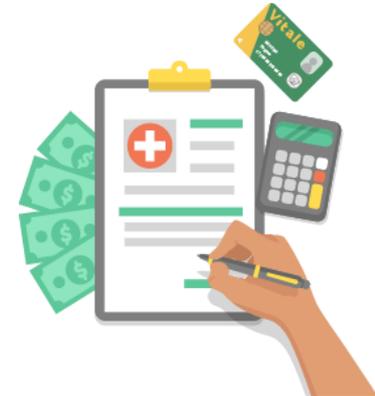
Le socle tarifaire

Le tarif de convention (TC)

Lorsqu'il existe une convention entre l'UNCAM et les organisations syndicales représentatives des professions de santé.

Exemples :

Consultation généraliste (G) <i>médecin traitant</i>	26,50 €
Consultation spécialiste (GS) <i>médecin correspondant</i>	26,50 €
Consultation cardiologie (CSC) <i>médecin correspondant</i>	47,73 €
Consultation psychiatrie, neurologie, neuropsychiatrie (CNPSY) <i>médecin correspondant</i>	42,50 €



Nouveaux tarifs en décembre 2024

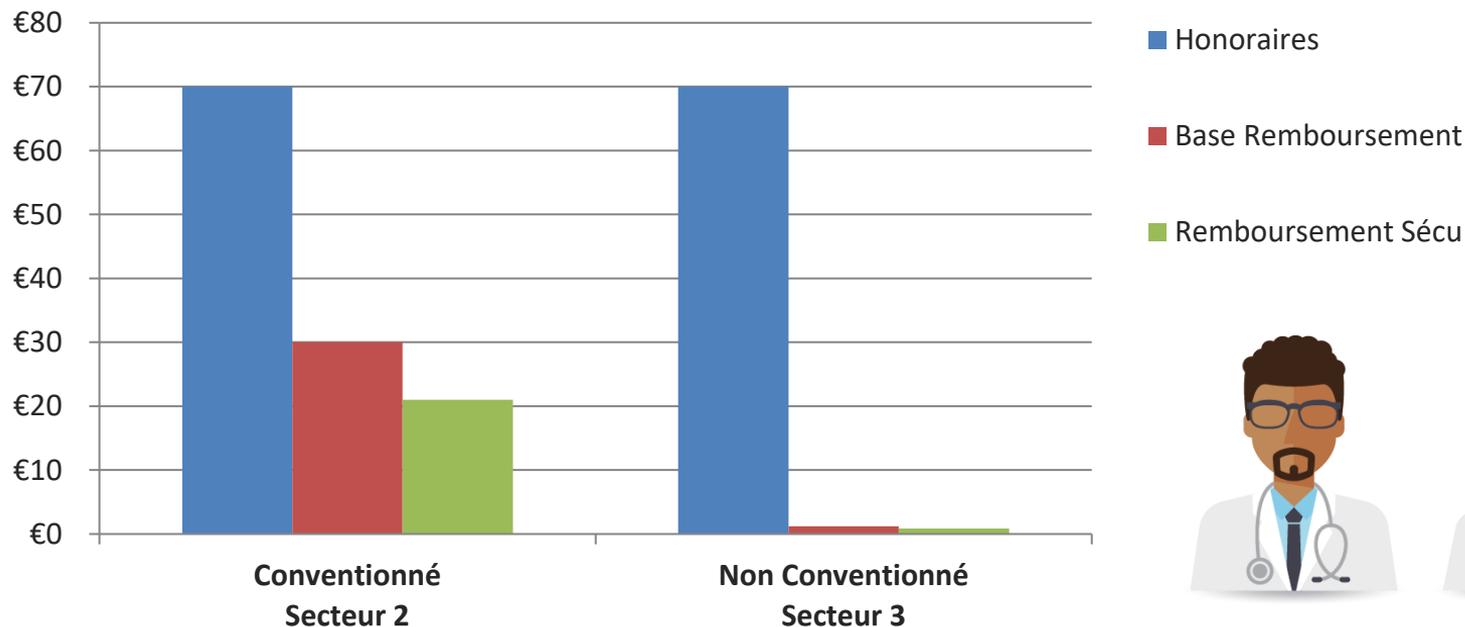
NB : Des majorations peuvent se cumuler : jour férié, nuit, déplacement, coordination...



Le socle tarifaire

Le tarif d'autorité (TA)

Tarif concernant les prestations de santé, pratiquées par des Professionnels de santé non conventionnés par les caisses d'Assurance Maladie.



Le socle tarifaire

Le tarif de responsabilité (TR)

Pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Focus Médicaments

Taux de remboursement des médicaments

SMR

Service
Médical
Rendu

Majeur / Important 65% TR



Modéré 30% TR



Faible 15% TR

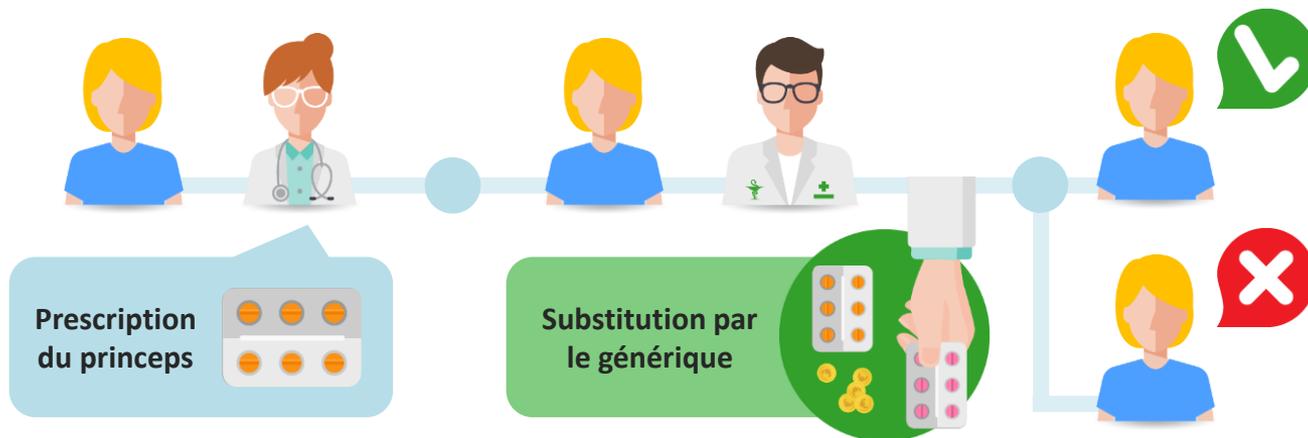


Insuffisant HN



Focus Médicaments

Médicaments remboursés sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)



Patient accepte:

- Tiers-Payant OK

Patient refuse:

- Pas de Tiers-Payant
- Feuille de soins papier
- Remboursement sur la base du TFR (suivant éligibilité)



LFSS 2019

Extension à tous les génériquables : si l'assuré refuse le générique, le princeps sera remboursé sur la base du prix du générique (sauf si la non substitution est médicalement justifiée)

Focus Médicaments

Médicaments homéopathiques

Décembre 2018 : LFSS pour 2019 avec une disposition sur la clarification du cadre d'évaluation par la HAS pour le remboursement des médicaments homéopathiques

Mars 2019 : Décret qui précise la procédure et les modalités d'évaluation et de réévaluation de ces médicaments ainsi que leurs conditions d'admission ou d'exclusion au remboursement par l'AMO

Juin 2019 : La HAS rend un avis défavorable à leur prise en charge par l'assurance maladie.

Annnonce de l'Exécutif d'un déremboursement progressif :

- **1er janvier 2020** : Passage du taux de remboursement de 30 % à 15 %.
- **1er janvier 2021** : Fin du remboursement

A noter : 2 décrets du 30 août 2019 modifient les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de spécialités homéopathiques et de préparations homéopathiques



Le socle tarifaire

Honoraires de dispensation

 01/01/2015

Honoraires visant à rémunérer:

- Le conseil
- Le contrôle / la vérification

Réforme de la rémunération des pharmaciens :

- Honoraires de dispensation par boîte
- Honoraires pour ordonnance complexe



Réforme de l'honoraire de dispensation :

C'est l'avenant **n° 11 de la convention nationale des pharmaciens** signé et approuvé en 2017 qui continue la réforme du mode de rémunération fondé sur l'honoraire de dispensation.

Honoraires		2019	2024
Dispensation	Pour les conditionnements mensuels	1,02 €	1,02 €
	Pour les conditionnements trimestriels	2,76 €	2,76 €
	Par ordonnance de 5 lignes et +	0,51 €	0,31 €
	Pour l'exécution de toute ordonnance	0,51 €	0,51 €
	Pour toute exécution d'ordonnance concernant des patients de - 3 ans ou + 70 ans	0,51 €	1,58 €
	Pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments spécifiques tels que définis dans la convention nationale pharmaceutique	2,04 €	3,57 €

Revalorisations prévues en 2025 suite nouvelle convention

Le socle tarifaire

Les retenues



01/01/2005



1 € par acte

La **participation forfaitaire** = participation de l'assuré pour :

- consultations / actes réalisés par un généraliste ou spécialiste
- examens radiologiques
- analyses biologiques



15/05/2024

2 € par acte



01/01/2008



0,50 € par boîte de médicaments
et par acte paramédical

2 € par transport sanitaire

La **franchise médicale** = déduction des remboursements de l'Assurance Maladie sur :

- les médicaments
- les actes paramédicaux
- les transports



31/03/2024

1 € par boîte de
médicaments et par acte
paramédical

4 € par transport sanitaire

Plafonnée à 50 €
par an / bénéficiaire pour chaque

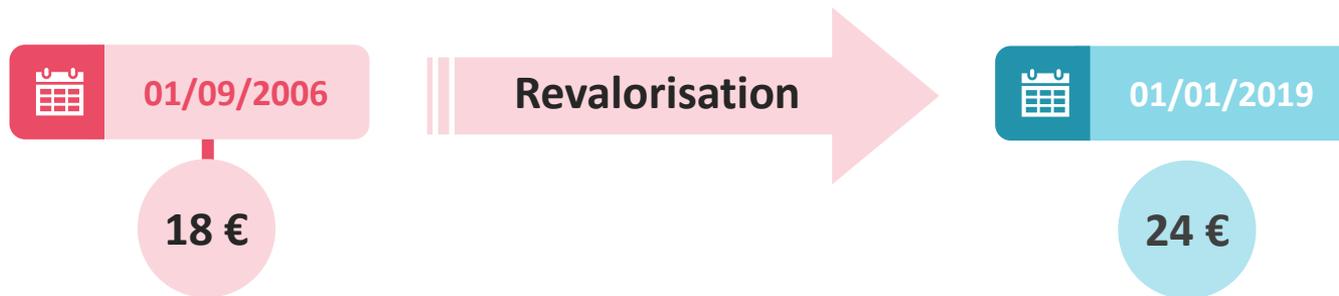


Le socle tarifaire

La participation forfaitaire pour les actes lourds

La **Participation Forfaitaire de 24 euros** = participation de l'assuré bénéficiant :

- d'un acte médical d'un tarif égal ou supérieur à 120 €
- d'un acte médical au coefficient égal ou supérieur à 60



Exemples
d'actes
concernés

- Ablation d'un nodule de la thyroïde (134,00 euros)
- Appendicectomie par coelioscopie (187,89 euros)

Les professionnels de santé

Le statut des médecins



Secteur 1

- Tarifs fixes
- Prise en charge des cotisations sociales / retraites par l'Assurance Maladie

Secteur 2

- Tarifs libres, appliqués avec « tact et mesure »
- Pas de prise en charge des cotisations sociales / retraites par l'Assurance Maladie
- Accès soumis à conditions

Secteur 3

- Tarifs totalement libres
- Remboursement sur la base du Tarif d'Autorité
- Médecins non conventionnés

Les professionnels de santé

Le médecin traitant

Une déclaration simple et rapide :

Le médecin choisi comme médecin traitant fait la déclaration en ligne, sur présentation de la carte vitale, et la transmet directement à la caisse d'assurance maladie. **La déclaration est enregistrée immédiatement.**

Ou par courrier, via le formulaire à dispo sur le site Ameli

- Pour les personnes de 16 ans et plus
- Liberté de choix et de changement du médecin traitant
- Bénéficiaire du meilleur taux de remboursement



Le service médical de proximité

Le Groupe VYV déploie depuis plusieurs années des Services Médicaux de Proximité (SMP). Ce dispositif est une offre de soins de premier recours qui permet aux patients, privés de médecin traitant, de bénéficier d'un suivi médical.

C'est une expérience innovante pour faire face à la pénurie de médecins. Son originalité : ce service fonctionne grâce à des internes en fin d'études et des médecins retraités qui travaillent ensemble pour faciliter l'accès aux soins de premier recours.

<https://youtu.be/VsIX7ZcdWQY>

Les professionnels de santé

Le médecin traitant

Respecter le **parcours de soins coordonnés**, c'est choisir un médecin traitant qui le reste le pivot du suivi médical et c'est aussi **pouvoir bénéficier d'un remboursement maximal**.



Médecin traitant



N'importe quel médecin

Dans les deux cas vous payez votre consultation

*Pour un généraliste conventionné de secteur 1 depuis le 01/11/2023

26,50€*



70 %
du prix de votre consultation est
remboursé par l'Assurance Maladie



16,55 €
Montant remboursé (après déduction
de 2 € de participation forfaitaire)



30 %
du prix de votre consultation est
remboursé par l'Assurance Maladie



5,95 €
Montant remboursé (après déduction de
2 € de participation forfaitaire)

Les professionnels de santé

Les conventions nationales



Une **convention nationale** régit les relations entre les professionnels de santé conventionnés et l'Assurance Maladie



Elle est négociée entre :

- L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)
- Les syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux



Ses objectifs :

- Favoriser l'accès aux soins (accès géographique, accès financier)
- Optimiser la qualité des soins (prise en charge des patients, coordination des intervenants)
- Conforter, valoriser et moderniser la médecine libérale (rémunération et conditions d'exercices des médecins libéraux)
- Maîtriser les dépenses de santé (réduction du reste à charge pour les patients, maîtrise des déficits de l'Assurance Maladie)

Les professionnels de santé

La convention médicale

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

 01/05/2017

Les critères d'éligibilité sont identiques à ceux du Contrat d'Accès aux Soins (12/2013 – 12/2016)

Le contrat est ouvert aux praticiens :

- Secteur 2
- Secteur 1 disposant des titres pour accéder au secteur 2

Les engagements des signataires :

- Stabilisation / développement de l'activité à tarif opposable
- Stabilisation des tarifs et des dépassements d'honoraires
- Ne pas dépasser un taux moyen de 100% de dépassements d'honoraires

Les avantages :

- Rémunération supplémentaire en fonction du respect des engagements, plus le praticien s'approche des objectifs mieux il est rémunéré
- Contrairement au CAS , l'OPTAM ne prévoit pas la prise en charge des cotisations sociales sur la part d'activité réalisée à tarif opposable

Les professionnels de santé

La convention médicale

L'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM CO)

01/01/2017

L'option est ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique ayant réalisés au moins 50 actes de chirurgie ou d'obstétrique.

Les engagements des signataires sont identiques à ceux de l'OPTAM.

L'annuaire santé d'ameli.fr

Je recherche un professionnel de santé :

Je renseigne au moins 1 des 3 critères ci-dessous :

Nom
Ex : Ducrot, Jean Dupont

Profession
Ex : Omnipraticien
→ Liste des archives

Acte
Ex : Stérilisation de la tuberculose
→ Liste des actes

Où ?
Ex : Paris, 75014, Bretagne

Rechercher

[Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital...](https://www.ameli.fr/annuaire-sante)

28 480 médecins
signataires du
dispositif de
pratique tarifaire
maîtrisée
(juillet 2024)

Les professionnels de santé

La convention médicale

Des forfaits : le Forfait Patientèle Médecin Traitant

- Mis en place au 1^{er} janvier 2018 et issu de la fusion de plusieurs forfaits antérieurs existants
- Indexé sur la patientèle et ses caractéristiques : âge, pathologie, précarité (majoration appliquée en fonction de la part des patients CSS)
- Calculé annuellement
- Réservé aux médecins traitants exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs OPTAM

Règlement arbitral :
augmentation de 4 € du FPMT pour les patients de - 80 ans en ALD et pour les patients de +80 ans (soit de 42 à 46 €)



LFSS 2019

Participation des OC reconduite chaque année au titre du financement du forfait médecin traitant est transformée en une contribution pérenne :

- **Annuelle**
- **Recouvrée en principe par l'URSSAF**
- **Affectée à la CNAM**
- **Assise sur l'ensemble des cotisations versées aux OC au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire (comme la TSA), avec un taux de 0,8 %**
- **Due pour 2019, 2020 et 2021, et sera prorogée annuellement, sauf disposition législative expresse prenant acte d'un nouveau dispositif conventionnel**

Les professionnels de santé

La convention médicale

Des forfaits : le Forfait Structure

- Dispositif en 2 volets portant sur l'organisation du cabinet :
 - Volet 1 : équipement du cabinet (5 indicateurs)
 - Volet 2 : services supplémentaires mis en place pour la patientèle (5 indicateurs)
- Pour tous les médecins exerçant en cabinet individuel ou en groupe
- Rémunération annuelle selon le niveau d'atteinte des indicateurs, montant moyen annuel 4 214 € en 2023



Avenant n° 6

Intégration en 2019 de 2 nouveaux indicateurs au forfait structure valorisés à hauteur de 525 euros, et correspondant à l'acquisition des équipements nécessaires au déploiement de la télémédecine



Avenant n° 7

- *Intégration en 2022 d'un **nouvel indicateur** « **participation à une démarche de soins coordonnée** » pour valoriser le médecin libéral impliqué dans la prise en charge coordonnée des patients sous quelle que forme que ce soit (**dans le volet 1**)*
- ***Création d'un volet 3** du forfait structure : « **participation au financement du recrutement d'un assistant médical au sein du cabinet médical** »*

Les professionnels de santé

La convention médicale

Les assistants médicaux



Avenant n° 7 de la convention



- Objectif = Libérer du temps médical pour le médecin et l'accompagner dans sa pratique quotidienne
contrat-type entre le médecin et l'AMO, avec engagements réciproques :

≥ aide conventionnelle forfaitaire à l'embauche d'assistants médicaux dans les cabinets
(volet 3 du forfait structure)

≥ augmentation de la patientèle



6 000 contrats signés (janvier 2024)

Objectif : 10 000 à fin 2024

- Missions de l'assistant médical = tâches administratives / tâches en lien avec la préparation de la consultation / tâches d'organisation et de coordination. **Périmètre non limitatif** et laissé à l'appréciation du médecin selon ses besoins et selon le profil de la personne recrutée (soignant ou administratif)

A noter :

- Réservé aux médecins secteurs 1 et 2 adhérant à l'OPTAM/OPTAM-CO
- Des médecins spécialistes sur tout le territoire (liste définie)
- D'autres spécialistes dans 30% des départements les plus en tension dans l'accès aux soins (liste définie)
- S'engager dans un exercice coordonné (dans un délai de 2 ans)
- S'inscrire dans un exercice regroupé (au moins 2 médecins, sauf pour les zones sous-denses) avec une activité minimale (seuils de patientèle définis, sauf pour les nouveaux installés)



Règlement arbitral assouplit le dispositif :
sans obligation
d'exercice coordonné,
d'exercice regroupé ou
d'exercice dans
une zone sous-dense.

Les professionnels de santé

La convention médicale



Avenant n° 9 de la convention



signé le 30/07/2021
entré en vigueur le 01/04/2022

- **Renforcer l'accès aux soins pour les publics prioritaires** (ex : visite pour les patients + 80 ans en ALD = 70 € contre 35 €)
- **Mettre en place une réponse organisée pour faire face aux besoins de soins non programmés** (ex : service d'accès aux soins (SAS) pour répondre à la demande de soins urgents)
- **Consolider le parcours de soins, en soutenant les spécialités cliniques et en fixant un nouveau cadre à la téléconsultation et la téléexpertise** (ex : revalorisation de 5€ de l'avis ponctuel de consultant, téléconsultation possible avec médecin hors territoire)
- **Un seuil maximal de 20% de télémedecine** sera fixé dans l'activité annuelle du médecin
- **Accompagner le virage numérique de la médecine de ville**



A noter : 786 millions d'euros de financement par l'Assurance maladie

Les professionnels de santé

La convention médicale

Télémédecine

L'avenant n° 6 à la convention médicale de 2016 a été signé le 23 juin 2018, entre l'Assurance Maladie et les syndicats représentant les médecins libéraux sur les modalités de déploiement de la télémédecine :

- **Téléconsultation** valorisée à 25 € pour un généraliste et 30 € pour un spécialiste avec prise en charge AMO depuis le **15 septembre 2018** (tarif différent mais même taux de remboursement qu'une consultation en présentiel). Renforcement du forfait structure jusqu'à 525 € en plus.



Lors de sa 1^{ère} année de déploiement : 80 000 téléconsultations facturées.

Nombres de téléconsultations toutes spécialités confondues:

en 2020 : 17,1 millions

depuis 2023 : env. 10 millions/an

- **Depuis le 10 février 2019**, prise en charge de la **téléexpertise** permettant à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée. Elargissement à tous les patients **depuis le 1er avril 2022**. Tarif : 20 € dans la limite de 4 par an et par patient. Le médecin qui sollicite un confrère est rémunéré 10 € par téléexpertise.



Les professionnels de santé

La convention médicale

Télémédecine : 5 actes



TÉLÉASSISTANCE

Permettre à un professionnel de santé d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte



TÉLÉRÉGULATION

Apporter une réponse médicale dans le cadre de la régulation médicale des urgences ou permanence des soins



TÉLÉSURVEILLANCE

Permettre à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient

Début 2018

Prise en charge intégrale par l'AMO à titre expérimental dans le cadre du programme ETAPES (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé).

01/07/2022

Entrée dans le droit commun



TÉLÉCONSULTATION

Permettre à un professionnel de santé de donner une consultation à distance à un patient

15/09/2018

Prise en charge par l'AMO selon un remboursement à l'acte
(Même tarif et même taux de remboursement que pour une consultation en présentiel)

18/03/2020

Prise en charge à 100% par l'AMO (crise sanitaire) jusqu'au 30/09/2022



TÉLÉEXPERTISE

Permettre à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels de santé

10/02/2019

Prise en charge à 100% par l'AMO

Les professionnels de santé

La convention médicale

Télémédecine : Zoom sur la téléconsultation



A noter : MAIIA propose aussi une offre à destination des médecins traitants via une plateforme pour faciliter la mise en place de téléconsultations conventionnelles.

TÉLÉCONSULTATION PRISE EN CHARGE PAR L'AMO

CONDITIONS :

- Réalisation de l'acte uniquement par un médecin (généraliste, spécialiste...)
- Respect du **parcours de soins coordonnés** (sauf exceptions) : le médecin téléconsultant doit être le médecin traitant, ou un médecin vers lequel ce dernier oriente le patient
- Connaissance du médecin par le patient : le patient doit avoir eu au moins une consultation avec ce médecin en présentiel dans les 12 derniers mois
- Consentement préalable du patient
- Acte à réaliser uniquement par vidéotransmission (quel que soit le moyen utilisé)

TARIF : 25€ pour un généraliste et 30€ pour un spécialiste (au même tarif et au même taux de remboursement qu'une consultation en présentiel)

REMBOURSEMENT : AMO + AMC

MODALITÉS D'ACCÈS :

- Sur RDV
- Par visio (connexion sécurisée)

SUIVI :

- Prescription (s'il y a lieu) télétransmise au patient par un moyen sécurisé
- Compte-rendu porté au dossier patient du médecin téléconsultant + copie transmise au médecin traitant (s'il ne l'est pas) + porté au DMP du patient si celui-ci est ouvert

TÉLÉCONSULTATION PLATFORME PRIVÉE (ex : MAIIA)

Hors parcours de soins

Téléconsultation ponctuelle, avec un médecin non connu du patient
 Mise en relation en moins de 15mns avec un médecin généraliste ou spécialiste

Pas de facturation au patient : coût inclus dans l'adhésion

-

MODALITÉS D'ACCÈS :

- 24h/24 et 7j/7 sans RDV et illimité, depuis la France ou l'étranger, uniquement pour les adhérents de ce service et leurs ayants-droit, un service accessible depuis l'espace adhérent et l'appli mobile de la mutuelle, confidentialité et secret médical garanti
- Par visio, audio ou chat (plateforme 100 digitale et sécurisée)

SUIVI :

- Prescription (s'il y a lieu) télétransmise au patient par un moyen sécurisé
- Compte-rendu et transmission au médecin traitant sur autorisation du patient

Les professionnels de santé

La convention médicale

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)



- Nées de la Loi santé de 2016
- Forme d'exercice coordonné (à côté des maisons de santé, centre de santé, équipe de soins primaires ...)
- Déploiement des CPTS à juin 2024 : 835 comptabilisées dont 567 contractualisées avec incitation financière à cette forme d'exercice :
 - Accord convention interprofessionnel du 20 juin 2019 (arrêté publié au JO du 24 août 2019) = soutien financier aux CPTS par le biais d'une aide annuelle dans le cadre d'un **contrat signé au niveau local et passé entre l'ARS, l'Assurance Maladie Obligatoire et les professionnels de santé impliqués**
 - Avenant 7 convention médicale = évolution du forfait structure avec intégration en 2022 d'un nouvel indicateur pour valoriser le médecin libéral impliqué dans la prise en charge coordonnée des patients



Les professionnels de santé

La convention médicale

Règlement arbitral du 24 avril 2023

Annick Morel (chargée de rédiger le règlement arbitral) a présenté ses arbitrages sur la nouvelle convention médicale, et notamment les nouveaux tarifs des consultations, aux syndicats de médecins.

- Augmentation de 1,50 € sur les C et les CS d'ici fin octobre 2023
- L'engagement territorial n'as pas été repris
- Elargissement et assouplissement du dispositif d'aide à l'emploi des auxiliaires médicaux.
- Création d'une consultation spécifique pour l'inscription d'un nouveau patient en ALD dans la patientèle du médecin traitant : 60 €
- Le forfait patientèle médecin traitant qui concerne les patients de plus de 80 ans sera valorisé à 46 € alors qu'il est de 42 € actuellement.



Les professionnels de santé

La convention médicale

Exemples de changements de tarifs issus du règlement arbitral

Entrée en vigueur
début novembre 2023

Consultation généraliste de 25 à 26,50 €

Consultation généraliste enfant de moins de 6 ans : 30 à 31,50 €

Consultation spécialiste (secteur 1, secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM) de 30 à 31,50 €

Consultation psychiatre de 50,20 à 51,70 €

Consultation avis ponctuel de 46 à 48 € ou 60 € (psychiatre et neurologue)

Consultation généraliste enfant de 0 à 25 mois : 46 €

Consultation complexe de 46 à 47,50 €

Consultation très complexe : 60 € (pas de revalorisation)

Acte de téléexpertise : 20 € (pas de revalorisation)

Consultation avis ponctuel de 55 à 56,50 € et de 62,50 à 64 € pour les psychiatres et neurologue)

Création d'une consultation spécifique pour l'inscription d'un nouveau patient en ALD dans la patientèle du médecin traitant : 60 €



Les professionnels de santé

La convention médicale

Nouvelle convention médicale 2024-2028



signée le 04/06/2024

Après plus de 6 mois de négociations, la nouvelle convention médicale a été signée le 4 juin 2024 entre l'UNCAM, l'UNOCAM et 6 syndicats de médecins généralistes et spécialistes sur 7 (UFML-S n'ayant pas signé).

4 axes prioritaires :

- améliorer l'accès aux soins ;
- soutenir l'attractivité de la médecine libérale;
- renforcer la qualité et la pertinence des soins ;
- faire évoluer les modes de rémunération des médecins libéraux

Les revalorisations interviendront en 2 temps : fin d'année 2024 et juillet 2025.

Les professionnels de santé

La convention médicale

Nouvelle convention médicale 2024-2028

« La convention représente un investissement important de la Cnam à hauteur de 1,6 milliard d'euros sur la période 2024-2028, montant auquel devraient s'ajouter 300 millions d'euros versés par les complémentaires » (Thomas Fatôme)

Fin 2024

Consultation généraliste

30 €

acte ponctuel du consultant

60 €

Fin 2024 et courant 2025

- Consultations obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat (8^e jour, 9^e mois et 24^e mois) par le pédiatre ou le médecin généraliste de 47,50 € à 60 €
- Consultation psychiatre de 46,70 € à 52 €
- Consultation gynécologue de 31,50 € à 37 €
- Consultation dermatologue (dépistage mélanome) de 47,50 € à 60 €

2026

Nouveau forfait médecin traitant valorisé jusqu'à 100 € pour tout patient de 80 ans et +

création d'une consultation longue pour les personnes âgées à 60 €

acte de téléexpertise 23 €

Les professionnels de santé

La convention médicale

Nouvelle convention médicale 2024-2028

En contrepartie des revalorisations, l'assurance maladie attend des médecins des engagements sur l'accès aux soins et des pertinences sur les prescriptions :

- Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés
- Assurer le dépistage des maladies cardiovasculaires et associées chez les personnes à risque, ainsi que le dépistage organisé des cancers, pour favoriser l'entrée précoce dans les parcours de soins
- Renforcer le juste recours à l'ordonnance bizona pour les patients en ALD, laquelle distingue les soins liés à la pathologie chronique éligibles au remboursement à 100%
- Réduire drastiquement les remboursements d'examen biologiques inutiles en diminuant le nombre de ces actes dans le cadre d'une liste à définir entre les partenaires
- Renforcer la pertinence de la prescription de transports en limitant le nombre de transports en ambulance et en généralisant la prescription de transports partagés lorsque l'état de santé du patient le permet
- Diminuer les actes d'imagerie redondants et inutiles
- Lutter contre l'antibiorésistance en diminuant la prescription d'antibiotiques...

Les professionnels de santé

Les autres conventions

Convention des pharmaciens



Signée le 20/07/2017

- Engagement de 2018 à 2022
- Enveloppe totale de 280 Millions d'euros répartis sur 3 ans
- Entretien pharmaceutique :
 - Durée diminuée
 - Tarif augmenté (de 40 € à 50 €)
- Bilan médication (60 € entretien initial, puis 30 € ensuite) :
 - Personnes âgées plus de 65 ans en ALD
 - Personnes polymédiquées de plus de 75 ans



A noter : Le pharmacien correspondant

Renouvellement d'ordonnance, adaptation de la posologie... Le pharmacien correspondant désigné par le patient pourra effectuer des actes en coordination avec le médecin traitant.

Décret n° 2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant



Avenant n° 15

Signé le 6 décembre 2018 : Le pharmacien assistera le médecin dans la réalisation de certains actes en tant que professionnel de santé accompagnant : il mettra à disposition le plateau technique nécessaire à la réalisation de la téléconsultation au sein de son officine et il se chargera de son organisation en prenant contact avec le médecin.



Avenant n° 16

Signé le 14 mars 2019 : Pour la mise en place de l'honoraire vaccination contre la grippe saisonnière par les pharmaciens d'officine.

Les professionnels de santé

Les autres conventions

Convention des pharmaciens



Signée le 09/03/2022

- **Élargissement des compétences du pharmacien en matière de prévention et d'accès aux soins**
 - réaliser l'ensemble des vaccinations de l'adulte ;
 - participer au dépistage organisé du cancer colorectal ;
 - faciliter le dépistage et la prise en charge des cystites aiguës chez les femmes
- **Confirmation du rôle du pharmacien dans ses missions de conseil et d'accompagnement des patients**
- **Définir de nouvelles modalités de rémunération pour développer :**
 - l'assistance à la téléconsultation en officine ;
 - les missions du « pharmacien correspondant » dans les zones à faible densité médicale, qui pourra renouveler des traitements chroniques ou ajuster des posologies ;
 - la dispensation des produits de santé à domicile dans le cadre de la participation du pharmacien au service de retour à domicile des patients hospitalisés Prado mis en place par l'assurance maladie.
- **Dispensation des produits de santé**
 - Création d'une rémunération sur l'objectif pour le bon usage des produits de santé
 - Vérification de l'authenticité des prescriptions sur médicaments onéreux
 - Création d'indicateurs de qualité de facturation
- **Nouvelle rémunération sur l'objectif du développement numérique en santé et l'amélioration de l'accès aux soins**
 - l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP), afin d'enrichir l'espace numérique de santé du patient (« Mon Espace Santé »), et de faciliter la coordination des professionnels de santé autour du patient ;
 - le recours aux logiciels d'aide à la dispensation certifiés ;
 - l'utilisation de la messagerie sécurisée de Mon espace santé ;
 - la généralisation de la e-prescription qui deviendra obligatoire d'ici fin 2024 ;
 - le déploiement de l'application carte Vitale



A noter : un investissement de 130 millions d'euros de l'AMO et de l'AMC pour 2022 et 2023

Les professionnels de santé

Les autres conventions

Convention des pharmaciens



Avenant signé le 10/06/2024

Le 1^{er} avenant à la convention nationale pharmaceutique a été signé le 10 juin 2024 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF).

Cet avenant prévoit plusieurs mesures de revalorisations des actes effectués par les pharmaciens, elles interviendront à partir de 2025 et pour certaines en 2026 ou 2027. Une clause de revoyure est prévue à l'été 2026.

- Augmentation de 20% sur certains honoraires de dispensation soit + 0,10 cts ;
- Prise en charge de l'angine et de la cystite à l'officine en accès direct **depuis le 19 juin 2024** :
 - Réalisation du test sans dispensation d'antibiotique : 10 €
 - Réalisation du test avec dispensation d'antibiotique : 15 €
- Augmentation des honoraires à l'ordonnance (avec instauration d'un ticket modérateur) et d'astreinte lors des gardes.



Les professionnels de santé

Elargissement du rôle du pharmacien

Depuis 2022, les pharmaciens d'officine sont autorisés à administrer certains vaccins.

Grippe saisonnière	Diphtérie	Tétanos	Poliomyélite	Coqueluche
Papillomavirus humains	Infections invasives à pneumocoque	Hépatite A	Hépatite B	Méningocoque de séro groupe A
Méningocoque de séro groupe B	Méningocoque de séro groupe C	Méningocoque de séro groupe Y	Méningocoque de séro groupe W	Rage

Rémunération de l'acte : 7,50 €
 si prescription médicale ou bon de l'assurance maladie ou 9,60 €
 si prescription pharmacien

Arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des vaccins que les pharmaciens d'officine sont autorisés à administrer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique et la liste des personnes pouvant en bénéficier

Le décret n° 2023-736 du 8 août 2023 leur permet désormais de prescrire l'ensemble des vaccins mentionnés dans le calendrier des vaccinations en vigueur **aux personnes âgées de 11 ans et plus** selon les recommandations figurant dans ce même calendrier, à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées.



A noter : les sages-femmes et les infirmiers peuvent aussi prescrire et administrer les vaccins mentionnés dans le calendrier des vaccinations ainsi que le vaccin contre la grippe.

Les professionnels de santé

Elargissement du rôle du pharmacien



Expérimentation OSyS (article 51 – LFSS 2018)

Depuis l'automne 2021, 74 pharmaciens bretons prennent directement en charge « les petits maux ».

Mise en œuvre par l'association Pharma Système Qualité et soutenue par l'ARS Bretagne et le ministère des Solidarités et de la Santé dans le cadre du dispositif article 51, cette organisation propose aux patients une réponse rapide et efficace, notamment en cas de difficulté d'accès à un médecin généraliste.

Les pharmaciens d'officine (en zone de sous-densité médicale) se lançant dans la démarche reçoivent une formation et disposent d'outils d'accompagnement (arbres décisionnels, interface informatique dédiée pour un suivi précis des patients, support de communication à destination des patients).

Après un entretien avec le patient, le pharmacien :

- conseille au patient un médicament adapté (hors prescription médicale obligatoire) ;
- l'adresse vers un médecin généraliste ;
- l'envoi vers un service d'urgence.



Avec l'accord du patient, le pharmacien informe le médecin traitant du patient de la problématique rencontrée et de l'orientation proposée.

Enfin, le pharmacien reprend contact avec le patient pour s'assurer que la situation évolue favorablement.

Les professionnels de santé

Elargissement du rôle du pharmacien



Expérimentation OSyS (article 51 – LFSS 2018)

Depuis juillet 2023, le dispositif s'est recentré sur 6 situations cliniques (contre 13 auparavant) :

les plaies simples

les piqûres de tiques

les cystites

les brûlures du 1^{er} degré

les douleurs pharyngées

les conjonctivites

OSyS en bref :

DÉTECTER

sans attendre
une situation
réellement
à risque

SOULAGER

rapidement
le patient

FACILITER L'ACCÈS

à un
professionnel
de santé

ÉVITER

un passage
inutile aux
urgences

OSyS en chiffres :

- 1 800 situations prises en charge
- 420 consultations médicales évitées
- 68 passages aux urgences évités

Tarification :

Le pharmacien est actuellement rémunéré sur la base d'un forfait de 12,50 €.

Tarif à suivre si le dispositif entre dans le droit commun.

Les professionnels de santé

Les autres conventions

Convention des kinés



AVENANT n° 7

Signé le 13 juillet 2023, l'avenant prévoit la revalorisation et la création de nouveaux actes à forts enjeux de santé publique, exemple : revalorisation de 3% de la lettre clé dès janvier 2024.

Convention des biologistes



AVENANT n° 11

Signé le 10 janvier 2023 publié au JO du 31 janvier 2023 : mesures d'économie à hauteur de 250 M€ sur 2023 pour l'AMO (baisse de la valeur clé B de 1 centime, de certains examens biologiques et de la rémunération des actes en lien avec le Covid 19)

Convention des infirmiers libéraux



AVENANT n° 9

Signé le 27 juillet 2022 : adapte et revalorise les modalités de rémunérations des infirmiers en pratique avancée (IPA), inscrit la télésanté, valorise les infirmiers en matière d'administration des vaccins.



AVENANT n° 10

Signé le 16 juin 2023 : valorise la prise en charge des patients à domicile et augmente de 10% l'indemnité forfaitaire de déplacement

Les professionnels de santé

Compétences élargies pour plusieurs auxiliaires médicaux

- ❑ **Infirmiers en pratique avancée** : primo-prescription de certains produits ou prestations soumis à ordonnance ;
- ❑ **Infirmiers** : prise en charge de la prévention et du traitement de plaies et prescription d'examens complémentaires et produits de santé ;
- ❑ **Assistants dentaires** : création d'un niveau 2 (assistants dentaires plus qualifiés) pour assister les chirurgiens-dentistes dans davantage d'actes ;
- ❑ **Pédicures-podologues** : prescription des orthèses plantaires en 1^{re} intention, gradation du risque podologique directement auprès des patients diabétiques et ainsi si nécessaire prescription des séances de soins de prévention adaptées ;
- ❑ **Orthoprothésistes**, les **podo-orthésistes** et les **orthopédistes-orthésistes** : adaptation, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans, dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin ;
- ❑ **Opticiens-lunetiers** : lors de la première délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact suivant la prescription, possibilité d'adapter cette prescription après accord écrit du praticien prescripteur ;
- ❑ **Orthoptistes** : bilan visuel et prescription des verres correcteurs et des lentilles pour les patients âgés de 16 ans à 42 ans, dépistage de l'amblyopie pour les enfants âgés de 9 à 15 mois et dépistage des troubles de la réfraction pour les enfants âgés de 30 mois à 5 ans.

Les professionnels de santé

La convention dentaire



La Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie a été signée le 21 juin 2018. L'arrêté d'approbation du 20 août 2018 de la convention dentaire est paru au JO du 25 août 2018.

Revalorisation

Base de remboursement des
actes conservateurs,
chirurgicaux et des couronnes



Cette convention a pris
fin le 25 août 2023

Favoriser les techniques
moins invasives



Diminution
Base de remboursement
inlay-core

Les professionnels de santé

La nouvelle convention dentaire



Signée le 21/07/2023



Le ministère de la Santé avait annoncé dès l'été 2023 vouloir déployer le virage préventif dans le domaine des soins bucco-dentaires. L'enjeu de cette nouvelle convention signée en juillet 2023 est non seulement de mieux prendre en charge les patients, et ce dès le plus jeune âge, mais également de lutter contre les inégalités de santé. **En développant l'approche préventive des soins dentaires cela permettra de diminuer à long terme le recours de la population aux actes prothétiques et implantaires.**

Au 1^{er} janvier 2025

Dispositif « Génération sans carie »

- Revalorisation de l'examen bucco dentaire « M'T Dents » + 10 €
- Annualisation de l'EBD pour les 3 à 24 ans (au lieu de tous les 3 ans)
- **Fin de prise en charge à 100% par l'assurance maladie, création d'un ticket modérateur à 40 %**

En 2022, le taux de participation global à l'EBD était de 23% pour l'ensemble des tranches d'âges (37% pour les enfants de 6 ans et 13% pour les 21 ans)

Nouveaux tarifs des EBD

Code NGAP	Examen	Tarif au 01/01/2025
BDC	Examen simple	40,00 €
BR2	Examen avec réalisation d'1 ou 2 radiographies intrabucales	52,00 €
BR4	Examen avec réalisation de 3 ou 4 radiographies intrabucales	64,00 €
BRP	Examen avec réalisation d'une radio panoramique	64,00 €

Message de la CNAM :

« Tous les acteurs (OCAM et éditeurs) doivent être prêts pour proposer le tiers payant sur le champ de l'EBD au 1^{er} janvier 2025 »

Les professionnels de santé

La nouvelle convention dentaire

- ❑ Les tarifs des soins conservateurs sont augmentés de + 30 % (depuis fin février 2024).
- ❑ De nouveaux actes de prévention et de soins conservateurs seront inscrits à la nomenclature et pris en charge (ex : coiffe pédodontique). **Les actes du bilan parodontal et du détartrage surfaçage radiculaire ainsi que les actes de parodontie, seront pris en charge pour les patients ayant bénéficié du dispositif « génération sans carie »** lorsque ces soins deviendront nécessaires à des âges postérieurs.
- ❑ Prise en charge de la pose d'un vernis fluoré jusqu'à 24 ans (contre l'âge de 9 ans actuellement).

L'avenant 1 signé le 4 juillet 2024 :

- Dispositif « Génération sans carie » : confirmation de la borne d'âge, modalités de facturation, tiers payant...
- Régulation téléphonique de la permanence des soins SAMU centre 15 les dimanches et jours fériés : tarif horaire de 90€ (prise en charge 100% AMO).
- Ouverture de la téléexpertise bucco-dentaire dans les EHPADs et pour certaines pathologies (cancer oral ou de maladies rares).

Les professionnels de santé

La nouvelle convention dentaire

Mesures applicables à partir du 1^{er} janvier 2025

- ❑ Augmentation globale des tarifs des soins conservateurs de + 4% pour toute la population

Mesures applicables à partir du 1^{er} janvier 2026

- ❑ Intégration d'une alternative en zircone aux prothèses métalliques
- ❑ Augmentation de 3% des plafonds des paniers RACO et modéré.
- ❑ Baisse progressive de la base de remboursement et de l'honoraire limite de facturation de l'inlay core.



Les autres acteurs de soins

Les psychologues

La crise sanitaire a démontré l'insuffisance de la prise en charge de la santé mentale d'où la proposition de la FNMF du remboursement des **séances de psychologues*** au 1^{er} euro en mars 2021.

- une orientation préalable du patient par un médecin
- un minimum de 4 séances (en présentiel ou à distance) remboursées par an
- un remboursement plafonné à 60 € par séance.

** le psychologue doit disposer du titre de « psychologue » et avoir un numéro ADELI (depuis RPPS)*

Les actions mises en place par le gouvernement

En 2018, expérimentation dans 4 départements :

Pour les patients de 18 à 60 ans présentant des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée. Séances proposées par le médecin traitant, sur prescription, à l'appui d'une liste de psychologues cliniciens et de psychothérapeutes de l'ARS. Entretien d'évaluation 45mns, 32€ et 1 à 10 séances d'accompagnement psychologique de soutien 30mns env., 22€/séance. Prise en charge : 100% par le régime obligatoire, tiers payant intégral, durée 12 mois max.

Santé psy étudiants :

Mise à dispo d'une plateforme nationale d'accompagnement psychologique pour les étudiants (max 3 séances de 45 min, tarif 30€/séance, tiers payant intégral, prise en charge à 100% par le régime obligatoire). **Dispositif reconduit en 2023: 8 séances.**

Forfait psy pour les enfants :

Forfait de 10 séances chez un psychologue pour les enfants de 3 à 17 ans dont la santé psychique est affectée par la crise du Covid-19. Prescrites par un médecin, auprès de partenaires identifiables sur une plateforme. Prise en charge : 100% par le régime obligatoire, tiers payant intégral.



Les autres acteurs de soins

Les psychologues

Lors du discours de clôture des Assises de la santé mentale le 28 septembre 2021, le Président de la République a annoncé la mise en place de consultations de psychologues prises en charge par la Sécurité sociale sur la base de forfait, pour tous dès l'âge de 3 ans, sur prescription médicale et dans le cadre d'un parcours de soins. Cette nouvelle mesure figure dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022.

- Remboursement **60% par l'assurance maladie** et **40% pour les complémentaires**
- **Tarifs : 40 €** pour la 1^{re} séance (bilan initial) et **30 €** pour les 7 séances de suivi (au maximum) soit une limite fixée à 8 séances par année civile. Ces séances ne pourront pas faire l'objet de dépassement d'honoraires.
- **17 février 2022** : lancement de la procédure de candidature des psychologues (à fin mai 2023 : 2325 psychologues libéraux partenaires sur près de 25 000).
- **5 avril 2022** : remboursement des séances.

Les patients concernés

- **Les enfants dès 3 ans et des adolescents** présentant une situation de mal-être ou souffrance psychique d'intensité légère à modérée, qui a pu susciter l'inquiétude de l'entourage (famille, milieu scolaire, médecin, etc.)
- **Les adultes en souffrance psychique d'intensité légère à modéré** présentant : soit un trouble anxieux, soit un trouble dépressif, soit un mésusage lié à l'usage du tabac, d'alcool ou de cannabis (hors dépendance, soit un trouble du comportement alimentaire (sans critères de gravité).
- **Sont exclus du dispositif**, les patients en situation d'urgence, présentant un risque suicidaire ou avec des critères de gravité, ceux-ci devant être orientés vers les psychiatres ou des structures spécialisées.

[Mon soutien psy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue | Ministère de la Santé \(sante.gouv.fr\)](#)

Les autres acteurs de soins

Les psychologues : évolution du dispositif Mon Psy

Depuis le 15 juin 2024, le dispositif créé en 2022 évolue, il est désormais possible :

- d'accéder directement à un psychologue, sans passer par le médecin traitant,
- d'être remboursé de 12 séances annuelles (au lieu de 8 auparavant).

Les tarifs ont également évolué : 50 € la séance (soit + 20 €)

**Début juillet 2024 :
3 500 psychologues conventionnés soit seulement 15% des 23 000 psychologues cliniciens libéraux
potentiellement concernés par le dispositif.**



Les autres acteurs de soins

Interventions non médicamenteuses (INM)

La sécurité sociale ne rembourse pas ces actes.

La consultation d'un **ostéopathe non-médecin** n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale, puisqu'il s'agit d'un praticien ni médical ni paramédical.

Certains médecins-ostéopathes se font rembourser en dépassement d'honoraires, ce qui n'est pas autorisé.



L'étiopathie n'est pas reconnue par l'Assurance maladie.



RPPS

*Les ostéopathes et chiropracteurs, tout comme les auxiliaires médicaux, ont l'obligation de faire enregistrer leurs diplômes au sein du **Répertoire partagé des professionnels de santé** : fichier de référence des professionnels de santé commun aux organismes du secteur sanitaire et social français. Il est élaboré par l'État en collaboration avec les Ordres et l'Assurance Maladie. Il répertorie l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tout professionnel de santé.*



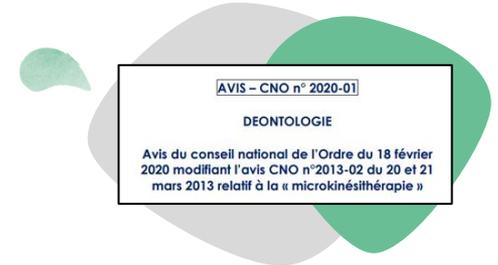
Les autres acteurs de soins

Interventions non médicamenteuses (INM)

Zoom sur les séances de micro-kinésithérapie

Les micro-kinésithérapeutes ne sont pas des professionnels de santé et leur formation n'est pas reconnue par l'Etat.

Conformément aux articles R. 4321-123, R. 4321-124 et R. 4321-125 du code de la santé publique, **le conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ne reconnaît ni la « micro-kinésithérapie », ni le titre de « micro-kinésithérapeute ».**



Les actes ne sont pas conventionnés par l'Assurance maladie, donc non pris en charge par le régime obligatoire. Certaines mutuelles participent, par le biais de forfait, au remboursement de séances de micro-kinésithérapie et sous certaines conditions.

Le numéro ADELI

Bascule des professionnels ADELI dans le RPPS

Le référentiel RPPS deviendra l'unique référentiel national des professionnels intervenant dans le système de santé.

2022

assistants de service social (environ 46 000 professionnels) et des **assistants dentaires** (environ 10 000 professionnels)

2023

professionnels de santé hors professionnels de santé de l'appareillage et hors usagers de titres (environ 190 000 professionnels : techniciens de laboratoire médical, manipulateurs d'ERM, orthophonistes, diététiciens, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthoptistes, physiciens médicaux)

2024

professionnels de santé de l'appareillage et des usagers de titres (environ 180 000 professionnels : psychologues, opticiens-lunetiers, ostéopathes, psychothérapeutes, audioprothésistes, orthopédistes-orthésistes, orthoprothésistes, chiropracteurs, podoprotésistes, épithésistes, oclaristes)



RPPS

Répertoire partagé des professionnels de santé : fichier de référence des professionnels de santé (médecins, sage-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens), commun aux organismes du secteur sanitaire et social français. Il est élaboré par l'État en collaboration avec les Ordres et l'Assurance Maladie.

Il répertorie l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tout professionnel de santé.

Les établissements de santé

Forfait patient urgences (FPU)

Initialement prévue au 1^{er} septembre 2021, l'entrée en vigueur de la réforme de la facturation des urgences a été reportée au 1^{er} janvier 2022.

Arrêté du 17 décembre 2021
 relatif aux montants du
 forfait patient urgences
 prévu à l'article L. 160-13 du
 code de la sécurité sociale
 (JO n° 0302 du 29/12/2021)

- Tarif nominal = **19,61 €**

- Tarif minoré = **8,49 €**

(Patients en affection de longue durée, patients en accident de travail / maladie professionnelle avec une incapacité inférieure à deux tiers)

Prise en charge au titre des
 contrats responsables

Cas d'exonération pour le FPU :

- femmes enceintes bénéficiaires de l'assurance maternité 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et douze jours après ;
- bénéficiaires d'une pension d'invalidité ;
- bénéficiaires de prestations suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle ayant une incapacité au moins égale à deux tiers ;
- assurés mineurs victimes de violences sexuelles ;
- nouveau-nés dans les 30 jours qui suivent leur naissance ;
- donneurs d'organes ;
- titulaires d'une pension militaire d'invalidité ;
- victimes d'actes de terrorisme ;
- personnes ayant besoin de soins en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel.

Les établissements hospitaliers

Répartis en 3 grandes catégories

LES HÔPITAUX PUBLICS

- Les centres hospitaliers régionaux et/ou universitaires
- Les centres hospitaliers
- Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie
- Les hôpitaux d'instruction des armées



LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS D'INTÉRÊT COLLECTIF

- Hôpitaux privés
- Centres de lutte contre le cancer ou dialyse



LES CLINIQUES PRIVÉES À BUT LUCRATIF

Tous délivrent des soins de médecine, chirurgie, obstétrique et/ou plus spécialisés des soins de psychiatrie et santé mentale.

Et aussi de la médecine d'urgence via des services d'urgence, des services d'aide médicale urgente (SAMU) pour la régulation et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pour les interventions.

Les établissements hospitaliers

Nature des prestations

- Hébergement
- Médicaments
- Examens de laboratoire
- Soins
- Interventions chirurgicales
- Frais de salle d'opération
- Produits sanguins
- Actes de radiologie



En public : l'ensemble des frais est englobé dans les frais de séjour

En privé : tout est détaillé

Nombre de patients hospitalisés en France

13,2 millions

2023

Nombre d'établissements géographiques



Déclinaison par classe d'âge



80% par la Caisse d'Assurance Maladie

OU

100% par la Caisse d'Assurance Maladie
(acte >120€, ALD, AT/MP...)

Particularités



01/04/1983

LE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

- **Fraction du coût de l'hébergement et d'entretien à la charge de l'assuré entraîné par son hospitalisation**
- En 2020 il est de :
 - **20 €** pour les hospitalisations hors secteur psychiatrique
 - **15 €** pour les hospitalisations en secteur psychiatrique
- Il est **dû** pour chaque jour, y compris le jour de sortie inclus, quelle que soit l'heure de sortie
- Il est **pris en charge par l'AMO** notamment pour les enfants et adolescents handicapés hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle, des victimes AT-MP, des bénéficiaires de l'assurance maternité...

LA CHAMBRE PARTICULIÈRE

- Si absence de prescription médicale imposant l'isolement, l'installation en chambre particulière **peut** donner lieu à une facturation au patient, pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, **y compris le jour de sortie**
- Interdiction expresse de facturer la chambre particulière lorsque le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue
- **Pas de remboursement par l'AMO**



Les alternatives à l'hospitalisation

L'hospitalisation à domicile (HAD)

Maintenir, sous certaines conditions, le confort de vie des patients et de leurs proches

L'accueil temporaire

Pour améliorer la qualité de vie des personnes et accorder un temps de répit aux aidants



La chirurgie ambulatoire

Raccourcir les délais de prise en charge à 12 h max
(avec garantie d'une sécurité des soins et d'un réel suivi médical)



Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Surveillance médicale et autres soins d'hygiène et paramédicaux

La télémédecine

Réduire le nombre des hospitalisations non nécessaires, limiter les transports inutiles ainsi que la perte de repères chez certains patients



SPÉCIALITÉ

- Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Structures pour personnes handicapées

MISSION

Apporter un accompagnement et une prise en charge aux publics dits « fragiles », en situation de :

- Précarité
- Exclusion
- Handicap
- Dépendance



EXEMPLES D'ÉTABLISSEMENTS

- MAS (*maisons d'accueil spécialisée*)
- ESAT (*établissements et services d'aide par le travail*)
- CMPP (*centres médico psychopédagogiques*)
- IME (*instituts médico éducatifs*)
- IMP (*instituts médico pédagogiques*)
- IMPRO (*instituts médico professionnels*)
- ITEP (*instituts thérapeutique, éducatif et pédagogique*)

La réforme 100% Santé

C'est une réforme majeure pour **améliorer l'accès aux soins en optique, audiologie et dentaire.**



Qualité

Un panier d'équipement de qualité :
Les offres proposées s'adaptent aux évolutions techniques et aux besoins.



Accès aux soins



Choix

Une liberté de choix préservée :
Possibilité de choisir des équipements différents à tarif libre.



Calendrier de mise en place du 100 % santé



Démarrage Contrats
Responsables



jusqu'en 2023



2019
janvier

R A C O

Enfants ≤ 20 ans : RAC 0
Adultes : Diminution du RAC

2019
avril

R A C O

Plafonnement progressif des honoraires sur
une partie des : couronnes fixes, couronnes
transitoires, inlay core, bridges

2020



Lisibilité des garanties

R A C O

Adultes : Diminution du RAC

R A C O



RAC 0, uniquement sur une partie des :
couronnes fixes, couronnes transitoires,
inlay core, bridges

R A C O



RAC 0

2021

R A C O



Adultes : RAC 0

R A C O

RAC 0, uniquement sur une partie des :
prothèses amovibles

Le 100% Santé en dentaire

 3 paniers



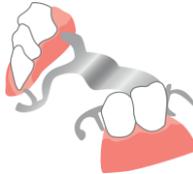
RAC 0



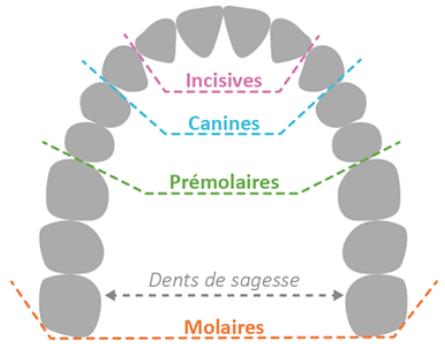
Maîtrisé



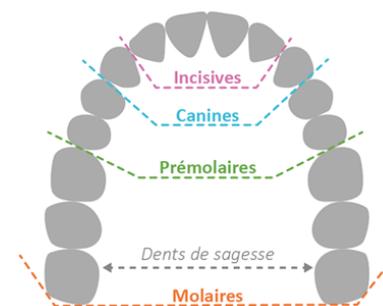
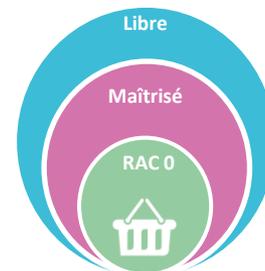
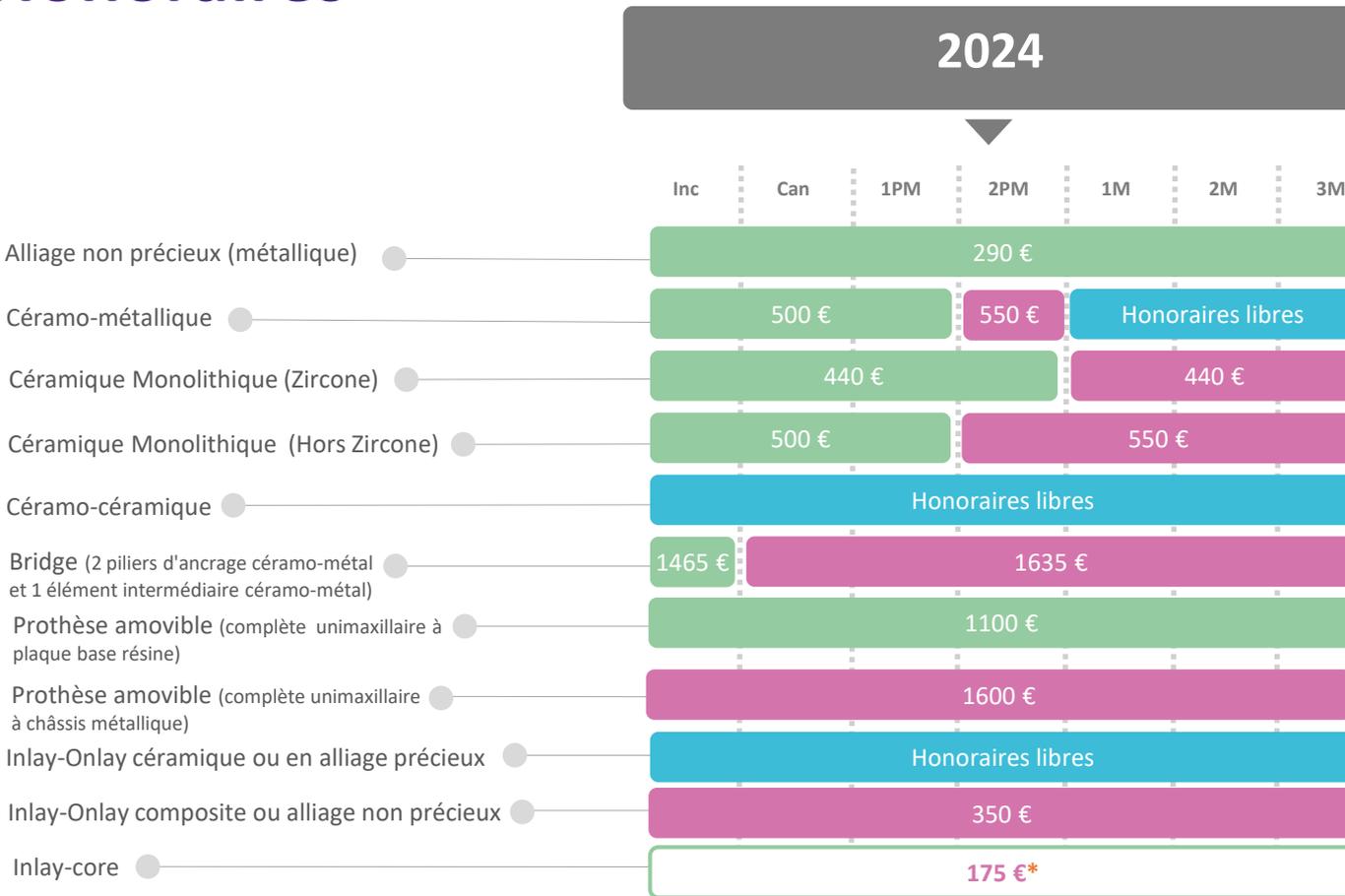
Libre

 Ces paniers sont définis en fonction du matériau et de la position des dents.



Honoraires



* Pour les paniers 100 % santé et maîtrisé

Le 100% Santé en optique

Classe A : des lunettes 100% remboursées



Enfants



Monture

- Au moins **20 montures de Classe A** en présentation physique /virtuelle
- Au minimum **10 modèles différents**
- **2 coloris**

Prix maximum de vente < 6 ans : **30 €**

Base de remboursement : **9 €**

Si lunette à coque **50 €**

base de remboursement **15 €**



Adultes

- Au moins **35 montures de Classe A** en présentation physique /virtuelle
- Au minimum **17 modèles différents**
- **2 coloris**

Prix maximum de vente \geq 6 ans : **30 €**

Base de remboursement : **9 €**



Verres

- **Traitement de l'ensemble des troubles visuels**
- **Anti-reflet**
- **Amincissement en fonction du trouble**
- **Durcissement anti-rayures**
- **Verres avec filtre**

De **32,50 € à 170 €** en fonction de la correction du verre
Base de remboursement de **9,75 € à 51 €**

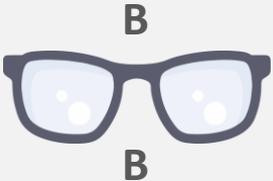
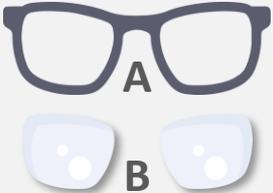
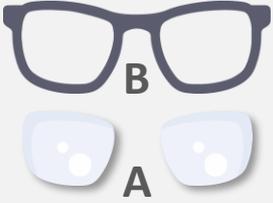
DEVIS

Il doit contenir au moins une offre de Classe A



Le 100% Santé en optique

Classe B : plus de choix, mais avec un reste à charge

CLASSE B		 <p>Verres et monture avec reste à charge</p>
MIXTES		 <p>Seule la monture est sans reste à charge</p>
		 <p>Seuls les verres sont sans reste à charge</p>

> Classe B

Les remboursements du régime complémentaire doivent respecter les planchers et plafonds des **contrats responsables** :

- Monture limitée à **100 € (RO + RC)**
(Base de remboursement **0,05 €**)
- Équipement (monture + verres) de **50 € à 800 €** en fonction de la correction
(Base de remboursement **0,05 € / verre**)

Optique

Une offre éco responsable dans les centres optique mutualistes

La marque **JUSTE** a été créée en 2018.

Sa vocation est de proposer aux clients des produits de qualité pour répondre à leurs besoins dans un budget maîtrisé avec des produits de 59 à 149€.

Au sein de la marque Juste, on peut retrouver une gamme Origine France Garantie et aujourd'hui 100% des produits JUSTE ont des vertus écoresponsables.



ÉCOUTER VOIR
 OPTIQUE & AUDITION MUTUALISTES

JUSTE

Les matières Justes

Toutes nos matières sont choisies avec soin et associent **performance et qualité**. Pour notre collection **Juste** Origine France Garantie, nous avons sélectionné l'acétate bio, une matière **100% biodégradable et recyclable** composée de fibres de bois, de coton et d'un plastifiant naturel. Une composition qui allie **l'éthique** aux dernières **innovations techniques**.

Le savoir-faire Juste

Favoriser le **choix citoyen**, valoriser la **transmission du savoir-faire** : un savant mélange de technicité et de « fait main ». Nos montures **Juste** Origine France Garantie sont fabriquées par des **artisans experts** à Oyonnax, ce qui contribue au maintien de l'emploi en France. Nous nous engageons sur la **traçabilité** de tous nos modèles.

ORIGINE FRANCE GARANTIE

Le prix Juste

Juste est une marque engagée. Elle propose des prix justes, c'est à dire des prix **accessibles**, qui permettent à chacun de s'équiper de lunettes de qualité, écoresponsables et fabriquées en France. Mais des prix justes, ce sont aussi des prix qui **rémunèrent chaque acteur de la chaîne de production** convenablement, qui respectent et valorisent le travail de nos artisans experts.

et quand vous achetez une paire Juste, savez-vous où va votre argent ?

TOUS NOS BÉNÉFICES SONT RÉINVESTIS DANS L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE.

Seule enseigne d'optique et d'audition issue du mutualisme, Écouter Voir revendique sa différence :

- Nos magasins n'ont **aucun actionnaire à rémunérer**, ce qui nous permet de vous proposer les prix les plus justes toute l'année.
- Tous nos bénéfices sont réinvestis dans **l'économie sociale et solidaire** et peuvent notamment profiter aux **structures de soins et d'accompagnement** gérées par les groupements mutualistes (par exemple, les centres de santé, centres dentaires, crèches, Ephacl, cliniques mutualistes...)

Acheter ses lunettes chez Écouter Voir, c'est favoriser l'accès au soin pour tous !

Optique

Une offre éco responsable dans les centres optique mutualistes



ÉCOUTER VOIR
OPTIQUE MUTUALISTE

PRÉSENTE

OXO

LES LUNETTES ISSUES
DE LA TERRE

Cette marque, née de la rencontre entre des opticiens passionnés et les créateurs de la matière Greenfib, innovante et 100% écoresponsable, est distribuée en exclusivité chez Écouter Voir.

OXO EN QUELQUES MOTS :

Une matière innovante et 100 % écoresponsable

Greenfib, c'est une matière vertueuse, 100 % d'origine naturelle.

Elle est composée de Rilsan PA11 (dérivé de l'huile de ricin), de poudres minérales et de farines végétales.

Des lunettes Origine France Garantie

Les lunettes OXO sont conçues par des créateurs à Nantes et fabriquées par des artisans experts à Oyonnax. La matière Greenfib est quant à elle fabriquée en Bretagne et en Nouvelle-Aquitaine.

Des montures design et colorées

La collection est composée d'une grande diversité de modèles au design original et affirmé dans 21 couleurs différentes, toutes créées à partir de matières végétales ou minérales.



Optique

Ordonnance valable jusqu'à 5 ans

L'opticien peut adapter la correction des verres lors d'un renouvellement de lunettes après avoir procédé à un examen de la vue.

Cette mesure évite un nouveau passage en cabinet d'ophtalmologiste.

LUNETTES	
Âge	Durée
Avant 16 ans	1 an
De 16 à 42 ans	5 ans
Au-delà de 42 ans	3 ans

LENTILLES	
Âge	Durée
Avant 16 ans	1 an
Après 16 ans	3 ans



Seule exception : si l'ophtalmologiste a estimé nécessaire de procéder à des examens plus poussés et mentionne sur son ordonnance qu'il s'oppose à cette substitution de rôle par l'opticien.

Le 100% Santé en audiologie

2 classes pour ces dispositifs

CLASSE 1

Reste à charge 0

CLASSE 2

Prix Libre

Prise en charge maximum AMO + AMC :
1 700 € par oreille dans le cadre des **contrats responsables** pour la classe 2.



Plafonner les prix

Un appareillage de bon niveau, pour maximum (par oreille) :

2019	2020	Depuis 2021
1 300 €	1 100 €	950 €

Le protocole d'accord du 13 juin 2018 prévoit une clause d'abaissement du prix limite de vente sur la classe 1 (qui passerait de 950 € à 900 €).



Augmenter la BRSS

2018	2019	2020	Depuis 2021
199,71 €	300 €	350 €	400 €



Renouvellement

Tous les 4 ans pour chaque oreille



Depuis le 1^{er} janvier 2021
100 % santé effectif

100% Santé

Extension du dispositif

Annoncé par le ministre de la Santé et la première ministre en 2023, le dispositif doit être coconstruit rapidement au cours du 2^{ème} trimestre 2023 pour une application initialement prévue en 2024.

ORTHODONTIE

Extension traitée dans le contexte de convention nationale des chirurgiens-dentistes (signature 25 juillet 2023).

PROTHESES CAPILLAIRES

Mesure votée dans la LFSS 2023, publication d'un avis de projet le 18 septembre, modalités non connues à date.

VEHICULES POUR HANDICAPES PHYSIQUES

Mesure issue d'un projet 2022, annonce faite par le Président de la République le 26 avril 2023, réforme initialement prévue pour 2024 et reportée, modalités non connues à date.

AIDES TECHNIQUES

Contenu et modalités non connus à date.

100% SANTÉ

Des soins pour tous, 100% pris en charge

NORME OUVERTE d'ÉCHANGE entre la MALADIE et les INTERVENANTS EXTÉRIEURS

Échange informatique de données entre un organisme d'assurance maladie et un organisme complémentaire.

Identification par :

- N° de Sécurité sociale
- Date de naissance
- Rang gémellaire

Vigilance :

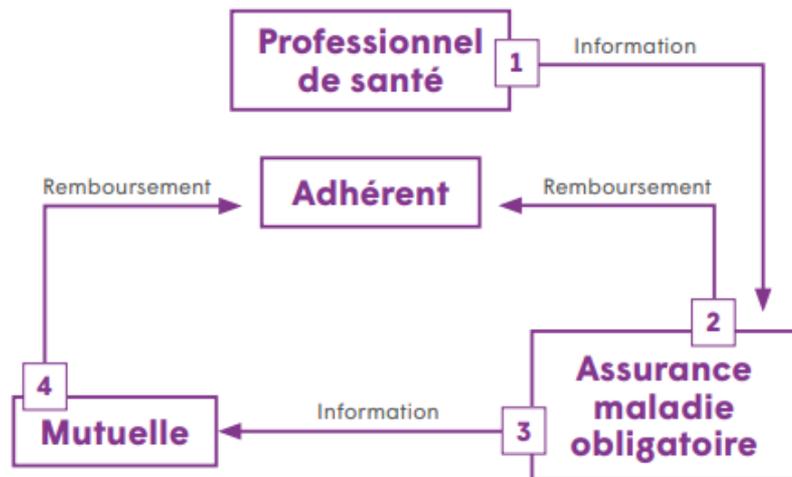
- Enfants immatriculés à la naissance (n° SS non actif)
- Etudiants pour la première année (changement RO)
- Déménagement
- Chevauchement de deux contrats (exemple d'un conjoint assuré sur deux contrats, un seul peut être pris en compte par le RO)

Depuis
mai 2020

L'Assurance Maladie, via le Compte Assuré Ameli, a mis en place un service de « Sélection d'un Organisme Complémentaire en cas de Chevauchement »



La gestion des remboursements est effectuée par télétransmission automatique des décomptes du régime obligatoire à la mutuelle (système Noémie).



Les + de la télétransmission

Simplification et économie:

l'assuré n'a plus à envoyer le décompte du régime obligatoire à la mutuelle pour se faire rembourser.

Gain de temps:

l'assuré est remboursé plus rapidement par la mutuelle (règlement quasi simultané à celui du régime obligatoire).

Tout changement (situation familiale, déménagement...) doit être signalé au régime obligatoire et au régime complémentaire.

Décompte régime obligatoire

Lien avec votre mutuelle

Si cette phrase n'apparaît pas, contactez votre organisme complémentaire (mutuelle) et demandez-lui à bénéficier du service «NOEMIE». Ainsi, il recevra automatiquement vos relevés de remboursements et vous n'aurez plus besoin de lui envoyer vos relevés papier.

Hors parcours de soins

Vous n'avez pas consulté votre médecin traitant en priorité, ou vous n'avez pas déclaré de médecin traitant : le taux de remboursement est alors de 30% au lieu de 70%.

La franchise médicale et la participation forfaitaire

sont des sommes déduites automatiquement de vos remboursements sur les boîtes de médicaments, les consultations, les actes de biologie... Si les franchises de précédents remboursements n'ont pas pu être prélevées (tiers payant) : elles seront déduites au prochain remboursement.

Page 1/1

l'Assurance Maladie CÔTE-D'OR

assuré social **GUILLAUME**
n° de Sécurité Sociale 1 12 05 87 085 316 18
Pour tout contact 3846 (service 0,08 €/min + prix appel)

ASSURANCE MALADIE DE COTE D'OR- BP 34548
21045 DIJON CEDEX

M. **GUILLAUME**
20 RUE DU CHAT
21000 DIJON

ameli.fr
pensez-y!
Tous mes remboursements en temps réel, sur mon compte.

Monsieur,
Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du XX XX XX.
Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte.
Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire. En conséquence, vous n'avez plus besoin de lui envoyer ce relevé.

vos remboursements de soins					
dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
	pour Guillaume né(e) le XX XX XX maladie ref xxxx xxxxxxxxxxxxxxxx				
04 01 15	HORS PARCOURS COORDONNÉ GENERALISTE Sect1(c) participation forfaitaire (RPH)	23,00	23,00	30%	6,90
					-1,00
A noter Pour les prestations figurant ci-après vous n'avez pas réglé directement votre professionnel, les participations forfaitaires ou les franchises n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.					
24 12 14	PHARMACIE pour GUILLAUME né(e) le XX XX XX		(1501091262)		0,00
24 12 14	PHARMACIE pour GUILLAUME né(e) le XX XX XX		(1501091263)		-1,50
	08 01 15 : 3,90 euros				
pour information					
dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
	pour Guillaume né(e) le XX XX XX maladie ref xxxx xxxxxxxxxxxxxxxx				
04 01 15	PHARMACIE (PH4-PC) franchise à retenir (FRT) HONOR. DISPENS (H04)	14,75	14,75	65%	9,59
		1,02	1,02	65%	0,66
	réglié au destinataire PHARMACIE : 10,25 euro(s)				

Vous avez bénéficié du tiers payant

Vous n'avez pas avancé les frais, c'est l'Assurance Maladie qui a réglé directement le professionnel. Le paragraphe « Pour information » indique les remboursements effectués sur le compte des professionnels de santé. Attention : dans ce cas, la franchise et/ou la participation forfaitaire seront déduites sur votre prochain remboursement/paiement.

Base de remboursement et taux de prise en charge

La base du remboursement est le tarif à partir duquel vos remboursements sont calculés. Un taux de prise en charge est appliqué à cette base. Ce taux varie selon la nature de vos frais de santé et votre situation médicale (voir ameli.fr).

L'honoraire de dispensation

Somme versée directement au pharmacien : cela ne change rien à vos remboursements.

Décompte régime obligatoire

Compte ameli

MES DERNIERS PAIEMENTS		
08 DÉC.	Paielement à un tiers	3,70€
06 DÉC.	Paielement à un tiers	26,89€
03 NOV.	Remboursement de soins	17,32€

MES DÉMARCHES EN 2 CLICS		
▼	Attestation de droits	?
▼	Attestation de paielement d'indemnités journalières	?
▼	Carte européenne d'assurance maladie (CEAM)	?
Consulter les délais de traitement de ma Caisse d'Assurance Maladie		

0 NOTIFICATION

0 MESSAGE

- Mes paiements
- Mes relevés mensuels
- Relevé annuel
- Participations forfaitaires et franchises
- Payer une créance

Mes informations

Organisme complémentaire

HARMONIE MUTUELLE
N° adhérent xxxxxxxx

Contrat du 01/04/2007

Transmission automatique des paiements

✓ ACTIVÉE

Les Affections de Longue Durée (ALD)

- Maladies chroniques ou nécessitant :
 - Un suivi et des soins prolongés
(*plus de 6 mois de traitement en continu*)
 - Des traitements coûteuxet ouvrant droit à la prise en charge à 100% par l'AMO.
- En principe, l'admission en ALD est valable pour une durée déterminée.
- Augmentation de l'incidence et la prévalence des ALD

Quelques chiffres...

30 Affections Longue Durée (ALD01 à ALD30)
+ 31e maladie (ALD31) : les affections de longue durée « hors liste »
+ 32e maladie (ALD32) : les poly pathologies

En 2023 : 12,3 millions d'assurés (régime général)



100 %, MAIS PAS POUR TOUT

L'ordonnance bizona comporte deux zones distinctes :

- Une partie haute réservée aux soins en rapport avec l'ALD, pris en charge à 100%
- Une partie basse, réservée aux soins sans rapport avec l'ALD, remboursés aux taux habituels de la Sécurité Sociale



L'assurance maladie complémentaire

Les complémentaires santé

Les principaux acteurs

Les complémentaires santé sont des organismes qui assurent la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire. Il existe 3 grandes familles d'acteurs de l'assurance santé :

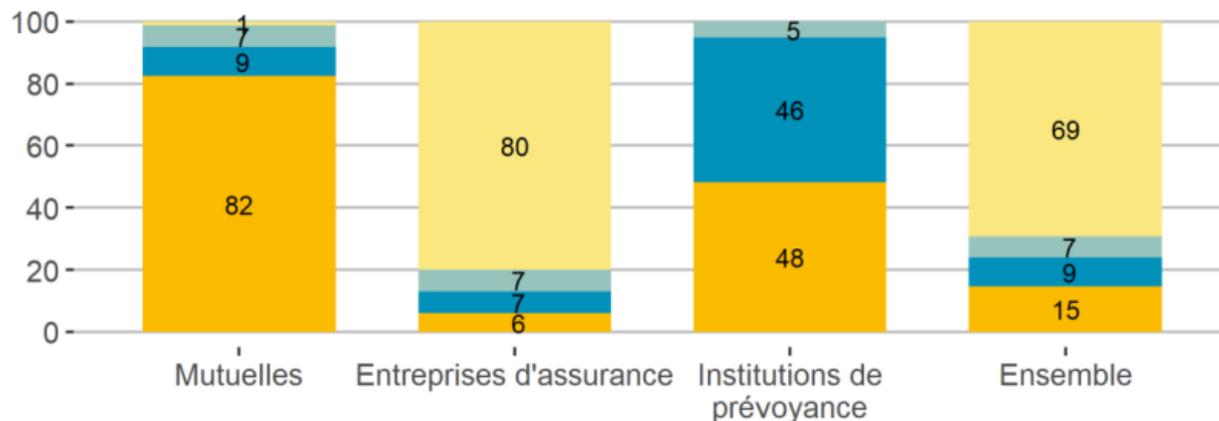
- **les institutions de prévoyance** : organismes à but non lucratif régis par le code de la Sécurité Sociale, gérés à parité entre les représentants des employeurs et des salariés, destinés à couvrir les salariés et anciens salariés dans le cadre de la branche professionnelle ou de l'entreprise ;
- **les mutuelles** : organismes à but non lucratif, régis par le code de la Mutualité, dans lesquels les adhérents participent directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants élus au fonctionnement et aux décisions de la mutuelle ;
- **les sociétés d'assurance** : organismes régis par le code des Assurances, qui peuvent être soit des sociétés anonymes, soit des sociétés d'assurance mutuelle.



Les complémentaires santé

Répartition de l'activité par type d'organismes en 2021

En % des cotisations collectées



■ Santé
 ■ Prévoyance
 ■ Retraite
 ■ Autres activités

[RAPPORT 2023 \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr)

Les complémentaires santé

Classement santé 1^{er} semestre 2024

Chaque année l'Argus de l'assurance communique le classement de l'activité complémentaire santé.

Le périmètre retenu est celui de l'activité complémentaire santé en 2023, en France, réalisée par tout type d'organismes (sociétés d'assurance, bancassureurs, mutuelles d'assurance, groupes de protection sociale, mutuelles et unions de mutuelles).

Le classement de la santé est réalisé sur la base déclarative des cotisations de frais de soins, hors taxes (hors couverture maladie universelle et taxe spéciale sur les conventions d'assurances), brutes de réassurance et hors acceptations (« Affaires directes ») arrêtées au 31 décembre 2023.

[Classement santé 2024 : le top 30 \(argusdelassurance.com\)](https://www.argusdelassurance.com)

Le Top 30 de la santé 2024 (chiffres France 2023, hors taxes, en M€)

Rang	Organisme	Cotisations en affaires directes 2023 ⁽¹⁾	Cotisations en affaires directes 2022 ⁽¹⁾	Variation 2023 / 2022	Part de la collective dans les cotisations (affaires directes)
1	Groupe Vyv	5 656,2	5 670,2	- 0,2 %	30,5 %
2	Malakoff Humanis	3 670,0	3 446,0	6,5 %	77,4 %
3	Axa France	3 100,0	2 862,0	8,3 %	70,5 %
4	Groupama	2 492,0	2 387,1	4,4 %	42,0 %
5	Alliance Klesia Generali ⁽²⁾	2 483,2	2 255,7	10,1 %	68,3 %
6	AG2R La Mondiale ⁽³⁾	2 145,0	1 892,0	13,4 %	75,9 %
7	Aésio ⁽⁴⁾	2 025,0	2 022,0	0,1 %	56,6 %
8	Groupe Pro BTP	1 909,0	1 823,0	4,7 %	59,8 %
9	Covéa ⁽⁵⁾	1 706,0	1 609,0	6,0 %	38,6 %
10	Allianz France	1 458,0	1 447,0	0,8 %	50,2 %
11	Swiss Life	1 275,0	1 100,2	15,9 %	48,1 %
12	Crédit agricole Assurances	1 195,0	1 069,0	11,8 %	27,9 %
13	Macif ⁽⁴⁾	966,8	937,0	3,2 %	16,2 %
14	La Mutuelle générale	884,9	837,6	5,6 %	56,0 %
15	Groupe des Assurances du Crédit mutuel	864,0	814,0	6,1 %	30,3 %
16	Groupe Matmut ⁽⁶⁾	679,8	642,7	5,8 %	22,1 %
17	Groupe Apicil	672,9	618,6	8,8 %	70,5 %
18	Groupe Ugo	640,0	585,0	9,4 %	85,9 %
19	Unéo	543,2	533,4	1,8 %	4,3 %
20	MNH	518,2	514,0	0,8 %	1,4 %
21	Groupe Mutualia	375,9	360,1	4,4 %	34,6 %
22	Solimut Mutuelle de France	249,0	246,0	1,2 %	55,8 %
23	Abeille Assurances ⁽⁴⁾	240,7	232,7	3,4 %	17,7 %
24	Intériale Mutuelle	238,7	229,2	4,1 %	5,5 %
25	CNP Assurances	235,9	124,9	88,9 %	NC
26	Groupe Agrica	226,8	213,2	6,4 %	80,2 %
27	Audiens Santé Prévoyance	214,5	189,7	13,1 %	78,5 %
28	Prévifrance	214,0	200,0	7,0 %	51,9 %
29	Alan	209,6	146,6	43,0 %	92,1 %
30	IRP Auto Assurances	205,0	201,0	2,0 %	65,9 %

Le Ticket Modérateur (TM)



Loi du 30/04/1930

On appelle « Ticket Modérateur », la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul de ses frais de santé (les frais de médecine, de soins dentaires, de biologie, de radiologie, de médicaments et de dispositifs médicaux, d'hospitalisation, de médicaments, de transport, de contraception, d'hébergement et de traitement en établissement pour enfants handicapés). C'est le **reste à charge de l'assuré après intervention de l'AMO**.

Il existe des **cas d'exonérations du TM** (prise en charge par l'AMO à 100%) : ALD, la prévention destinée aux mineurs, les personnes en invalidité, les femmes enceintes....

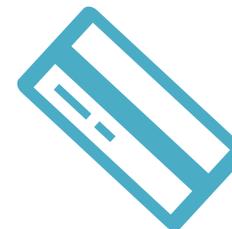
Exemple :

Consultation chez le médecin traitant à 26,50 €

Prise en charge AMO à 70% : 18,55*

* moins 2 € de participation forfaitaire

TM : 7,95 €



Prise en charge du TM en partie ou en totalité par les organismes complémentaires

Contrats Responsables 2020

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques et la circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales fixent, pour l'année 2020, le nouveau cahier des charges des contrats solidaires et responsables.

Pour rappel, les dispositions des contrats responsables :

- ✓ Accompagnent la réforme du parcours de soins coordonnés
- ✓ Encadrent la prise en charge des frais de santé (obligations / interdictions de prise en charge)

Prises en charge

Ticket Modérateur (TM) (sauf cures et médicaments SMR modéré / faible)



Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée



1 équipement optique tous les 2 ans pour les adultes de plus de 16 ans

(RO + RC mini : 50€ / maxi : 800€)

01/01/2020



Prothèses dentaires* et orthodontie

**(sur les actes maîtrisés et libres)*

01/01/2020



Équipements auditifs limités à 1700 € par oreille (RO+RC) tous les 4 ans

(accessoires et piles)

01/01/2021



Remboursement encadré des dépassements d'honoraires facturés par des médecins non signataires de l'OPTAM ou OPTAM-CO

Complémentaire santé solidaire

La contribution des organismes complémentaires

Ces dispositifs sont financés par la **taxe de solidarité additionnelle (TSA)**.



TSA

6,27 % des cotisations des contrats complémentaires santé

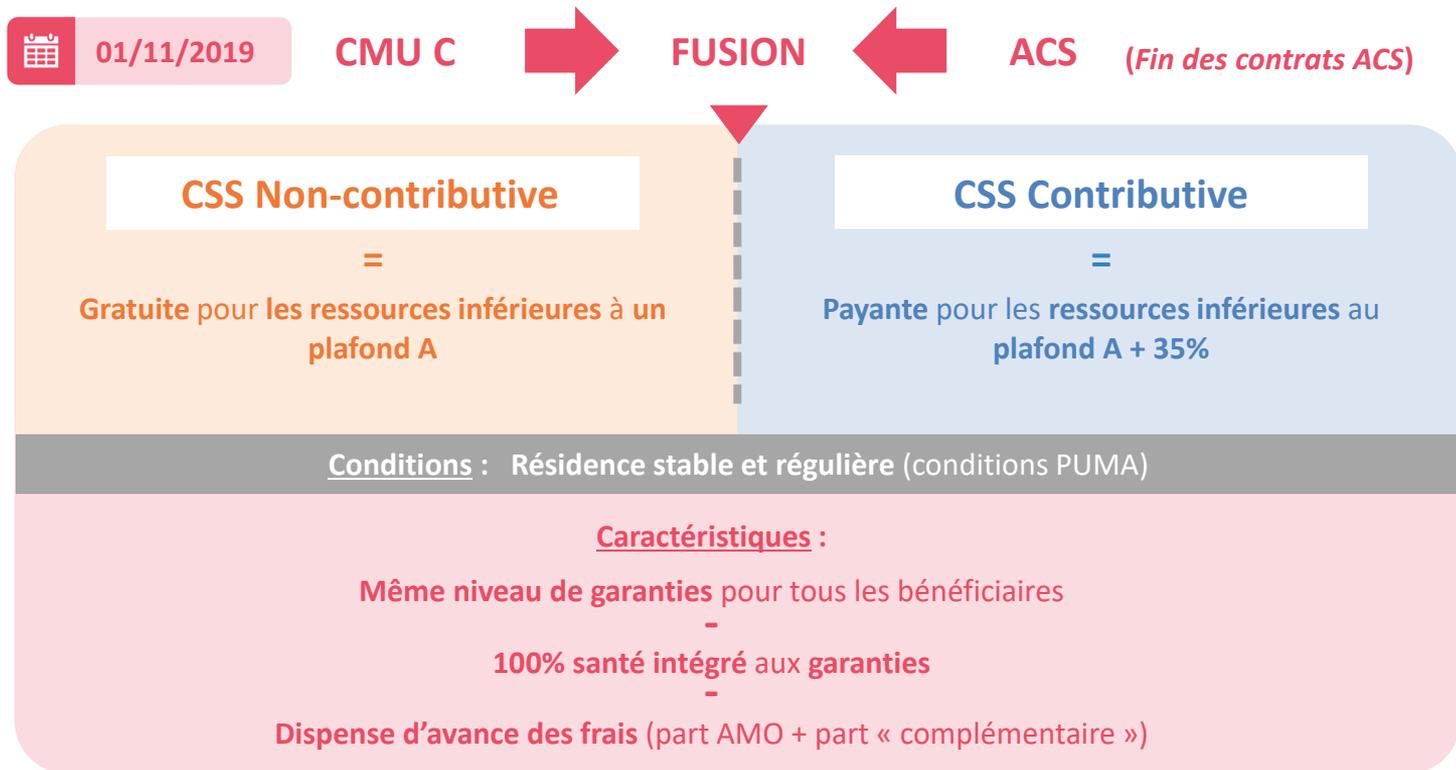


Les organismes complémentaires prélèvent la contribution sur les cotisations adhérents et la reversent au fonds de la complémentaire santé solidaire.



Complémentaire santé solidaire

« Fusion » des dispositifs CMU-c et ACS



Complémentaire santé solidaire

Financement

Pour le bénéficiaire avec une complémentaire santé solidaire « payante » :

- Participation financière **en fonction de l'âge : 30 €/mois maximum**
- En cas de non-paiement de la participation pendant une durée déterminée : suspension de la protection si pas de paiement dans un délai déterminé

Pour l'organisme gestionnaire (caisse AMO ou OC) :

- Modalités de notification et de recouvrement de la participation éventuelle
- Possibilité de se faire rembourser des participations financières non acquittées par les bénéficiaires
- **Remboursement à l'euro du montant des dépenses constatées**, et plus dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire géré (pour les OC)
- Participation financière non assujettie à la TSA (pour les OC)



Complémentaire santé solidaire

Quelques chiffres

En 2023

7,4 millions
de personnes couvertes

C2S gratuite
5,9 millions

C2S avec participation
1,5 million

2,9 Mds € de dépense nette

en progression de 1,8 %
par rapport à 2021

Dépense moyenne

428 € assurance maladie
592 € organismes complémentaires

Plafond de ressources au 1^{er} avril 2024

Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire sans participation financière	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire avec participation financière
1 personne	10 166 €	13 724 €
2 personnes	15 249 €	20 586 €
3 personnes	18 298 €	24 703 €
4 personnes	21 348 €	28 820 €
Au-delà de 4 personnes	+ 4 066 € par personne supplémentaire	+ 5 490 € par personne supplémentaire



42 % de bénéficiaires C2SG
ont moins de 20 ans



35 % de bénéficiaires C2SP
ont plus de 60 ans



Non recours :
Plus de 4 millions de personnes
potentiellement concernées

Loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013

GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

- Généraliser la complémentaire santé à l'ensemble des salariés du secteur privé au 1^{er} janvier 2016
- Mettre en place un socle de garanties minimales
- Garantir la prise en charge d'au moins 50% de la cotisation par l'employeur

AMÉLIORATION DE LA PORTABILITÉ

- Étendre la portabilité à toutes les entreprises du secteur privé
- Augmenter la durée de la portabilité
- Instaurer la gratuité de la portabilité pour les demandeurs d'emploi

SOCLE DE GARANTIES MINIMALES

- Ticket modérateur (sauf cures et médicaments SMR modéré / faible)
- Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée
- Prothèses dentaires / orthodontie remboursés à hauteur de 125% du tarif conventionnel
- Un équipement optique tous les 2 ans (mini : 100€)

Décret du 31 janvier 2019

ADAPTATION DES GARANTIES SOCLES ANI AU NOUVEAU CAHIER DES CHARGES DES « CONTRATS RESPONSABLES »

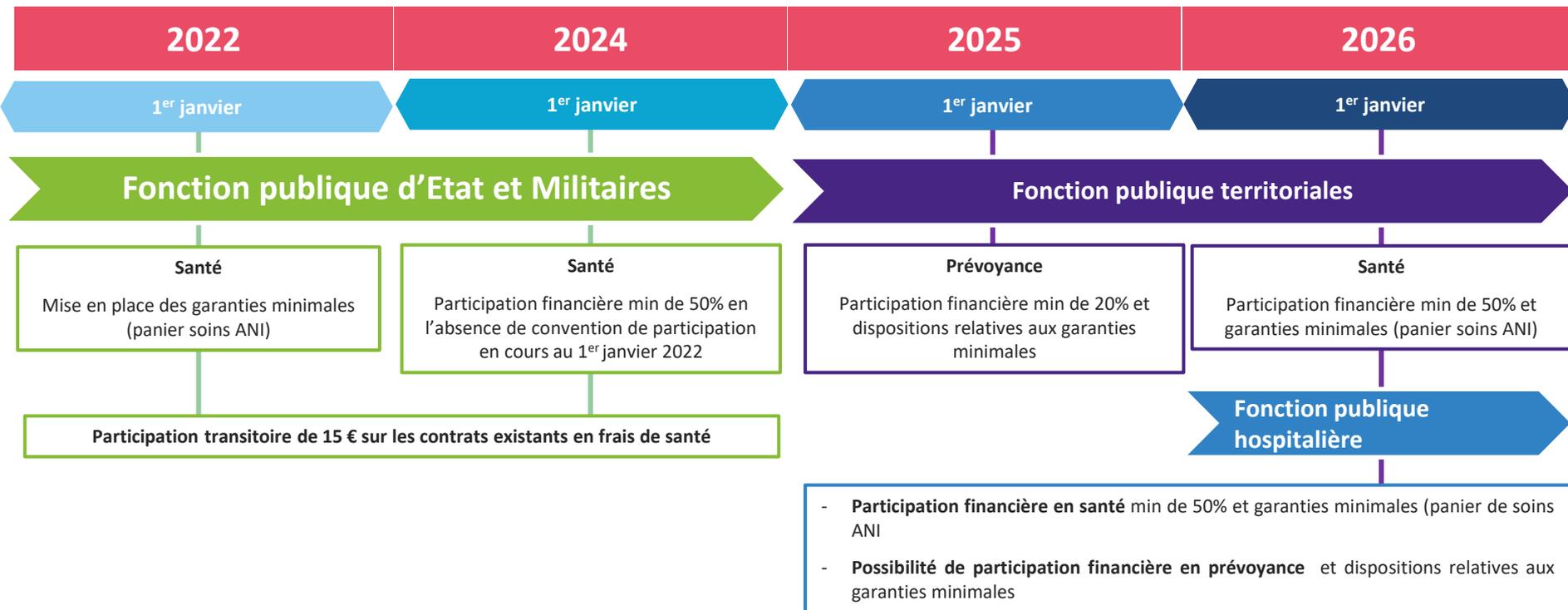
- Les garanties socles ANI interviennent en SUS des garanties contrats responsables
- Mise en cohérence des catégories et des corrections visuelles en optique avec le décret « contrats responsables »
- Minima spécifiques aux contrats de branches professionnelles

NOUVEAU SOCLE DE GARANTIES MINIMALES (uniquement en optique et dentaire)

- Prothèses dentaires (panier à tarifs maîtrisés et panier à tarifs libres) / orthodontie remboursés à hauteur de 125% du tarif conventionnel
- Un équipement optique tous les 2 ans (mini : 100€)

Une réforme en cours pour la Fonction publique

Calendrier de mise en place



Portabilité

Bénéficiaires



Salariés (y compris salariés multi-employeurs)

- **Couverts collectivement** par leur entreprise en santé et prévoyance ou l'une des entreprises qui l'emploi pour le salarié multi-employeurs. Les droits à remboursements complémentaires doivent être ouvert chez le dernier employeur.
- **En cas de rupture du contrat de travail non consécutive à une faute lourde**, et **ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage** (licenciement individuel ou collectif, rupture du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, rupture conventionnelle, et résiliation judiciaire, fin de CDD ou de contrat de mission, démission légitime ou pour reconversion professionnelle).



Ayants droit

- S'ils **bénéficiaient des garanties à la date de cessation du contrat de travail**.

* *Sont exclus : démission, licenciement pour faute lourde, bénéficiaire d'une pension d'invalidité s'ils ne sont pas pris en charge par le régime d'assurance chômage, retraités.*

Portabilité

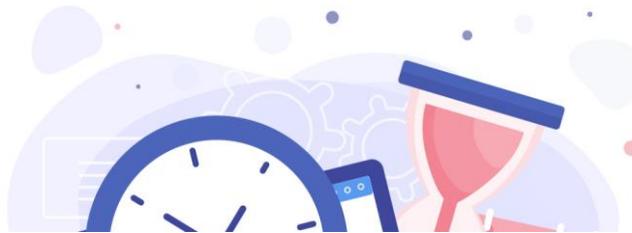
Durée et fin de la portabilité

La portabilité s'applique pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite :

- de la durée du dernier contrat de travail ou, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur
- cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur (si le salarié est présent moins d'un mois, il bénéficie d'1 mois de portabilité)
- **maximum 12 mois**

La portabilité s'interrompt :

- automatiquement à l'expiration de la période de portabilité
- lorsque l'ancien salarié ne bénéficie plus des conditions d'ouverture de droit à prise en charge par l'assurance chômage, notamment en cas de reprise d'une activité



Portabilité

Garanties maintenues



Ce sont les garanties santé et prévoyance en vigueur dans l'entreprise :

- En santé : régimes de bases et options sont maintenues. Pour les ayants droit maintien gratuit, sauf conditions particulières au contrat ou à l'acte juridique de mise en place du régime.
- Les modifications appliquées aux garanties en vigueur dans l'entreprise s'appliqueront également aux garanties des anciens salariés en portabilité y compris en cas de changement d'organisme complémentaire.

Coût de la portabilité

La portabilité repose sur un **financement par mutualisation** dans lequel le coût est réparti entre l'employeur et les salariés toujours en activité. Le maintien des garanties santé et prévoyance est donc « gratuit » pour l'ancien salarié qui bénéficie de la portabilité.

Le coût de ce dispositif étant intégré aux cotisations acquittées par les employeurs et les salariés toujours en activité dans l'entreprise, est susceptible de générer des hausses de tarif en raison d'une augmentation du nombre de bénéficiaires ou de la durée d'utilisation des droits.



Particularité en prévoyance :

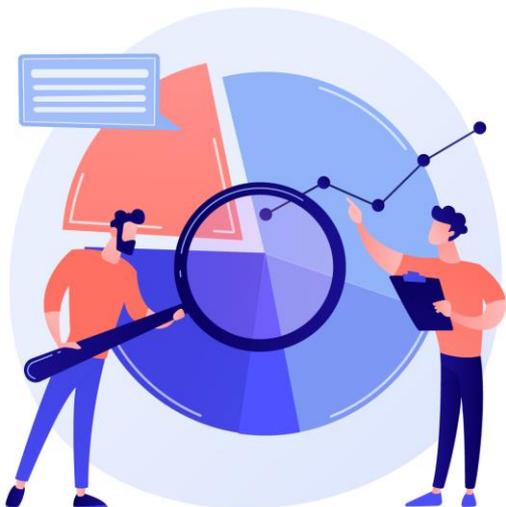
- En raison du caractère indemnitare de certaines garanties de prévoyance, lorsqu'elles ont pour objet de compenser la perte de rémunération de l'assuré, le montant des garanties en prévoyance peut être limité afin de ne pas conduire l'ancien salarié à s'enrichir en percevant des indemnités d'un montant supérieur aux allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.
- En cas de modifications apportées aux garanties en vigueur dans l'entreprise, celles-ci ne s'appliquent qu'aux nouveaux sinistres (arrêt maladie, invalidité, décès), les prestations déjà en cours de versement aux salariés bénéficiaires de la portabilité ne sont en général pas modifiées.

Article 4 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin »

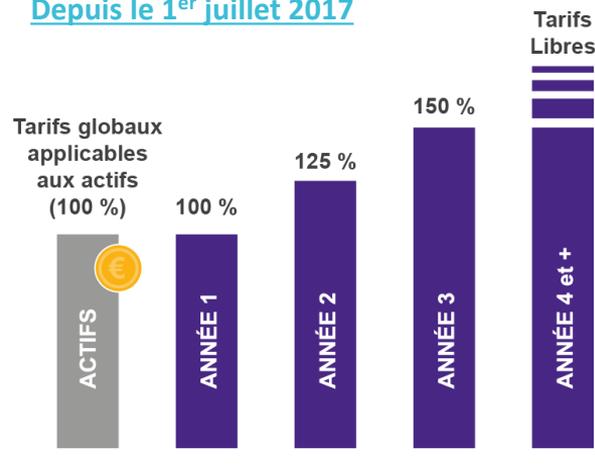
- Il impose aux entreprises et aux organismes assureurs de **maintenir selon un tarif encadré**, la couverture frais de santé (**couverture identique à celle dont bénéficiait le salarié lorsqu'il était actif** : *arrêt Azoulay 13 janvier 2009*) :
 - aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée.
 - aux personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès.
- Les tarifs applicables ne peuvent **pas être supérieurs à plus de 50% des tarifs globaux applicables aux salariés actifs** (*décret n° 90-769 du 30 août 1990*). La notion de tarif global applicable n'a pas été définie par le législateur.
- L'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) se réfère à l'interprétation faite par les organismes assureurs à savoir « *la moyenne de l'ensemble des tarifs appliqués aux salariés actifs de l'ensemble de l'entreprise, toutes situations confondues* » (*Acam rapport de 2006*).
- Ce dispositif est applicable sans condition de durée et sous réserve que les intéressés en aient fait la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficiaient de la portabilité des droits dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi.



Le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi Evin entrée en vigueur depuis le 1er juillet 2017 organise un plafonnement progressif des tarifs, échelonné sur trois ans à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion.



Depuis le 1^{er} juillet 2017



Inactifs :
Montant maximum des cotisations
(en % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs)

 : Participation de l'employeur

Actualités

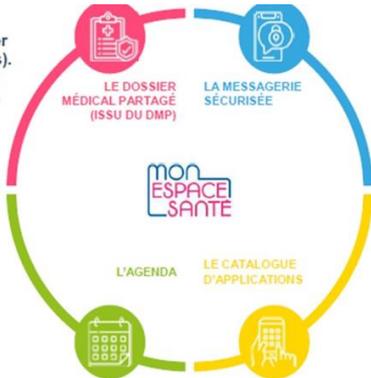


La e-santé

Mon espace santé

Début janvier 2022, un espace numérique de santé (ENS) dénommé « Mon Espace Santé » a été créé automatiquement pour tous les usagers du système de soins, sauf opposition de l'utilisateur ou de son représentant légal. Outil de prévention, de suivi et de coordination des soins et d'accès à des services numériques de santé, « Mon Espace Santé » est mis en œuvre sous la responsabilité conjointe du Ministre chargé de la Santé et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Consultation et alimentation du Dossier Médical (DMP enrichi de fonctionnalités). Le dossier médical alimenté par les usagers et les professionnels de santé en documents médicaux et consultable par les acteurs de santé autorisés.



Réception en toute sécurité des informations personnelles en provenance des PS assurant le suivi de l'utilisateur, via un service de messagerie de santé sécurisée.

Agrégation des rendez-vous médicaux passés et à venir. L'agenda permettra ainsi de recevoir des rappels personnalisés pour les vaccins et dépistages recommandés.

Accès à des applications utiles pour la santé, référencées par l'Etat, compatibles avec Mon espace santé et rassemblées dans un catalogue.

Illustration du catalogue de services pouvant prétendre au référencement

Août 2024 : 32 services et applications référencés



Bilan 2 ans après son lancement :

65,4 millions de Français disposent de leur espace, 11 millions d'utilisateurs l'ont activé et 2% d'opposition d'ouverture. 250 millions de documents médicaux déversés.

La e-santé

La e-prescription

En cours d'expérimentation depuis l'été 2019 (stratégie nationale de santé 2018-2022), la e-prescription permet de simplifier et de **sécuriser** le circuit de transmission de l'ordonnance depuis la prescription jusqu'à la dispensation par le pharmacien ou la réalisation de l'acte par le professionnel prescrit.

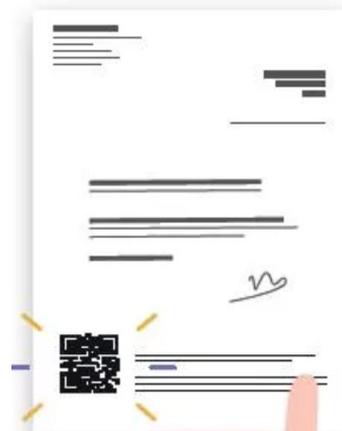
Elle favorise aussi la coordination des soins (partage des informations dans l'espace numérique de santé).

Le médecin :

- rédige la prescription à partir de son logiciel d'aide à la prescription (LAP) et elle est enregistrée dans la base e-prescription ;
- imprime l'ordonnance papier avec un QR code, la signe et la remet au patient ;
- enregistre l'ordonnance numérique dans le DMP du patient facilement, depuis son logiciel métier et le patient peut ainsi la retrouver dans son profil Mon espace santé.

En sortie de consultation :

- le patient présente l'ordonnance papier avec le QR code chez le prescrit de son choix ;
- si le prescrit est équipé, il lit la prescription présente dans la base de données directement via son logiciel à partir du QR code qu'il a scanné, exécute les actes et les enregistre dans la base.



La e-santé

L'appli carte-vitale



La carte Vitale sera accessible depuis le smartphone des assurés grâce à l'appli carte Vitale. Il s'agira d'une alternative dématérialisée de la carte Vitale physique, qui continue d'exister. Son déploiement géographique est progressif (actuellement dans 23 départements), elle devra être proposée à tous les assurés d'ici au 31 décembre 2025.

Tout comme la carte Vitale, l'appli carte Vitale permet au professionnel de santé d'accéder à tous les services de l'Assurance Maladie : la facturation SESAM-Vitale, les téléservices intégrés AMO à son logiciel, les téléservices disponibles sur amelipro, le DMP et le Dossier Pharmaceutique (DP) du patient.

Intégration de nouvelles données via l'appli : l'Identité Nationale de Santé (INS) et à terme les données de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC).

Possibilité à l'assuré de déléguer, pour un temps déterminé, l'usage de ses informations ou celles de ses bénéficiaires à une personne de confiance utilisant elle aussi l'appli carte Vitale.

Décret n° 2022-1719 du 28 décembre 2022 relatif aux moyens d'identification électronique inter régimes mentionnés aux articles L. 161-31 et L. 161-33 du code de la sécurité sociale

Le dossier pharmaceutique (DP)

Les nouvelles dispositions du décret

- ❑ Création automatique d'un DP sauf opposition du patient.
- ❑ Nature et durée de conservation des informations contenues dans le DP
- ❑ Affichage de la pharmacie dispensatrice
- ❑ Accès renforcé au DP pour les établissements de santé et les professionnels de santé
- ❑ Les biologistes médicaux (ville ou hôpital) disposeront d'un accès complet au DP.



Le Dossier Pharmaceutique (DP) a été créé afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments. Il permet ainsi de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse, de faciliter le lien ville-hôpital, d'améliorer le suivi sanitaire de la population, de mieux sécuriser et de fluidifier la chaîne du médicament, notamment en cas de ruptures.

Retour sur les mesures de la LFSS 2023

Les mesures mises en place

Stratégie nationale de santé sexuelle

Prise en charge à 100% et sans prescription par l'AMO :

- des frais d'acquisition, directement en pharmacie, de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence pour toutes les femmes ;
- du dépistage en laboratoire de biologie médicale de 4 infections sexuellement transmissibles (IST) : Chlamydia trachomatis, au gonocoque, la syphilis et l'hépatite B, pour les moins de 26 ans (prise en charge à 60% pour les plus de 26 ans).

Vaccination

Elargissement du nombre de professionnels de santé à prescrire et à administrer certains vaccins : pharmaciens, infirmiers et sages-femmes.

Transports sanitaires

Prise en charge à 100% par l'AMO des transports urgents préhospitaliers. Diminution du taux de prise en charge par l'AMO des transports programmés (de 65 à 55%).

Analyses médicales

Laboratoires d'analyses médicales : régulation des dépenses et baisse tarifaire.

Complémentaire santé solidaire

Attribution automatique de la CSS gratuite aux enfants de moins de 25 ans vivant sous le même toit que les bénéficiaires du RSA et présomption de droits aux éventuels conjoints, concubins ou partenaires des bénéficiaires de l'ASPA.



JO du 27/12/2023

Prévention

Bilan de prévention aux 4 âges clés, professionnels de santé concernés : médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens. Prise en charge intégrale par l'AMO.

Stratégie nationale de santé sexuelle

Pour les moins de 26 ans : prise en charge à 100%, en tiers payant et sans prescription par l'AMO, des frais liés à l'achat de préservatifs internes et externes en pharmacie.

Vaccination

Campagne de vaccination HPV dans les collèges (élèves de 5^e). Prise en charge intégrale par l'AMO.

Téléconsultation

Les arrêts de travail prescrits ou renouvelés en téléconsultation sont limités à 3 jours (sauf exception).

Obligation de communication orale en vidéo-transmission ou téléphonique entre le prescripteur et le patient pour permettre le remboursement de la prescription.

Indemnités journalières

Le délai de carence de 3 jours pour obtenir l'indemnité journalière de Sécurité sociale ne s'applique pas lorsque l'arrêt maladie est causé par une interruption médicalisée de grossesse (IMG).



JO du 27/12/2023

Précarité

Remboursement des protections périodiques réutilisables, délivrés en pharmacie, pour toutes les femmes de moins de 26 ans. Taux de prise en charge par le régime obligatoire 60% et 40% par le régime complémentaire (contrat responsable).

Santé mentale

Les professionnels de santé des établissements scolaires auront la possibilité d'adresser des élèves vers le dispositif 'Mon soutien psy ».

Expérimentation

À titre expérimental et pour une durée de 2 ans, l'Etat peut autoriser le financement de la mise en place, par certaines agences régionales de santé, d'un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes traitées pour un cancer et en affection de longue durée (ALD). Le parcours pourra notamment comprendre un ou plusieurs bilans de condition physique ainsi que de séances d'activité physique adaptée (APA).

Complémentaire santé solidaire

Faciliter son accès pour les allocataires de minima sociaux. Attribution simplifiée par la présomption de droits à la CSS avec participation financière pour les bénéficiaires de : ASI : 1er juillet 2024 / AAH : 1er juillet 2025 / ASS et CEJ : 1er juillet 2026.

- Travaux sur les **arrêts de travail** : réflexions pour **allonger le délai de carence**.
La cour des comptes propose l'auto déclaration des arrêts de travail de courte durée pour libérer du temps au médecin.
- Réflexion sur l'instauration d'une **franchise sur les dispositifs médicaux**.
- Projet de réforme des **ALD** : liste, durée d'attribution, utilisation de l'ordonnance bizonne ?
- Mise en place d'une Complémentaire Santé Solidaire à moindre coût pour les seniors ?
- Remboursement de certains frais de santé **en fonction des revenus** ? (bouclier sanitaire)
- Lutte contre la fraude

PLFSS

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE



Comité de Dialogue avec les Organismes Complémentaires (CDOC)

Dans le contexte de transformation profonde du système de santé et en lien avec le chantier soutenabilité financière du CNR Santé, ce comité a vocation à traiter des sujets d'intérêt commun entre l'État, l'Assurance maladie et les organismes complémentaires, pour mieux répondre aux besoins de santé des assurés, sans se substituer aux instances et lieux de concertation existants ou à créer avec les autres acteurs du système de santé.

L'enjeu est notamment de mieux répondre aux attentes de nos concitoyens, d'améliorer la complémentarité entre l'AMO et l'AMC, de participer à l'amélioration de l'accès aux soins des Français.

Composition :



Ce comité (installé depuis le 13/10/2022) se réunira deux fois par an en séance plénière sous la présidence du ministre de la Santé et de la Prévention et de la ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé.

Ses travaux seront nourris par des groupes de travail techniques entre l'État, l'Assurance maladie et les fédérations des organismes complémentaires (avec la participation de représentants des organismes complémentaires en tant que de besoin).

Comité de Dialogue avec les Organismes Complémentaires (CDOC)

Feuille de route

- ❑ **La complémentarité entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC)** pour le financement et la soutenabilité dans le temps du système de santé, la réponse aux besoins de santé des assurés et la meilleure coordination des interventions de chacun ;
- ❑ **Les modalités de déclinaison de l'ambition commune en matière d'accès aux droits**, dont la Complémentaire santé solidaire, **et du niveau de couverture AMO/AMC** afin que l'ensemble de la population, en particulier les ménages modestes, puisse accéder à une couverture santé, ainsi que les conditions d'approfondissement de la réforme du 100% Santé ;
- ❑ **La manière collective de porter l'ambition du virage préventif** et de mieux articuler les actions de l'État, de l'Assurance maladie et des complémentaires santé ;
- ❑ **Les conditions d'accès et de partage d'informations et de données de santé** nécessaires à la gestion du risque, au renforcement des actions de prévention, à l'optimisation des remboursements et à la connaissance des restes à charge ;
- ❑ **Les leviers partagés de renforcement de la lutte contre la fraude ;**
- ❑ **Les moyens de favoriser la généralisation d'un tiers payant** couvrant la part AMO et la part AMC ;
- ❑ **Les leviers pour renforcer l'efficacité de la gestion au bénéfice des assurés.**

L'assurance maladie transfère dès l'été 2023, 150 M€ de remboursements médicaux additionnels aux organismes complémentaires, puis 300 M€ en année pleine.

Lisibilité : 10 ans de discussions...



Echanges entre DSS et UNOCAM sur l'amélioration de la lisibilité des garanties

Harmonisation des libellés des grands postes de prestations, sous-rubriques et liste des exemples en euros (sur 10 de postes de remboursements)

Déclaration commune signée par les fédérations d'assurance (CTIP, FNMF, FFSA et GEMA) traduisant un engagement ferme des bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties



Ministère de l'Économie et des Finances demande à l'UNOCAM de présenter au CCSF les travaux complémentaires relatifs à la lisibilité des garanties

Les travaux visant une meilleure lisibilité des tableaux de garanties renforcent la réforme « 100% santé » ⁽¹⁾

Le CCSF souhaite que l'engagement professionnel des organismes complémentaires santé revêt un caractère contraignant ⁽¹⁾

(1) Avis CCSF du 19 juin 2018

Les fédérations d'assurance et l'UNOCAM ont signé le 14 février 2019 l'accord définitif d'engagement pour la lisibilité des garanties de complémentaire santé

Pour tous les contrats :

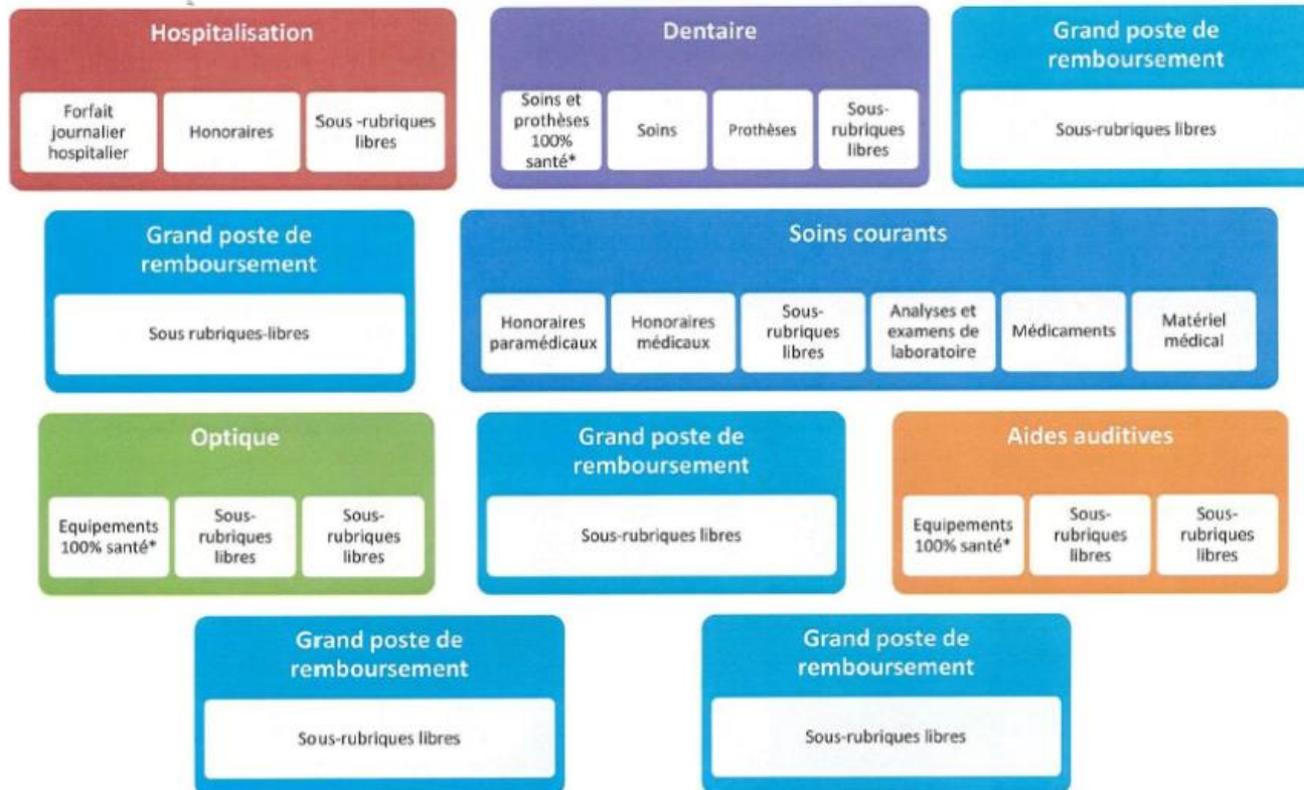
En 2019 : les exemples de remboursements étaient disponibles en dématérialisé uniquement pour les prospects et garanties hors 100% santé

Dans le cadre du 100% santé :

1er janvier 2020 : Mise en place de l'harmonisation des intitulés de garanties et des exemples de remboursements

Lisibilité des garanties

Harmonisation des principaux intitulés des garanties
obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2020 pour 100% santé



* Tels que définis réglementairement.

Lisibilité des garanties

Exemples de remboursements



- Pour les contrats complémentaires responsables standards, individuels et collectifs, consultables sur les sites Internet des organismes, le tableau d'exemples à utiliser est celui issu de l'avis du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) de mai 2021
- Pour les autres contrats (santé non standards, non responsables ou non mis en ligne), la liste à utiliser est celle issue de l'Engagement de 2019, ou le tableau du CCSF.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM.CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	Selon contrat	Selon contrat
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM.CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	Selon contrat	Selon contrat



Lisibilité des garanties

Exemple d'un tableau de garantie

PSE230

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2024 - TESAPSE230 généré le 02/11/2023

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		au titre de la part modérateur et dans la limite de	titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Consultations psychologiques (1)			100 €/An	100 €/An
Actes de sages-femmes	70 %	30 %		100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 %	45 %		100 %
<i>(1) Régime commun à 200€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologiques, l'automédication, la contraception et la prévention.</i>				
SOINS COURANTS-MÉDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Automédication : médicaments pouvant être présentés en accès direct en pharmacie (1)(2)			25 €/An	25 €/An
<i>SMR: Service Médical Rendu. (1) Régime commun à 200€ par an pour : les médecines complémentaires, les consultations psychologiques, l'automédication, la contraception et la prévention. (2) Selon liste ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé).</i>				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire			50 €/An	50 €/An
SOINS COURANTS-MATÉRIEL MÉDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 20 %	120 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			100 €/An	100 €/An
+ Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer			100 €/An	100 €/An
achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %			100 %
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			500 €/An	500 €/An
AIDES AUDITIVES				
Équipement 100 % Santé (3)(4)				100 % Santé
Équipement à tarif libre (3)(4)	60 %	40 %	+ 20 %	120 %
+ Forfait supplémentaire (3)(4)			200 €/Appareil	200 €/Appareil

[Unocam | L'Union Nationale des Complémentaires Santé](#)

UNOCAM : mieux comprendre son TG

[Découvrez ici l'exemple d'un tableau de garantie Harmonie Mutuelle](#)



Contact

Nicolas MOREL

Directeur Expertise Règlementaire

Direction Développement Collectif Groupe

nicolas.morel@groupe-vyv.fr

