

Pourquoi choisir une mutuelle ?

Entre mutuelle et assurance il y a une différence



6 raisons de choisir une vraie mutuelle

- 1 Pour leur expertise :** la santé et la prévoyance sont le cœur de métier des mutuelles.
- 2 Pour leur mode de gouvernance :** les mutuelles n'ont pas d'actionnaires ! Tous les adhérents ont vocation à participer à la vie de leur mutuelle. Les excédents sont utilisés au profit des adhérents.
- 3 Pour leurs actions de prévention** proposées sur l'ensemble du territoire, destinées à informer et prévenir les risques liés à la santé à tous les âges de la vie.
- 4 Pour leurs services de soins et d'accompagnement mutualistes** (centres de santé, centres dentaires, centres optiques, services petite enfance, ...) qui contribuent à favoriser l'accès aux soins pour tous. 51 services en Lorraine
- 5 Pour leurs services et prestations annexes :** réseaux de soins conventionnés avec les professionnels de santé pour limiter les restes à charge, généralisation du tiers payant pour éviter l'avance des frais, etc.
- 6 Pour leur présence sur l'ensemble du territoire** qui assure une proximité avec leurs adhérents.

Les acteurs de la complémentaire santé

Assureur

Institution de prévoyance

Mutuelle

Mutuelle

Société à but non lucratif dont 84% * en moyenne de l'activité concerne la santé. Une mutuelle est un groupement à vocation sociale et solidaire, régi par le code de la Mutualité. Au cœur de l'économie sociale et solidaire, elle est financée par les cotisations de ses adhérents qui participent à sa gestion.

Assureur

Société capitalistique à but commercial dont la santé ne concerne en moyenne que 5% * de l'activité. Elle est régie par le code des assurances et financée par des capitaux et fonds privés d'actionnaires qui participent à sa gestion.

Institution de prévoyance

Également à but non lucratif, une institution de prévoyance gère essentiellement des contrats santé et prévoyance en entreprise. 47% * en moyenne de son activité concerne la santé. Sa gestion est paritaire et elle est régie par le code de la Sécurité sociale.

* Source : « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », Rapport 2015 Drees

Lexique



- Base de remboursement**
 - > **Base de remboursement (BR)**
Tarif servant de référence à l'assurance maladie pour déterminer le montant de son remboursement.
 - > **Taux de remboursement**
Taux appliqué par l'assurance maladie sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement en fonction du statut de l'assuré et du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (70 % pour les actes médicaux, 60 % pour les actes paramédicaux, 65 % pour l'appareillage, 15 % à 100% pour les médicaments...).
- Ticket modérateur (TM)**
Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie.
- Reste à charge**
Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie. Il est constitué :
 - > du ticket modérateur,
 - > de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
 - > de l'éventuel dépassement d'honoraires.La complémentaire santé couvre tout ou partie du reste à charge.
- Participation forfaitaire d'un euro**
Laisser à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Non remboursée par les complémentaires santé « responsables ».
- Tiers payant**
Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais.
- Secteur 1 ou 2 - dépassements d'honoraires**
Les tarifs pratiqués par les médecins et la base de remboursement de l'assurance maladie varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2). Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent être pris en charge par la complémentaire santé.

Dans le cadre de votre parcours d'information :

- consultez les articles détaillés sur vos droits et démarches sur www.prioritesantemutualiste.fr
- bénéficiez d'un accompagnement personnalisé en appelant le :

3935

Service gratuit + prix appel

Service réservé aux adhérents mutualistes



LORRAINE

15, rue Sainte Catherine - 54000 NANCY
Tel : 03.83.20.43.84 - Fax : 03.83.30.91.25
www.lorraine.mutualite.fr



Complémentaire santé
Dépenses de santé
Mutuelle
Assurance maladie
Prise en charge

CMU-C

ACS



Ma couverture santé comment ça marche ?

L'assurance maladie qu'est-ce que c'est ?



L'assurance maladie est l'une des grandes composantes de la Sécurité sociale, dont le rôle principal est de protéger les individus contre l'ensemble des risques de la vie.

- > **le régime général** : couverture solidaire et universelle de 4 personnes sur 5.
- > **le régime agricole (MSA)** : pour les exploitants et salariés agricoles.
- > **le régime social des indépendants (RSI)** : pour les artisans, commerçants, industriels et professions libérales.
- > **les régimes spéciaux** : exemple : SNCF, Banque de France, RATP, EDF-GDF, Assemblée nationale, Sénat, Alsace Moselle, etc.

Comment adhère-t-on ?

L'affiliation à l'assurance maladie est automatique, sous conditions de lieu de résidence et de secteur d'activité. Le statut professionnel définit le régime d'affiliation de base qui se fait automatiquement par le biais de l'employeur.

Une complémentaire santé à quoi ça sert ?

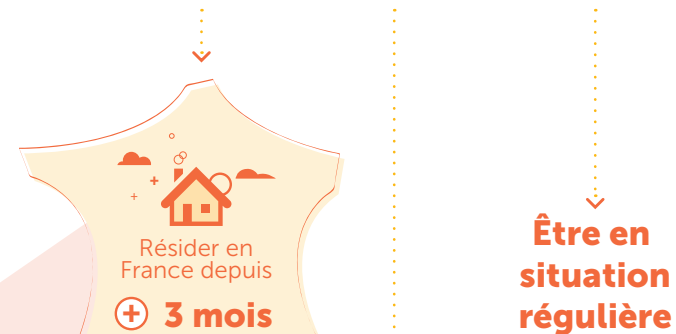
L'assurance maladie ne prend pas en charge toutes vos dépenses de santé. Votre complémentaire santé vous rembourse tout ou partie des dépenses qui restent à votre charge.

- > **Si vous êtes salarié dans le privé**, votre entreprise doit vous proposer une complémentaire santé et en financer au moins la moitié. Cette complémentaire santé obligatoire doit respecter un « panier de soins » minimum pour tous les salariés.
- > **Si vous êtes travailleur non salarié, sans emploi, étudiant, retraité,...** vous pouvez cotiser à une complémentaire santé à titre individuel. Choisissez le niveau de couverture qui vous convient en fonction de vos besoins, des garanties et services proposés. Renseignez-vous auprès des organismes complémentaires pour savoir si vous pouvez bénéficier des dispositifs d'aides à la prise en charge des dépenses de santé (CMU-C ou ACS).

Les aides à la complémentaire santé

> Il en existe 2 principales * : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS)

Quelles sont les conditions pour bénéficier de la CMU-C et l'ACS ?



Avoir des revenus mensuels

CMU-C	≤ 721 €	≤ 1 082 €
ACS	≤ 973 €	≤ 1 460 €
CMU-C	≤ 1 298 €	≤ 1 514 €
ACS	≤ 1 752 €	≤ 2 044 €**

*Tarifs applicables au 1^{er} avril 2016
**au-delà de 4 personnes et pour les DOM voir ameli.fr

Pour bénéficier de la CMU-C
www.cmu.fr

Les droits liés à la CMU-C et à l'ACS

- **Prise en charge des soins à 100 % sans avance de frais**
(dans la limite des tarifs de remboursement de l'assurance maladie, des garanties CMU-C/ACS et dans le cadre du parcours de soins coordonné, hors exigences particulières comme une visite en dehors des heures habituelles de consultation, visite à domicile, etc.)
- **Tarifs sans dépassements d'honoraires** quel que soit le médecin choisi
(sauf exigences particulières)
- **Exonération de la participation forfaitaire et des franchises**
- **Accès à des tarifs réduits** sur les factures de gaz ou d'électricité

La CMU-C comment ça marche ?

La CMU-C est une protection complémentaire santé gratuite qui permet de ne pas avoir d'avance de frais de santé à faire. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Pour la demander, vous devez constituer un dossier (formulaire et justificatifs). Une fois attribuée, la CMU-C est accordée pour un an. Le renouvellement doit être demandé chaque année, au moins deux mois avant la date d'échéance.

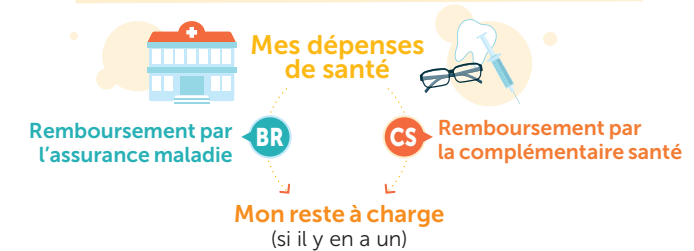
L'ACS comment ça marche ?

L'ACS est une aide pour payer votre complémentaire santé dont le montant est variable selon l'âge et le nombre de personnes qui composent le foyer. L'aide est reçue sous la forme d'un « chèque santé » à remettre à l'organisme de complémentaire santé choisi au sein de la liste disponible sur info-acs.fr.



Pour bénéficier de l'ACS
www.info-acs.fr

Comprendre mes remboursements santé



Remboursement assurance maladie

La base de remboursement BR est le tarif servant de référence à l'assurance maladie pour déterminer le montant du remboursement. L'assurance maladie ne rembourse qu'un pourcentage de la BR.

Médecin généraliste	BR 23 €	% 70 %
Médecin spécialiste	BR 28 €	% 70 %
Couronne dentaire	BR 107,50 €	% 70 %
Paire de lunettes avec verres simples	BR 7,42 €	% 60 %

BR BR fixé par l'assurance maladie dans le cadre du parcours de soin en secteur 1

% Taux de prise en charge par l'assurance maladie

Remboursement complémentaire santé (exemples)

Médecin généraliste	BR 23 €	Je paye 23 €	% 70 % de la BR = 15,10 €*	CS 30 % de la BR = 6,90 €	MON RESTE À CHARGE 7,90 €
Optique	BR 7,42 €**	Je paye 175 €	% 60 % de la BR = 4,45 €*	CS 40 % de la BR + 150 € forfait = 157,97 €	MON RESTE À CHARGE 170,55 €

*- 1€ de participation forfaitaire
**Pour info, base de remboursement pour 1 paire de lunettes pour les + de 18 ans : Monture 2,84 € - Verre = 2,29 € x2

BR BR fixé par l'assurance maladie dans le cadre du parcours de soin en secteur 1

% Taux de prise en charge par l'assurance maladie

CS Prise en charge par la complémentaire santé