

ABC des remboursements de santé

Trouver ici les notions clés pour comprendre les garanties de la MESE et la structuration des remboursements auxquels vous aurez droit.

Les remboursements de la MESE interviennent **en complément** de ceux effectués par la Sécurité Sociale Française.

Aussi à l'exception de quelques prestations non prise en charge par la sécurité sociale mais prévues dans nos garanties MESE (certaines médecines douces, implantologie dentaire, etc.), la MESE n'interviendra **qu'après remboursement effectif de la Sécurité Sociale**.

De même, si vous avez une autre complémentaire santé en plus de la MESE, les remboursements seront plafonnés aux garanties respectives et en tout état de cause au montant de la dépense réellement engagée. Si la MESE intervient après cette autre mutuelle, la MESE **n'interviendra que sur présentation du décompte de remboursement effectuée par cette dernière**.

Au-delà des différences liées aux garanties souscrites par le salarié, les remboursements peuvent aussi varier en fonction du respect ou non du parcours de santé coordonnés et de la signature ou non par le professionnel d'un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées.



ABC POUR COMPRENDRE LE BAREME DE GARANTIES



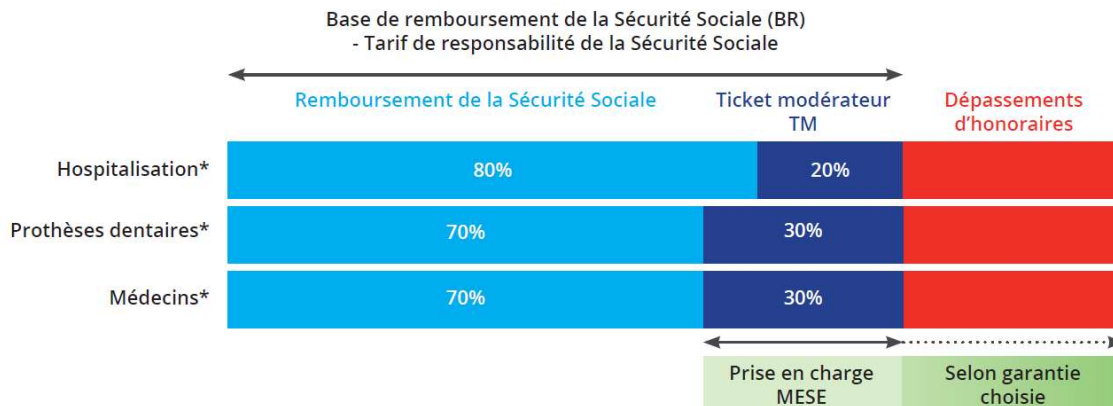
BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire (la Sécurité Sociale) pour déterminer le montant de son remboursement.

TICKET MODÉRATEUR : C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...) ou selon que l'adhérent est

atteint d'une affection longue durée. Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

RESTE A CHARGE : Part des dépenses de santé qui reste à charge de l'adhérent après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Il est constitué du ticket modérateur, de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire, de l'éventuel dépassement d'honoraires. L'assurance maladie complémentaire couvre tout ou partie du reste à charge.

STRUCTURATION DES REMBOURSEMENTS



* Cas général

FRAIS REELS (FR) : certaines garanties prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'adhérent est remboursée.

CONTRAT RESPONSABLE : C'est un contrat qui prévoit des planchers et des plafonds de prise en charge et encourage le patient à respecter le parcours de soins. Depuis le 1er janvier 2016, le contrat collectif obligatoire se doit d'être responsable. A défaut, l'entreprise encourt des pénalités financières.

CONVENTIONNE / NON CONVENTIONNE AVEC L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE : Situation des professionnels de santé et des structures au regard de l'assurance maladie obligatoire. Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Il existe 3 secteurs différents.

- **Les médecins en secteur 1** s'engagent à respecter les tarifs fixés dans la convention médicale. Il s'agit de tarifs servent de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie. Ceci signifie que si la garantie MESE indique une prise en charge supérieur ou égale à 100% de la BR, vous n'aurez pas de reste à charge*.



Dans le secteur 1, les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés, sauf cas exceptionnels (exigence de temps ou de lieu du patient).

Exemple : Le médecin généraliste de secteur 1 demandera 25€ pour sa consultation. La Sécurité Sociale versera 16,50€ (70% de la base de remboursement de 25€ – 1€ de participation forfaitaire). La MESE remboursera le ticket modérateur c'est-à-dire 7,50€. Donc reste à charge 1€.

**Sous réserve de respecter le parcours de soins*

- **Les médecins en secteur 2** (dit « conventionné à honoraires libres ») peuvent fixer librement le tarif de leurs consultations, dans des limites modérées. Le patient sera remboursé par l'assurance maladie obligatoire sur la base des tarifs applicables aux médecins de secteur 1. Ceci signifie que si la garantie

MESE indique une prise en charge supérieure à 100% de la BR, une partie des dépassements d'honoraires sera prise en charge*. Si la garantie MESE indique 100% des FR, vous n'aurez pas de reste à charge*.

Exemple : Le médecin généraliste de secteur 2 peut demander 45€ pour sa consultation. La Sécurité Sociale versera 15,10€ (70% de la base de remboursement ramené à 23€ – 1€ de participation forfaitaire). La MESE remboursera le ticket modérateur c'est-à-dire 6,90€ et, selon la garantie choisie, une partie des dépassements d'honoraires.

Certains médecins en secteur 2 sont, de plus, **signataire d'un Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (DPTM)**. Il s'agit des OPTAM et OPTAM-CO. Dans ce cas, la prise en charge est améliorée.

Exemple : Le médecin généraliste de secteur 2 consulté est signataire DPTM, la Sécurité Sociale versera 16,50€ (70% de la base de remboursement de 25€– 1€ de participation forfaitaire). La MESE remboursera le ticket modérateur c'est-à-dire 7,50€ et, selon la garantie choisie, une partie des dépassements d'honoraires.

**Sous réserve de respecter le parcours de soins*

- **Les médecins en secteur 3** sont dits « en dehors du système conventionnel ». Ils fixent librement leurs tarifs. La prise en charge par l'assurance maladie obligatoire sera limitée (0,61 € pour une consultation de médecine générale, 1,22 € pour une consultation chez un spécialiste).

Exemple : Le médecin généraliste de secteur 3 peut demander 50€ pour sa consultation. La Sécurité Sociale versera 0,61€ (tarif d'autorité). La MESE remboursera, selon la garantie choisie, de 0€ à 2,44€.

Vous pouvez vous renseigner sur la sectorisation de votre professionnel de santé directement le site Ameli (<http://annuaire.sante.ameli.fr/>).

