

Assurance santé du travailleur non salarié

1	Que couvre la complémentaire santé TNS ?	1
2	Comment fonctionnent les remboursements ?.....	2
3	Comment lire une grille de garantie ?.....	4
4	Qu'est-ce que la télétransmission ?	6
5	Qu'est-ce que le tiers payant ?.....	7
6	Le contrat « responsable »	7
7	La réforme 100% santé	9
8	L'OPTAM en bref.....	10
9	La surcomplémentaire.....	11
10	Une bonne couverture santé, c'est quoi ? Nos conseils.....	12

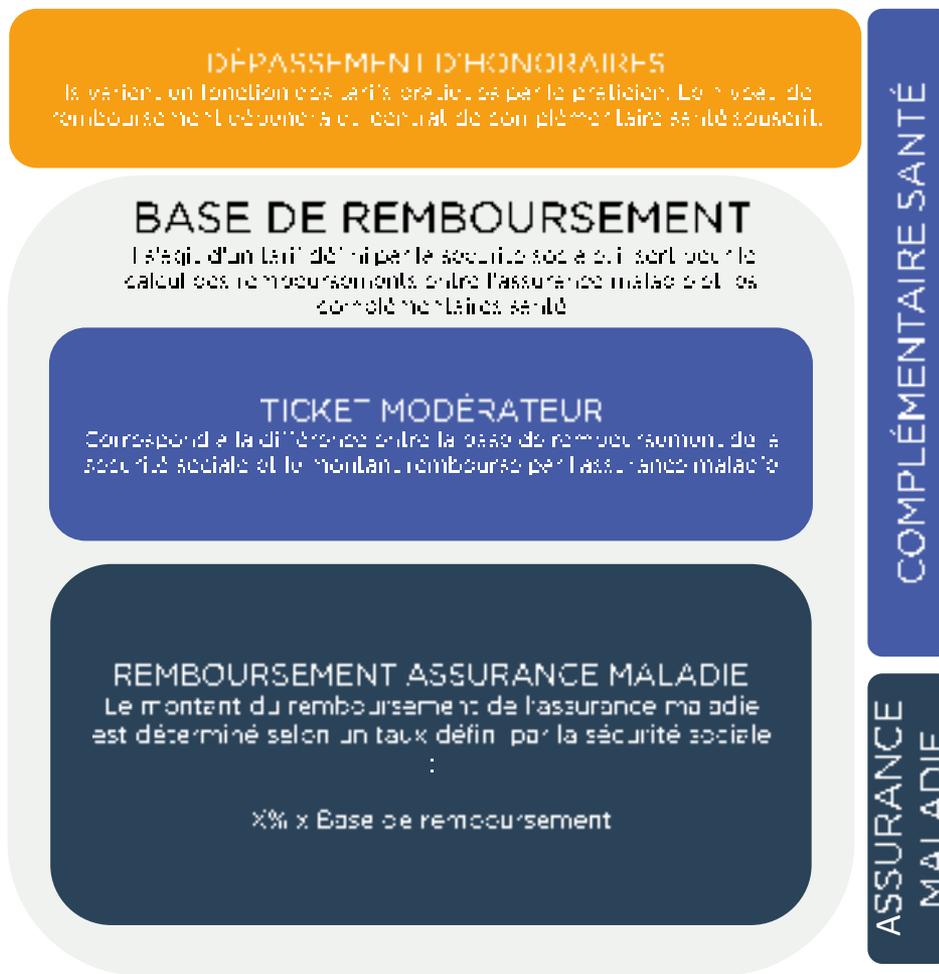
La complémentaire santé complète les remboursements du régime obligatoire souvent insuffisants.

Le contrat de santé TNS couvrira les mêmes garanties qu'un contrat de complémentaire santé classique à savoir :

- Les **frais d'hospitalisation**: honoraires, frais de séjour, chambre particulière,...
- Les **soins de ville** : médecins généralistes, médecins spécialistes, kinésithérapeutes,...
- La **pharmacie**
- L'**optique** : monture, verres, lentilles, chirurgie réfractive des yeux,...
- Le **dentaire** : soins, prothèses, orthodontie, implants,...
- En fonction des contrats, **certaines soins non pris en charge par la Sécurité Sociale** (médecines douces, contraception...)

2

COMMENT FONCTIONNENT LES REMBOURSEMENTS ?



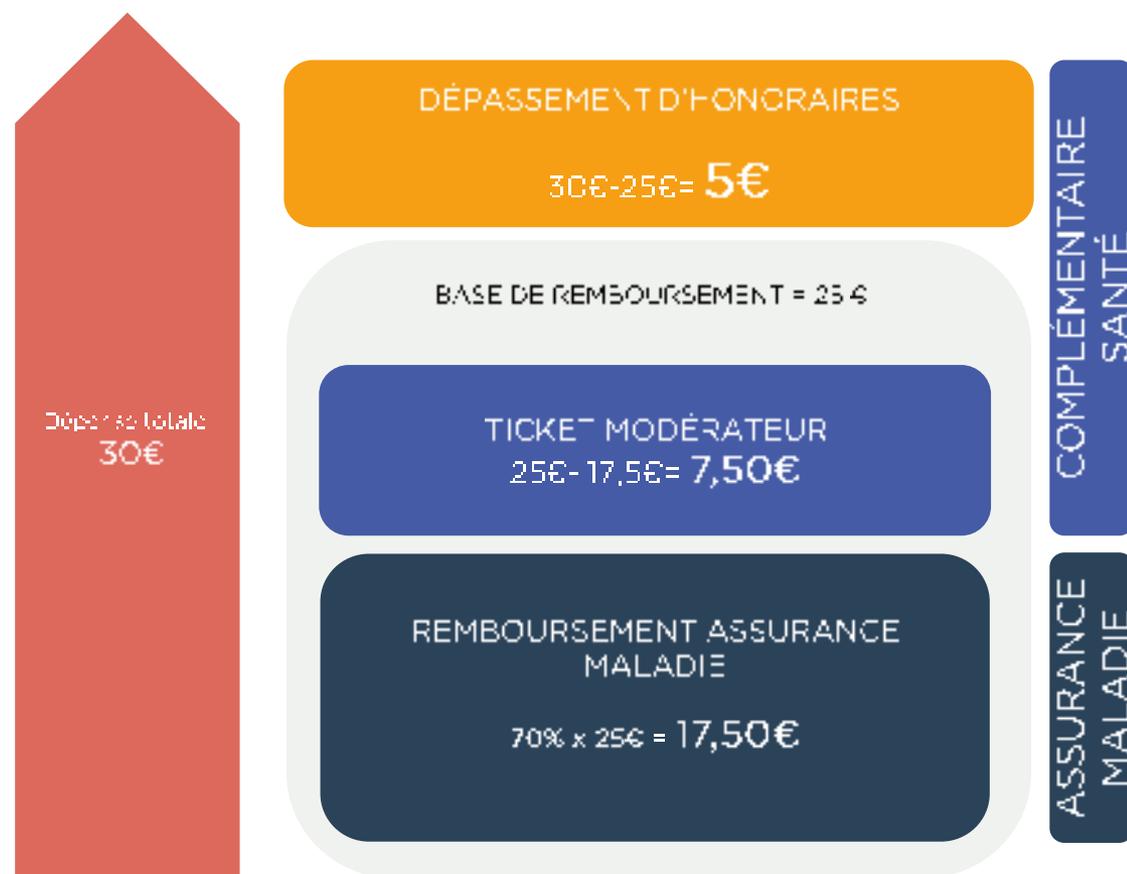
Que prend en charge la complémentaire santé ?

La complémentaire santé prendra en charge au minimum le **ticket modérateur** et, selon le niveau de remboursement fixé par le contrat, elle prendra en partie ou en totalité les **dépassements d'honoraires**.

A noter : dans le cadre de la responsabilisation des assurés et des dépenses de santé, une participation forfaitaire reste à votre charge. Elle varie de 0,50€ pour les boîtes de médicaments à 1€ sur les consultations.

EXEMPLE : CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE

Montant total de la facture :	30€
Remboursement assurance maladie :	17,50€ - 1€ (participation forfaitaire) = 16,50€
Remboursement mutuelle :	7,50€ + 5€ = 12,50€



3

COMMENT LIRE UNE GRILLE DE GARANTIE ?

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ

Forfait journalier hospitalier et actes lourds (sans limitation de durée)
 Frais de séjour en milieu conventionné
 Honoraires en milieu conventionné (médecin DPTAM)
 Honoraires en milieu conventionné (médecin non DPTAM)
 Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné
 Chambre particulière
 Frais de location de TV (1)
 Lit d'accompagnement pour les moins de 18 ans
 Frais de transport

HOSPITALISATION EN ETABLISSEMENT SPECIALISE (2)

Frais de séjour en milieu conventionné
 Forfait hospitalier (sans limitation de durée)
 Chambre particulière

	ECO	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7
Frais réels							
Frais réels							
125%	200%	300%	400%	500%	600%	700%	
100%	150%	200%	200%	200%	200%	200%	200%
100%	150%	200%	200%	200%	200%	200%	200%
30€/J	50€/J	70€/J	100€/J	120€/J	140€/J	160€/J	
OUI							
-	10€/J	10€/J	15€/J	25€/J	30€/J	40€/J	
100%	125%	150%	175%	200%	200%	250%	
100% BR							
Frais réels							
-	-	-	30€/J/30J	40€/J/45J	50€/J/60J	60€/J/60J	

(1) Les frais de location de TV sont pris en charge dans le cadre des hospitalisations médicales et chirurgicales supérieures à 1 jour, dans la limite de 5€ par jour et 15€ par an. Ils sont exclus dans le cadre de la maternité et des hospitalisations en établissements spécialisés.

(2) HOSPITALISATION EN ETABLISSEMENT SPECIALISE : rentrent dans cette catégorie les hospitalisations autres que médicales, chirurgicales et maternité, notamment dans des établissements spécialisés en soins de suite et réadaptation, psychiatrie et neuropsychiatrie, à l'exception des disciplines exclues (voir CG SANTE TNS 09/2019). La chambre particulière est exclue en psychiatrie et neuro psychiatrie.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux (3) (médecin DPTAM)
 Honoraires médicaux (3) (médecin non DPTAM)
 Honoraires paramédicaux (infirmiers, kiné, podologues...)
 Analyses et examens de laboratoire
 Matériel médical (4)
 Médicaments et vaccins pris en charge par l'Assurance Maladie

	ECO	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7
125%	150%	175%	225%	250%	300%	400%	
100%	125%	150%	200%	200%	200%	200%	200%
100%	125%	150%	175%	200%	300%	400%	
100%	125%	150%	175%	200%	300%	400%	
100%	125%	150%	175%	200%	300%	400%	
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(3) Il s'agit des honoraires dus dans le cadre de consultations médicales (généralistes et spécialistes), actes techniques et d'imagerie. Les consultations en neurologie, psychiatrie et neuropsychiatrie sont prises en charge dans la limite de 100% de la BR.

(4) Appareillage et prothèses (hors prothèses dentaires, auditives et accessoires optique)

3

COMMENT LIRE UNE GRILLE DE GARANTIE ?

Les garanties sont exprimées soit en €, en % du TBRAM, ou % du PMSS :

En € : correspond à un forfait, la plupart du temps par an et par bénéficiaire (à vérifier sur la grille de garantie)

% du TBRAM : exprime un % en fonction du Tarif de Base de Remboursement de l'Assurance Maladie. C'est un tarif de convention fixé par la Sécurité Sociale qui servira de base pour le remboursement des soins médicaux. Un tarif est défini pour chaque acte médical. Dans les grilles de garanties il est aussi souvent exonimé comme % BR (Base de Remboursement) ou %RO (Régime Obligatoire).

Exemple :

Soins	Base de remboursement	Taux de remboursement	Remboursement Assurance Maladie*
Consultation spécialiste	25€	70%	16,50€
Lentilles	39,48€/œil	60%	23,69€
Détartrage	29,92€	70%	20,24€

* Les remboursements tiennent compte de l'éventuelle participation forfaitaire de 1€.

% du PMSS : Exprime un % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale dont le montant évolue chaque année (PMSS 2018= 5.511€)

Exemple :

La garantie « Chambre particulière » est exonimée comme ceci : 4% du PMSS/jour.
Ce qui équivaut donc à 4% x 5.511€ = 152,44€/jour

Les garanties s'entendent **sous déduction** du remboursement par l'Assurance Maladie :

Cela veut dire que les prestations de la Sécurité Sociale sont incluses dans le remboursement. Il peut arriver que certaines garanties soient prévues « en complément » du remboursement de l'Assurance Maladie. Dans ce cas, ce doit être précisé. Généralement, les garanties en % du TBRAM incluent le remboursement par l'AM, tandis que les garanties sous forme de forfait sont versées en complément.

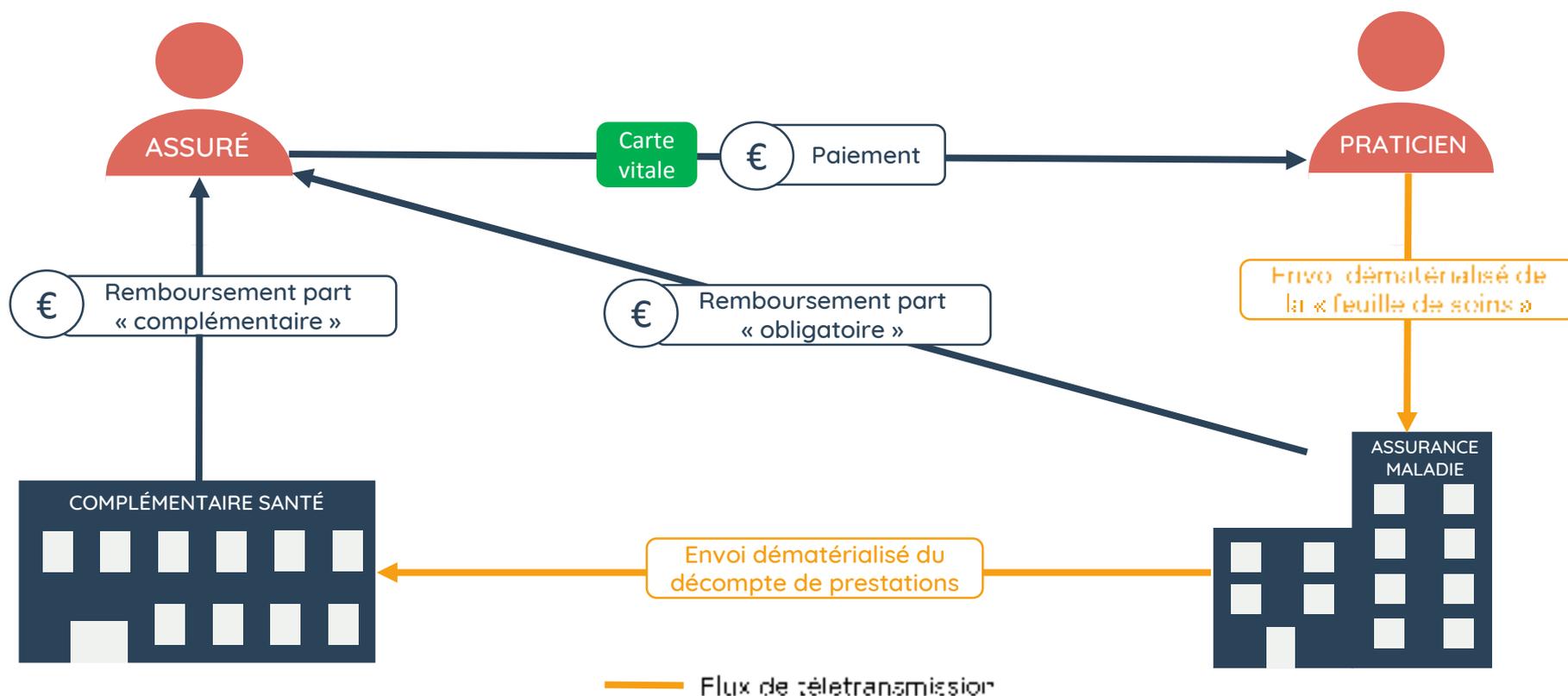
4

QU'EST-CE QUE LA TÉLÉTRANSMISSION ?

La télétransmission est un échange de données informatisé entre les différents organismes qui interviennent au moment d'un acte de soin :

D'accord entre le praticien et l'Assurance Maladie : vous remettez votre Carte vitale et les données sont transmises automatiquement à l'Assurance Maladie qui rembourse la part « obligatoire »
Puis, l'Assurance Maladie transmet les données à votre complémentaire santé qui rembourse la part « complémentaire » en fonction de votre niveau de garantie

Ce système est appelé « NOËMIF ».



Remboursement des frais de soins plus rapide

Depuis 2016, dans le cadre de la responsabilisation des dépenses de santé et de la limitation des dépassements d'honoraires par les praticiens, les complémentaires santé sont devenues « responsables ».

« Responsable », c'est quoi ?

Cela veut dire que dorénavant, les mutuelles ont l'obligation de respecter certaines dispositions :

- **Honoraires des médecins non adhérents à l'OPIAM*** remboursés à hauteur de 200% du TBRAM maximum (avec un plafond de remboursement minoré de 20% par rapport au plafond de remboursement pour les médecins adhérents à l'OPIAM)
- **Optique :**
 - Un équipement complet comprenant 1 monture= 2 verres par période de 2 ans
 - Période ramenée à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement, justifié par une évolution de la vue
 - Monture remboursée dans la limite de 100€
 - Minimums et plafonds imposés selon la dioptrie et selon qu'il s'agit de verres simples, multifocaux ou progressifs
- **Consultation et actes médicaux :** prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur (sauf pour certains médicaments, l'homéopathie, les cures thermales)
- **Forfait journalier hospitalier :** prise en charge intégrale sans limitation de durée

Avantage :

- **Cadre fiscal avantageux de la loi Madelin :** les cotisations pourront être prélevées sur le compte professionnel. Elles seront par la suite déductibles du revenu imposable dans la limite du plafond de la sécurité sociale : 3,75% du revenu imposable augmenté de 7% du PASS** et dans la limite de 3% de B. PASS**, soit 9 635,68€ en 2018

Inconvénient :

- **Reste à charge qui peut être important en cas de consultation d'un médecin de secteur 2 non adhérent à l'OPIAM :** le reste à charge peut s'envoler rapidement dans le cadre d'une intervention chirurgicale puisque le remboursement sera plafonné à 200% du TBRAM alors que les dépenses atteignent facilement 300% à 700% du TBRAM

*OPIAM : ophtalmo opé

**PASS : Plafond Annuel de Sécurité Sociale

EXEMPLE AVEC UNE FACTURE D'HOPITAL

ETABLISSEMENT HOSPITALIER A LYON (69)

Facture suite à une hospitalisation avec intervention chirurgicale

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																				
Transfert	Médico de cas	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Date Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Lecteur des données	Prix unitaire	Elément de tarification	Montant	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	
																Taux	Montant			
01	01		04		04	32	03	22		ADC		543.42	J	1.00	2178.74	578.74	100.00	578.74	1900.00	
02	02		04		05	32	03	22		ADA		256.37	A	1.00	1079.37	279.37	100.00	279.37	800.00	
03	03		04		30	22	01	22		B		6.27		58.00	15.66	100.00	15.66			
														1	2		3			
															Montant facturé	Remboursement par le Régime Obligatoire		Dépassements à la charge de l'assuré après intervention du Régime Obligatoire		
															4					
															<p>Cas 1 : praticien signataire de l'OPTAM garantie à hauteur de 400%</p> $400\% \times 578,74\text{€} + 400\% \times 279,37\text{€} = 3\,434,85\text{€}$ <p>Reste à charge : 0€</p>		<p>Cas 2 : praticien non signataire de l'OPTAM Garantie à hauteur de 400% réduite à 200%</p> $200\% \times 578,74\text{€} + 200\% \times 279,37\text{€} = 1716,22\text{€}$ <p>Reste à charge : 1242,55€</p>			
Sous-total 3														3273.77	873.77	873.77	0.00	2400.00		

Des solutions existent : il est possible de souscrire des contrats dits « **surcomplémentaire** » qui permettent d'intervenir sur les dépassements d'honoraires non remboursés dû au plafonnement OPTAM.

7 LA REFORME 100% SANTE

Le 100% santé est une réforme mise en place par la sécurité sociale en 2019. L'objectif est de permettre aux assurés de ne pas renoncer à des soins coûteux. Les principaux postes concernés sont l'optique, les prothèses dentaires et l'équipement auditif. Le but est de ne laisser aucun reste à charge sur ces postes. Pour cela, plusieurs mesures ont été mises en place.

Quelles sont les principales mesures ?

- ✦ Les prix de vente des équipements sont plafonnés
- ✦ Le remboursement de la Sécurité Sociale augmente
- ✦ Le remboursement des régimes complémentaires augmente également

... ceci dans des proportions différentes et à un rythme différent en fonction des postes de soins



Comment cette réforme est-elle mise en place ?

Des paniers d'équipements dits « 100% santé » ont été instaurés. Ces paniers contiennent l'ensemble des équipements qui respectent certaines normes précisées dans le décret du 11 janvier 2019. Seuls ces équipements pourront être intégralement remboursés.

Quelles sont les principales échéances ?

La réforme est progressive. Elle débute en 2019 et termine en 2021.

DENTAIRE

AUDITIF

OPTIQUE

2019

Mise en place d'un prix limite de vente
Augmentation de la base de remboursement Sécurité Sociale

2020

Mise en place d'un prix limite de vente
Augmentation de la base de remboursement Sécurité Sociale

2021

Remboursement intégral des équipements 100% santé

Remboursement intégral des équipements 100% santé

OPTAM est l'acronyme de « Option Pratique Tarifaire Maîtrisée »

Auparavant appelé le CAS (Contrat d'Accès aux Soins), l'OPTAM est un **accord entre l'Assurance Maladie et les différents praticiens de santé.**

Le but ?

Réduire les dépassements d'honoraires des praticiens pour favoriser l'accès aux soins.

Comment ?

En signant cet accord, le praticien s'engage **à limiter ses dépassements d'honoraires.** En contrepartie, il bénéficiera d'une réduction de ses charges, et notamment de ses cotisations sociales. Cela concerne quasi-exclusivement les médecins de secteur 2.

Conséquences :

Chaque praticien est libre d'y adhérer ou non. A ce jour, environ un tiers des médecins ont adhéré au dispositif.

Comment savoir si un praticien est signataire de l'OPTAM ?

Une liste des médecins signataires est disponible sur le site annuaire.sante.ameli.fr. Sinon, il suffit simplement de poser la question au praticien.

9

LA SURCOMPLÉMENTAIRE

Qu'est-ce que c'est ?

Il s'agit d'un contrat d'assurance santé qui vient compléter les remboursements de votre mutuelle.

Ce contrat est « **non responsable** », il n'est donc pas déductible fiscalement. En revanche, **aucune limite de prise en charge des dépassements d'honoraires** n'est imposée.

Quelles garanties ?

Tous les contrats de surcomplémentaire ne couvrent pas la même chose. Certains vont simplement renforcer les garanties touchées par l'OP-AM (principalement les dépassements d'honoraires). Alors que d'autres vont proposer des garanties supplémentaires : dentaire, médecine douce...

Quel coût ?

Cela dépend évidemment des garanties choisies. À partir de quelques euros par mois vous pouvez déjà bénéficier d'une couverture confortable des dépassements d'honoraires.

Pour quel remboursement ?

Si l'on reprend la facture d'hôpital et qu'on y ajoute une **surcomplémentaire avec un remboursement à hauteur de 450%** du T3-AM le calcul sera le suivant :

$$\begin{aligned} & 450\% \times 578,74\text{€} \\ & + \\ & 450\% \times 279,97\text{€} \\ & = 3864,20\text{€} \end{aligned}$$

Soit un **reste à charge = 0€**

10 UNE BONNE COUVERTURE SANTE C'EST QUOI ? Nos conseils.

Des garanties de qualité :

On se focalise souvent sur l'« optique » et le « dentaire » compte tenu du faible remboursement par l'assurance maladie. Certes, c'est important, mais il est essentiel de s'assurer une bonne prise en charge des frais en cas d'hospitalisation car la facture peut vite s'envoler.

Au meilleur prix :

Il est important de bien regarder le montant de la cotisation au moment de votre adhésion mais aussi son évolution probable dans le temps. On le sait tous, plus on avance en âge et plus la facture s'alourdit. Sachez qu'il existe sur le marché certains contrats dits en « âge à l'adhésion » qui permettent de limiter ce phénomène. Votre cotisation est déterminée au moment de la souscription du contrat en fonction de votre âge et ne subit pas chaque année d'augmentation liée à l'évolution de votre âge. D'autres facteurs peuvent bien sûr expliquer une augmentation tarifaire (disposition réglementaire, augmentation de la consommation médicale et du coût de la santé...) mais ceci reste difficilement anticipable.

Des services à ne pas négliger :

Parmi les services à forte valeur ajoutée retenons :

- **Les réseaux de soins** : certaines mutuelles proposent l'accès à des réseaux de soins . Les réseaux de soins regroupent des professionnels de santé avec lesquels l'organisme de complémentaire a passé des accords afin d'offrir aux assurés du tiers payants , des tarifs négociés, ou des services complémentaires. Les réseaux de soins sont très développés en optique et dans une moindre mesure en dentaire et auditif.
- **L'assistance** : rare sont les personnes qui prête attention à ces services. Pourtant, en cas d'hospitalisation ou d'accident, cela peut devenir très utile.