HR INFORMATIONS PRATIQUES

Se faire rembourser par la sécurité sociale et par la mutuelle

En tant que patient et assuré social, nous ne nous y retrouvons pas toujours dans les montants pris en charge par la sécurité sociale et par la mutuelle. De plus, les changements apportés début 2016 dans la réglementation et la prise en charge des soins ont rendu les choses encore plus complexes. Cette newsletter vous apporte quelques éléments de compréhension.

LE REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE

La carte Vitale

La carte Vitale atteste de vos droits à l'Assurance Maladie. Pour cela, elle doit toujours être à jour. Cette mise à jour doit se faire au moins une fois par an dans les bornes disponibles en pharmacie.

Elle permet de payer certains organismes de santé (les pharmacies, les centres de soins, les médecins qui l'acceptent…) directement sans avoir à avancer la somme prise en charge par la Sécurité Sociale. Ce paiement direct s'appelle le « tiers payant »[1], et doit être généralisé en novembre 2017.

Lorsque vous ne disposez pas encore de votre numéro de Sécurité sociale ni de votre carte Vitale ou que vous ne l'avez pas en votre possession, vous pouvez tout de même vous faire rembourser grâce à la feuille de soins remise et complétée par votre médecin. Elle sera à adresser à votre Caisse d'Assurance Maladie, une fois que vous aurez eu votre numéro de Sécurité sociale. Vous disposez d'un délai de deux ans pour vous faire rembourser.

Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés est un circuit qui doit être suivi par le patient pour s'assurer d'une prise en charge médicale cohérente et optimisée.

Le parcours de soins coordonnés impose à chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner le médecin traitant de son choix avant de consulter un spécialiste afin de bénéficier d'un meilleur remboursement Certaines exceptions sont toutefois admises, notamment en cas d'urgence ou d'éloignement géographique de la zone habituelle de résidence. Pour un remboursement optimal des consultations de spécialistes, vous devez y être référé par votre médecin traitant, sauf pour les consultations chez le chirurgien-dentiste, le gynécologue, les sages-femmes, le stomatologue, l'ophtalmologue, toutes les spécialités pour les moins de 16 ans, le psychiatre et le neuropsychiatre, uniquement pour les personnes de 16 à 25 ans.

N'oubliez pas de déclarer un médecin traitant pour votre enfant dès qu'il a atteint 16 ans.

Votre médecin traitant peut être un médecin généraliste ou un spécialiste. Ce choix doit être officialisé via un formulaire à adresser à la Caisse d'Assurance Maladie (formulaire à télécharger ici http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3704.pdf)

[1] Le système de tiers payant dispense l'assuré social de régler immédiatement le professionnel de santé sous certaines conditions. Si le tiers payant est partiel, le patient ne règle que le ticket modérateur, s'il est total, il ne règle rien. Pour bénéficier du tiers payant, il faut nécessairement présenter une carte Vitale à jour.

La désignation du médecin traitant n'est pas irréversible. Il est possible de changer de médecin traitant sous réserve de renouveler les formalités de déclaration.

Remboursement de l'Assurance Maladie et conventionnement des médecins

Les honoraires pratiqués par les médecins et le montant qui sert de base de remboursement[2] à la sécurité sociale varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou autre spécialité) et de son secteur d'activité (secteur 1 ou 2).

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance Maladie, soit 25€ depuis le 1er mai 2017.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Depuis 2015, les médecins conventionnés de secteur 2 peuvent décider de signer le « contrat d'accès aux soins »[3]. Dans ce cas, ils s'engagent à limiter les dépassements d'honoraires. La base de remboursement est alors plus favorable et dans ce cas, les mutuelles sont autorisées à prendre en charge les dépassements d'honoraires.

Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion au contrat d'accès aux soins en consultant http://annuairesante.ameli.fr

Enfin, il existe une dernière catégorie, appelée secteur 3, dans laquelle les médecins ne sont pas conventionnés avec l'Assurance maladie qui, de ce fait ne prend que très partiellement en charge leurs consultations.

Pour trouver un médecin exerçant en secteur 1, consulter http://www.ameli.fr

Se faire rembourser à la pharmacie

Seuls les médicaments prescrits par un médecin peuvent être remboursés. Mais tous les médicaments prescrits ne sont pas forcément remboursables. Pour le savoir, vous pouvez poser la question à votre médecin. Lorsque ce dernier vous prescrit un médicament non remboursable, il doit en principe inscrire la mention « NR » (non remboursable) à côté du médicament.

Taux de remboursement des médicaments :

- 100% pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux
- 65% pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important
- 30% pour les médicaments à service médical rendu modéré, les médicaments homéopathiques, certaines préparations magistrales
- 15% pour les médicaments à service médical rendu faible

Se faire rembourser pour des frais hospitaliers

En cas d'hospitalisation dans un établissement public ou une clinique privée conventionnée, la Sécurité sociale prend en charge certains frais à condition de présenter les justificatifs demandés. Toutefois, le

[2] C'est un tarif défini par la Sécurité sociale. C'est sur ce montant qu'elle se base pour rembourser. Selon les actes médicaux, le pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) varie de 30 à 100%

[3] Il s'agit d'un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant ou ayant la possibilité d'exercer en secteur2. Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) a pour but d'améliorer l'accès aux soins des patients en limitant les dépassements d'honoraires et en leur permettant d'être mieux remboursés par la Sécurité sociale et leur mutuelle.

forfait hospitalier, c'est-à-dire le coût de l'hébergement seul reste à votre charge s'il excède 24 heures. La mutuelle peut prendre en charge ces frais.

Pour suivre vos remboursements de l'Assurance Maladie, consultez votre compte personnel Ameli. Si vous ne l'avez pas encore créé, rendez-vous sur :
https://assure.ameli.fr/PortailAS/appmanager/PortailAS/assure?_somtc=true

LE REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE ET LA SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIVE HENNER

Lors de votre affiliation à Henner, vous avez reçu (ou allez recevoir) votre carte de tiers payant Carte Blanche. Elle vous permet de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels le réseau Carte Blanche a signé des accords.

120 000 professionnels appartiennent au réseau Carte Blanche (pharmacies, hôpitaux, cliniques, centres de soins, laboratoires d'analyse, radiologie, dentistes, opticiens) sous réserve du respect de la grille tarifaire.

Pour en savoir plus sur le réseau Carte Blanche, connectez-vous sur le site www.henner.com (rubrique « Réseau de soins » dans votre espace personnel) ou appelez votre unité de gestion au 02 51 88 76 44 qui vous fournira les informations nécessaires sur le réseau Carte Blanche.

Pour trouver des exemples de remboursements pour des soins, référez-vous au tableau ci-après Attention : les exemples concernant les spécialistes sont basés sur le nouveau tarif de la sécurité sociale qui va entrer en vigueur le 1 juillet 2017.

La prise en charge des séjours hospitaliers

Vous pouvez faire une demande de prise en charge auprès de la mutuelle quelques jours avant votre hospitalisation. Pour cela, il vous suffit de communiquer le nom de l'établissement, le service (médecine, chirurgie…) et la date d'hospitalisation prévue. En cas d'urgence, la prise en charge sera délivrée immédiatement sur simple demande de votre part ou de celle de l'un de vos proches. Certains établissements s'en chargent directement.

La prise en charge des soins dentaires ou de l'optique

Vous pouvez faire parvenir par e-mail ou par courrier à la mutuelle vos devis optiques et dentaires. Celle-ci vous adressera l'estimation de votre remboursement avant l'engagement des frais.

Si vous passez par le réseau Carte Blanche, votre opticien ou votre dentiste agréé se charge de demander une entente préalable. Celle-ci sera délivrée sous réserve du respect de la grille tarifaire Henner négociée avec lui et dans la limite de notre contrat.

La Sécurité sociale et les mutuelles ne remboursent les lunettes que tous les deux ans.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT DE LA MUTUELLE

	COUT	REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE	REMBOURSEMENT HENNER AVEC LA COUVERTURE SIMPLE	RESTE A CHARGE AVEC LA COUVERTURE SIMPLE HENNER	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE HENNER AVEC LA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE OPTIONNELLE	RESTE A CHARGE AVEC LA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE OPTIONNELLE HENNER
Généraliste qui a signé le CAS	€ 25	(€ 25 x 70%) - 1 = € 16.50	€25 - € 16,50 = € 8,50	0	N'intervient pas dans ce cas	0
Généraliste qui a signé le CAS	€ 60	(€ 25 x 70%) - 1 = € 16.50	(€25 - €16.50) + (€25 x 170%) = €51 Limité au coût réel –> Le remboursement sera de €43.50	0	N'intervient pas dans ce cas	0
Généraliste qui a signé le CAS	€ 60	(€ 25 x 70%) - 1 = € 16.50	(€25 - €16.50) + €25 = €33.50	€10	Maximum de €20 Limité au coût réel -> Le remboursement est de €10	0
Généraliste qui n'a pas signé le CAS	€ 75	(€ 25 x 70 %) 1 = € 16.50	(€25 - €16.50) + €25 = €33.50	€25	€ 20	€5
Spécialiste qui a signé le CAS	€ 30	(€ 30 x 70%) – 1 = € 20	€ 30 - €20 = €10	0	N'intervient pas dans ce cas	0
Spécialiste qui a signé le CAS	€ 80	(€ 30 x 70%) – 1 = € 20	(€ 30 - €20) + (€30 x 100%) = €121 Limited to real cost -> Reimbursement is € 60	0	N'intervient pas dans ce cas	0
Spécialiste qui n'a pas signé le CAS	€ 50	(€ 30 x 70%) – 1 = € 20	(€ 30 - €20) + (€30 x 100%) = €40 Limited to real cost -> Reimbursement is € 30	0	N'intervient pas dans ce cas	0
Spécialiste qui n'a pas signé le CAS	€ 80	(€ 30 x 70%) – 1 = € 20	(€30 -€20) + (€30 x 100%) = €40	€ 20	Maximum de € 50 Limité au coût réel -> Le remboursement est de € 20	0
Spécialiste qui n'a pas signé le CAS	€ 120	(€ 30 x 70%) – 1 = € 20	(€30 -€20) + (€30 x 100%) = €40	€ 60	€ 50	€ 10

Comment fonctionne le remboursement entre l'Assurance Maladie et la mutuelle ?

Une fois qu'elle a remboursé sa part, la sécurité sociale transmet à la mutuelle ses décomptes grâce à la télétransmission. La mutuelle procède alors au remboursement et met à votre disposition les décomptes dans votre espace personnel sur le site www.henner.com.

Si votre conjoint bénéficie également de sa propre mutuelle par le biais de son employeur, il lui est vivement recommandé d'en obtenir les remboursements en priorité. Si sa mutuelle ne le rembourse pas en totalité, il peut demander le complément de remboursement. Pour cela, il suffit d'adresser les décomptes originaux de sa mutuelle à Henner.

La télétransmission, c'est-à-dire la transmission directe entre la sécurité sociale et la mutuelle ne peut se faire qu'avec une seule mutuelle. C'est pour cette raison que si vous bénéficiez de deux mutuelles, il vous faut envoyer les décomptes originaux de l'une à l'autre pour obtenir le remboursement complémentaire.

Vous avez encore des questions ? N'hésitez pas à contacter le service des Ressources Humaines