



TOUT SAVOIR SUR MA PROTECTION SOCIALE

MA SANTÉ

ÉDITO

La Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile a mis en place le 1^{er} janvier 2012 une complémentaire santé, appelée habituellement la « Mutuelle », pour vous soutenir dans la prise en charge de vos dépenses de santé.

La dimension collective, et donc solidaire, de ce régime permet de mutualiser les risques pour diminuer le coût de l'assurance. Chaque salarié et chaque employeur paient une cotisation qui ne tient pas compte de l'état de santé du salarié ou de sa consommation de soins. Cela permet de répartir la charge solidairement sur l'ensemble des salariés de la Branche et de parvenir dans la plupart des cas à un coût plus faible que celui que le salarié aurait dû assumer en prenant une assurance individuelle.

Ce régime a été réformé le 1^{er} janvier 2016 pour mettre en conformité son mode de financement et les garanties qu'il propose avec les dernières évolutions législatives et réglementaires. Le contrat de la Branche est un contrat dit « responsable ».

L'adhésion à cette complémentaire santé est, sauf cas de dispenses prévues par la Branche, obligatoire pour tous les salariés.

Ce régime est fidèle aux valeurs de solidarité et de mutualisation portées par la Branche.

Les organismes assureurs et gestionnaires de la complémentaire santé, signataires de l'accord initial dans la Branche sont :

- AG2R Réunica Prévoyance
- Humanis Prévoyance
- Macif-Mutualité
- Mutex (Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française) agissant pour le compte des mutuelles assureurs et gestionnaires : ADREA Mutuelle, APREVA, EOVI MCD, HARMONIE MUTUELLE, MUT'EST, UMC, MUTUELLE SAINT GERMAIN, SMIRSEP, OCIANE.

Ce livret illustre les disposition négociées au niveau de la Convention Collective de Branche.

Les partenaires sociaux de la Branche

SOMMAIRE

VOS DROITS ET DÉMARCHES 05

1. QUI EN BÉNÉFICIE ?06

- VOUS-MÊME EN TANT QUE SALARIÉ.....06
- LES CAS DE DISPENSES POSSIBLES D’AFFILIATION.....07
- VOS AYANTS DROIT.....09

2. DÉBUT ET FIN DES GARANTIES10

- DÉBUT DES GARANTIES.....10
- CESSATION DE L’AFFILIATION.....10
- MAINTIEN DES GARANTIES.....11

3. LE FONCTIONNEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ ET LEURS REMBOURSEMENTS14

- COMPRENDRE L’ARTICULATION ENTRE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE BRANCHE14
- QUELQUES INFORMATIONS UTILES16

4. VOS REMBOURSEMENTS22

- LES DIFFÉRENTS TYPES DE GARANTIES22
- EXEMPLES PRATIQUES DE PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DE LA FORMULE « BASE PRIME »24
- PROCÉDURES DE REMBOURSEMENT DE VOS DÉPENSES DE SANTÉ27
- LES PRESTATIONS DE SANTÉ QUI NÉCESSITENT L’ENVOI DE JUSTIFICATIFS SPÉCIFIQUES À L’ORGANISME ASSUREUR28
- LE TIERS PAYANT29

5. LE FONDS SOCIAL DE BRANCHE30

6. RÉSEAUX ET SERVICES.....31

7. CONTACTS UTILES32

LES DÉMARCHES EMPLOYEUR 33

1. AFFILIATION / RADIATION D’UN NOUVEAU SALARIÉ..... 34

2. SUIVI DES EFFECTIFS35

3. RÈGLEMENT DES COTISATIONS36

6. CONTACTS UTILES38



1

VOS DROITS ET DÉMARCHES

QUI EN BÉNÉFICIE ?..... 06

DÉBUT ET FIN DES GARANTIES 10

LE FONCTIONNEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ
ET LEURS REMBOURSEMENTS 14

VOS REMBOURSEMENTS 22

LE FONDS SOCIAL..... 30

RÉSEAUX ET SERVICES..... 31

CONTACTS UTILES..... 32



1 QUI EN BÉNÉFICIE ?

1. VOUS-MÊME EN TANT QUE SALARIÉ

L'affiliation à la formule base prime de la complémentaire santé de la Branche est obligatoire, sauf cas de dispense, pour tous les salariés des structures et organismes relevant de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile.



A NOTER

En cas de congé parental ou autre motif de suspension de contrat de travail, votre couverture peut être maintenue moyennant un paiement intégral de la cotisation par vos soins. Pour en savoir plus, renseignez-vous auprès de votre organisme assureur.



ATTENTION

L'adhésion à la complémentaire santé de la Branche est obligatoire et les cas de dispenses strictement encadrés car cela conditionne le statut fiscal et social avantageux du régime. En effet, des cotisations patronales et salariales sont prélevées sur votre salaire pour financer le régime, elles sont elles-mêmes exonérées de cotisations Sécurité sociale. De plus, la part salariale des cotisations au régime de la Branche vient en déduction de votre assiette d'impôt sur le revenu.

Certains salariés peuvent demander à être dispensés d'adhérer au régime de la Branche. Ils doivent répondre à des cas de dispenses possibles et limitativement énumérés par la réglementation.



2. LES CAS DE DISPENSES POSSIBLES D'AFFILIATION

Si vous remplissez l'un des cas mentionnés ci-après et que vous en faites **la demande écrite à votre employeur**, vous pouvez être dispensé d'affiliation à la complémentaire santé de la Branche.

Les cas éligibles à une dispense d'affiliation sont les cas suivants :

- **les salariés et apprentis en CDD de moins de 12 mois, sans justificatifs.** Pour les CDD de plus de 12 mois, ils ne peuvent bénéficier d'une dispense d'affiliation que s'ils produisent les justificatifs attestant qu'ils ont déjà une complémentaire santé qui leur offre les mêmes garanties.
- **les salariés à temps partiel et apprentis pour lesquels l'affiliation à la formule base prime du régime de Branche représente un coût au moins égal à 10% de leur rémunération brute**, soit, au 1^{er} janvier 2018, les salariés qui perçoivent une rémunération brute mensuelle inférieure à 215,30 €.
- **les salariés qui bénéficient de l'ACS** (l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé) **ou de la CMU-C** (couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale)
- **les salariés qui bénéficient déjà d'une complémentaire santé en tant qu'ayant droit.** La dispense d'affiliation ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.
- **les salariés qui avaient déjà souscrit une mutuelle à titre individuel au moment de leur embauche ou de la mise en place du régime de Branche.** La dispense d'affiliation ne fonctionne ici que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Par exemple, si vous avez souscrit un contrat individuel avant d'être employé par la Branche, il vous est recommandé de le résilier dans les délais contractuels car la complémentaire santé de la Branche s'imposera à compter du 1^{er} janvier de l'année suivant votre embauche. Exemple : si vous êtes dans ce cas et que vous êtes embauché le 15 juin 2017, la complémentaire santé de Branche s'imposera à l'échéance de votre contrat individuel.





ATTENTION

SI VOUS DEMANDEZ À ÊTRE DISPENSÉ D'AFFILIATION À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE LA BRANCHE, VOUS NE PAYEZ PAS DE COTISATION AU RÉGIME.

En revanche, cela implique aussi que vous ne serez pas couvert par le régime de la Branche en cas de rupture de votre contrat de travail (portabilité). Vous ne pourrez pas non plus bénéficier du maintien proposé au titre de la Loi Evin (voir paragraphe B page 12)

● **les salariés qui bénéficient déjà d'une complémentaire santé au titre d'un autre emploi ou qui relèvent d'un des régimes suivants :**

- Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
- Régime complémentaire d'assurance maladie des Industries électriques et gazières ;
- Régime de prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- Contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » issu de la loi 94-126 du 11 février 1994.

Votre employeur a l'obligation de vous proposer une affiliation à la complémentaire santé de la Branche même si vous remplissez un de ces cas. Vous devrez lui répondre sous 30 jours si vous refusez d'être affilié en lui envoyant :

- **votre refus écrit et signé,**
- **tout justificatif permettant d'attester que vous entrez dans un des cas de dispense susmentionnés.**

Vous pourrez revenir sur votre décision à tout moment en demandant par écrit à votre employeur à être affilié. Dans ce cas, votre affiliation prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit votre demande écrite.

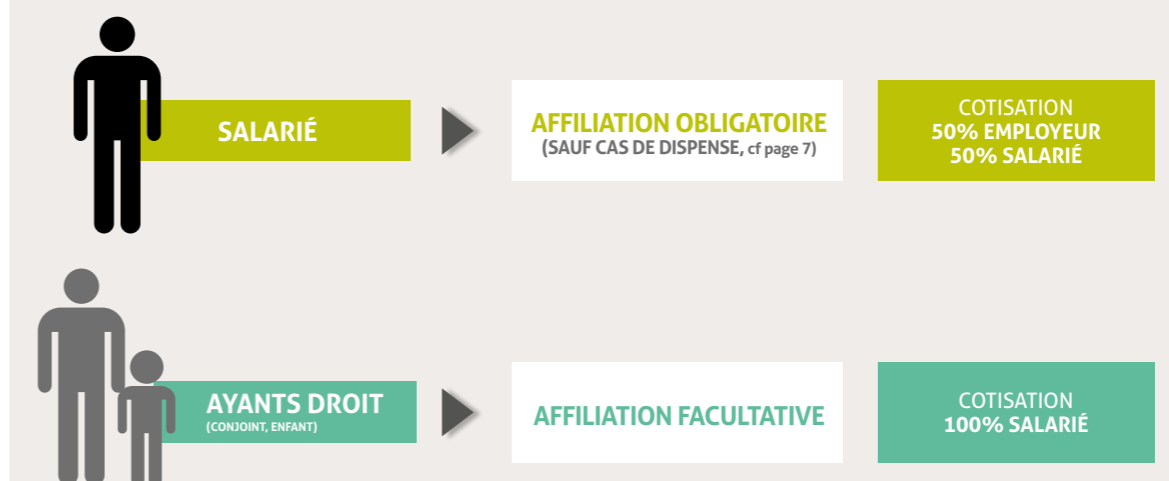
3. VOS AYANTS DROIT

Moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, vous pouvez demander la couverture de vos ayants droit. Ils bénéficieront du même niveau de couverture que le vôtre.

Sont considérés comme vos ayants droit :

- **votre conjoint marié**, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- **ou, votre partenaire de PACS** (Pacte Civil de Solidarité) ;
- **ou, votre concubin vivant maritalement sous le même toit**, sous réserve que votre concubin et vous-même soyez tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que votre domicile fiscal et celui de votre concubin soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union.
- **vos enfants à charge** (légitimes, reconnus ou adoptés) ainsi que ceux de votre conjoint, ou de votre partenaire de PACS ou concubin, à condition que vous ou votre conjoint, pacsé ou concubin tel que défini par le régime, ait l'enfant en résidence ou, s'il s'agit de vos enfants, que vous participiez effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire. Les enfants doivent :
 - être à charge au sens de la Sécurité sociale (enfant inscrit sur votre attestation de Sécurité sociale).
 - **ou, s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans : poursuivre leurs études et être inscrits à ce titre au régime de Sécurité sociale des étudiants ; ou, être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi ; ou, être sous contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation...) ; ou, lorsqu'ils se livrent à une activité rémunérée, que celle-ci leur procure un revenu inférieur au revenu de solidarité active (RSA) mensuel versé aux personnes sans activité.**
 - quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles (taux d'incapacité permanente au moins égal à 80 % ou personne classée en 3^e catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale).

POUR QUI ? À QUELLES CONDITIONS ?





2 DÉBUT ET FIN DES GARANTIES

1. DÉBUT DES GARANTIES

Vous êtes couvert(e) immédiatement à la date de votre embauche. Vos ayants droit sont couverts à la même date que vous, si vous avez bien exprimé le souhait de les faire bénéficier de la couverture santé. À défaut, ils seront couverts le premier jour du mois qui suit la date de réception de votre demande.



A NOTER

Votre affiliation et celle de vos ayants droits est formalisée dès lors que vous avez complété, signé et envoyé à l'organisme assureur le Bulletin d'Affiliation Individuel transmis par votre employeur accompagné de la photocopie de votre attestation de carte Vitale et de celle de vos ayants droits. En fonction du statut de l'ayant droit que vous souhaitez ajouter, des justificatifs supplémentaires pourront vous être demandés (copie du livret de famille, justificatif de scolarité...). Pour connaître le justificatif appliqué à votre situation, reportez-vous à la notice d'information de l'organisme assureur.

2. CESSATION DE L'AFFILIATION

Les garanties cessent :

- **A la fin du mois au cours duquel prend fin votre contrat de travail**, sauf si vous êtes en situation de cumul emploi retraite ;
- **A la date d'effet de la résiliation du contrat** souscrit par votre employeur avec l'organisme assureur.
- **Si votre structure ne relève plus du champ d'application de la Convention collective** nationale de la Branche ;
- **A la date d'effet de la dénonciation de la Convention collective** nationale de la Branche.
- **La cessation de vos garanties entraîne la cessation des garanties** de vos ayants droit à la même date.



3. MAINTIEN DES GARANTIES

Dans certains cas, vous pouvez continuer à bénéficier de la complémentaire santé, sous certaines conditions après la rupture de votre contrat de travail.

A. ANCIENS SALARIÉS INDEMNISÉS PAR L'ASSURANCE CHÔMAGE (PORTABILITÉ)

Lorsque vous quittez votre structure, et sous réserve de bénéficier d'une indemnisation chômage, vous pouvez bénéficier du maintien du régime de frais de santé de base sans cotisation à votre charge. Ce maintien est financé par les cotisations réglées par les actifs (Mutualisation). Pour en bénéficier, tous les motifs de rupture du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation par l'assurance chômage sont acceptés sauf le licenciement pour faute lourde.

Le bénéfice de la complémentaire santé débute le lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail et dure pendant toute la période de votre indemnisation Pôle Emploi dans la limite de votre dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail, lorsqu'ils sont consécutifs auprès d'un même employeur. La durée est calculée par mois entier, dans la limite de 12 mois maximum.

3 exemples de maintien de couverture en fonction de la durée des contrats :

DURÉE DU CONTRAT DE TRAVAIL	DURÉE DE MAINTIEN DU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ
● CDD de 15 jours	1 mois
● Renouvellement de CDD pour aboutir à une durée totale de travail de 4 mois et demi	5 mois
● CDI avec une durée totale de travail de 18 mois	12 mois



ATTENTION

VOUS DEVEZ JUSTIFIER AUPRÈS DE L'ORGANISME ASSUREUR DU MAINTIEN DE VOTRE INDEMNISATION PAR L'ASSURANCE CHÔMAGE. Dans le même sens, si vous reprenez une activité professionnelle ou que votre indemnisation cesse, il vous appartient d'en informer l'organisme assureur. Attention, à défaut d'en informer l'organisme assureur, celui-ci pourra vous réclamer les sommes indument versées.





ATTENTION

POUR ADHÉRER À CE RÉGIME, VOUS DEVEZ EN FAIRE LA DEMANDE AUPRÈS DE L'ORGANISME ASSUREUR en lui envoyant le bulletin d'adhésion complété et signé dans un délai de 6 mois maximum suivant la fin de votre contrat de travail. Attention, passé ce délai, l'organisme assureur peut refuser votre demande.

B. ANCIENS SALARIÉS BÉNÉFICIAIRE D'UN MAINTIEN AU TITRE DE LA LOI EVIN

La loi Evin du 31 décembre 1989 prévoit un maintien de la complémentaire santé pour :

- les anciens salariés partant en retraite,
- les anciens salariés en situation d'invalidité ou d'incapacité permanente,
- les anciens salariés indemnisés par Pôle Emploi, au-delà de la période de portabilité.

COUVERTURE DES PERSONNES AU CHÔMAGE

PORTABILITÉ

Complémentaire santé de la Branche **SANS** cotisation (financement par les actifs)

xx mois

durée fonction de votre contrat de travail, cf 3a.

LOI EVIN

Complémentaire santé de la Branche **AVEC** cotisation (financement par vous)

xx mois

durée fonction de votre indemnisation Pôle Emploi

Si vous appartenez à une de ces catégories, vous pouvez bénéficier du maintien de la complémentaire santé dès le lendemain de la rupture de votre contrat de travail, sans questionnaire médical, examen ou délai de carence. En contrepartie, vous vous acquittez du paiement de l'intégralité de la cotisation, majorée en fonction des dispositions réglementaires. **De fait, vous ne bénéficiez plus d'une participation au financement de votre ancien employeur.**

COMMENT RÉSILIER VOTRE ADHÉSION AU RÉGIME SI VOUS CHOISISSEZ NE PLUS BÉNÉFICIER DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE LA BRANCHE ?

Vous devez adresser une demande de résiliation à l'organisme assureur par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 2 mois précédant la fin de l'année civile soit deux mois avant le 31 décembre de l'année.

C. AYANTS DROIT D'UN SALARIÉ DÉCÉDÉ

En cas de décès de l'assuré, ses ayants droit qui étaient affiliés à la complémentaire santé de la Branche peuvent continuer à en bénéficier gratuitement pendant un délai de 1 an suivant le décès. Ce maintien prend effet au plus tôt le 1er jour du mois suivant le décès. Pour cela, les ayants droit doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans un délai de 6 mois suivant le décès.

A l'issue de ce délai d'un an, un maintien de garanties en contrepartie du paiement de la cotisation correspondante est possible, sans questionnaire médical, examen ou délai de carence.

COMMENT VOTRE AYANT DROIT PEUT-IL RÉSILIER SON ADHÉSION À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE LA BRANCHE ?

Votre ayant droit doit adresser une demande de résiliation à l'organisme assureur par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 2 mois précédant la fin de l'année civile.



A NOTER

LE MAINTIEN DE CES GARANTIES, À TITRE PAYANT, CESSE :

- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas de résiliation du contrat collectif par les partenaires sociaux et les organismes assureurs,
- le jour où votre ayant droit choisit de mettre fin au bénéfice du régime,
- en cas de décès de l'ayant droit.



A NOTER

LE BÉNÉFICE DE CE MAINTIEN CESSE :

- le jour où vous ne bénéficiez plus d'une rente d'invalidité ou d'incapacité ou d'un revenu de remplacement,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas de résiliation du contrat collectif par les partenaires sociaux et les organismes assureurs,
- le jour où vous choisissez de mettre fin au bénéfice du régime,
- en cas de décès.





3

LE FONCTIONNEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ ET LEURS REMBOURSEMENTS

1. COMPRENDRE L'ARTICULATION ENTRE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE BRANCHE

Lors d'une maladie ou d'une maternité, l'Assurance Maladie (la « Sécurité sociale ») ne rembourse pas toutes les dépenses effectuées pour votre santé.

Celle-ci fixe pour chaque acte ou produit de santé :

- **une base de remboursement (BR) :** c'est le tarif servant de référence à l'Assurance Maladie pour déterminer le montant de son remboursement.
- **un taux de remboursement (%)** qu'elle applique à cette base et qui détermine le montant de son remboursement.

REMBOURSEMENT
SÉCURITÉ
SOCIALE



BASE DE REMBOURSEMENT
SÉCURITÉ SOCIALE



TAUX DE REMBOURSEMENT

Le remboursement de l'Assurance Maladie est donc inférieur à la base de remboursement (sauf lorsque le taux est à 100 %). La différence entre la base de remboursement et ce que vous rembourse l'Assurance Maladie est constituée du « ticket modérateur » et de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire.

Souvent, la base de remboursement de l'Assurance Maladie peut être très inférieure au prix que vous avez à payer en réalité. C'est le cas notamment des prothèses dentaires et auditives ou des lunettes.

Le ticket modérateur et le dépassement peuvent être remboursés en tout ou partie par votre complémentaire santé. **La franchise ou la participation forfaitaire ne sont jamais prises en charge.**

Le rôle de la complémentaire santé est d'intervenir au-delà des remboursements de l'Assurance Maladie obligatoire pour permettre de faire face aux dépenses qui restent à votre charge.

Le schéma ci-dessous vous permet de comprendre la différence entre vos dépenses réelles, ce que couvre l'Assurance Maladie, ce que votre complémentaire santé peut vous rembourser, et ce qui peut rester à votre charge. Les dépassements figurant dans ce schéma n'existent pas systématiquement. La dépense réelle est alors égale à la base de remboursement.

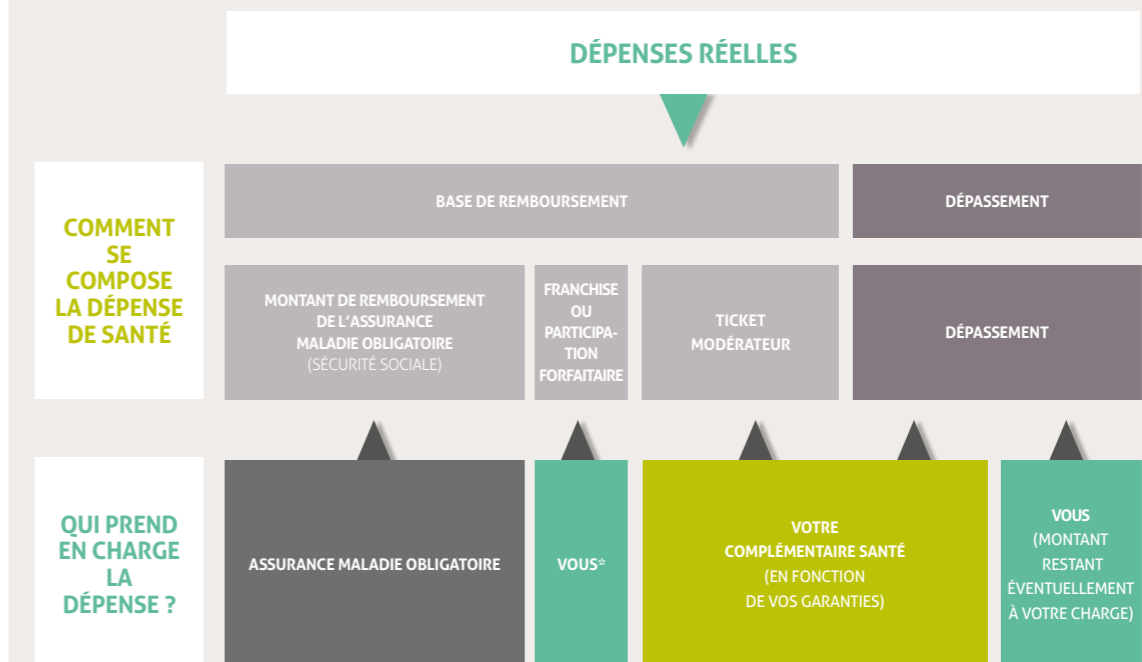


A NOTER

**RENDEZ-VOUS SUR LE SITE
ANNUAIRE.SANTE.AMELI.FR**

Vous pourrez rechercher un établissement ou un professionnel de santé et connaître ses pratiques tarifaires. Pour plus de détails, reportez vous au schéma p.17.

COMPRENDRE LA COMPOSITION D'UNE DÉPENSE DE SANTÉ



* Les participations et franchises ne peuvent être remboursées par un régime de branche responsable.





ATTENTION

POUR ÊTRE MIEUX REMBOURSÉ, il est nécessaire de déclarer un médecin traitant et de respecter le parcours de soins coordonnés.

2. QUELQUES INFORMATIONS UTILES

A. LE MÉDECIN TRAITANT

À partir de l'âge de 16 ans, chaque personne doit déclarer son médecin traitant. Il n'y a pas de contrainte géographique, le choix est totalement libre. Consulter votre médecin traitant vous apporte un double avantage :

- vous êtes mieux soigné grâce à un suivi médical personnalisé dans le temps,
- vous êtes mieux remboursé.

COMMENT FAIRE POUR CHOISIR UN MÉDECIN TRAITANT ?

Une fois que vous avez choisi votre médecin traitant, vous devez le déclarer à votre caisse d'Assurance Maladie. Cette déclaration de choix du médecin traitant peut s'effectuer en ligne si le médecin vous le propose et avec votre accord.

En pratique, lors d'une consultation à son cabinet et sur présentation de votre carte Vitale, le médecin que vous avez choisi comme médecin traitant fait la déclaration en ligne et la télétransmet directement à votre caisse d'Assurance Maladie. C'est simple et rapide : pas de formulaire à remplir, pas de courrier à envoyer, et votre déclaration de choix de médecin traitant est enregistrée immédiatement par votre caisse d'Assurance Maladie.

La déclaration de choix du médecin traitant peut également être faite au moyen du formulaire S3704 « Déclaration de choix du médecin traitant ». Remplissez et signez ce formulaire conjointement avec le médecin que vous avez choisi comme médecin traitant, puis remettez-le à votre caisse d'Assurance Maladie ou adressez-lui par courrier. Le formulaire de déclaration est disponible sur le site de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr, rubrique Formulaires / Médecin traitant.

B. L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM)

L'assurance maladie et les médecins libéraux signent chaque année une convention médicale pour organiser leurs rapports. La convention du 1^{er} janvier 2017 a donné naissance à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. Cette option vient remplacer le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Elle concerne les médecins qui ont pris l'engagement de pratiquer des tarifs raisonnables (à travers notamment des dépassements d'honoraires limités).

Une consultation, dans le cadre du parcours de soins, chez un médecin adhérent à l'OPTAM, sera mieux remboursée que pour un médecin non adhérent.

AVANT DE CONSULTER, RENSEIGNEZ-VOUS !

Votre médecin a l'obligation d'afficher ses tarifs dans sa salle d'attente.

Vous pouvez également vous renseigner sur les tarifs des médecins en consultant le site <http://annuaire.sante.ameli.fr/>. Les médecins adhérents à l'OPTAM sont ceux pour qui la mention « Honoraires avec dépassements maîtrisés (contrat d'accès aux soins) » apparaît.



A NOTER

Les organismes assureurs peuvent proposer des centres de santé mutualistes dans lesquels les tarifs des prestataires de santé sont négociés et raisonnables. Renseignez-vous, cela peut diminuer votre reste à charge.



ATTENTION

LES GARANTIES DU RÉGIME DE BRANCHE DISTINGUENT LES REMBOURSEMENTS SELON QUE LES MÉDECINS ONT SIGNÉ OU NON L'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée puis anciennement CAS...).

ANNUAIRE SANTÉ ameli.fr

The image shows three screenshots of the annuaire.sante.ameli.fr website. Screenshot 1 shows the search interface with a hand cursor pointing to the search button. Screenshot 2 shows the search results for 'Durand, Jean Dupont' with filters for 'Indifférent', 'Honoraires sans dépassement', 'Honoraires avec dépassements maîtrisés (contrat d'accès aux soins)', 'Honoraires libres', and 'Non conventionné'. Screenshot 3 shows the search results for 'DUBOIS, MARIE JOSE' with filters for 'Honoraires sans dépassement (28)', 'Honoraires avec dépassements maîtrisés (OPTAM) (32)', and 'Honoraires libres (27)'. A circular inset in screenshot 3 shows the 'Affichez les professionnels de santé indiquant leurs horaires' filter.



C. LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Pour certains actes spécifiques, vous devez d'abord consulter votre médecin traitant qui vous orientera ensuite vers un spécialiste. Si vous ne respectez pas ce parcours de soins, vous serez moins bien remboursé tant par l'Assurance Maladie que par le régime complémentaire santé de Branche.

Il vous est donc recommandé de suivre le parcours de soins coordonnés. Pour les enfants de moins de 16 ans, il n'y a pas de réduction du remboursement en l'absence de déclaration de médecin traitant ou de non respect du parcours de soins coordonnés.



A SAVOIR

EN CAS D'URGENCE OU DE VISITE MÉDICALE LOIN DE CHEZ VOUS, vous pouvez également être remboursé normalement. Pour cela le médecin devra cocher la case « urgence » ou « hors résidence » sur la feuille de soins. Cela ne vaut que si vous avez désigné votre médecin traitant.



A NOTER

Certains spécialistes peuvent être consultés en dehors du parcours de soins, il s'agit des cas suivants :

- un gynécologue, pour l'examen clinique périodique comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse ou l'interruption de grossesse médicamenteuse ;
- un ophtalmologue, pour la prescription et le renouvellement de verres correcteurs ou de lentilles de contact, des actes de dépistage et suivi du glaucome ;
- un psychiatre ou un neuropsychiatre si vous avez entre 16 et 25 ans ;
- un dentiste, pour les actes bucco-dentaires (soins de prévention bucco-dentaire, soins conservateurs, soins chirurgicaux, soins de prothèses dentaires, traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale).



EXEMPLE

EXEMPLE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS (SELON LES TARIFS APPLICABLES EN 2017)

MADAME DUPONT A DES PROBLÈMES DE PEAU. ELLE VIT À PARIS ET A SOUSCRIT LA FORMULE BASE PRIME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE BRANCHE. ELLE SE REND CHEZ SON MÉDECIN TRAITANT, QU'ELLE A BIEN DÉCLARÉ À L'ASSURANCE MALADIE. CE DERNIER LUI RECOMMANDE DE CONSULTER UN DERMATOLOGUE.

LE MONTANT DE LA CONSULTATION DE SON GÉNÉRALISTE EST DE 25€.

● **Son médecin généraliste est adhérent à l'OPTAM.** Cela signifie qu'il fera des dépassements d'honoraires maîtrisés. L'adhésion du médecin à l'OPTAM lui permettra d'être mieux couverte par la Sécurité sociale et par sa complémentaire santé de Branche.

● **Le montant pris en charge par la Sécurité sociale est de 16,50 €** (base de remboursement de 25,00 € et taux de remboursement de 70 % moins 1€ de franchise).

Le montant pris en charge par sa complémentaire santé de Branche, Sécurité sociale comprise, est au maximum de 100% de la base de remboursement, soit 24 €

● **Le montant restant à la charge** de Mme Dupont sera donc de $25 - (24) = 1 €$

● **Elle suit le parcours de soins coordonnés et se rend chez un dermatologue conventionné de secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM.**

● **Le montant de la consultation du dermatologue est de 60€.**

● **Pour un médecin spécialiste conventionné de secteur 2 et ayant adhéré à l'OPTAM, le montant pris en charge par la Sécurité sociale est de 20 €.** (base de remboursement de 30 € et taux de remboursement de 70 % moins 1 € de franchise).

● **Le montant pris en charge par sa complémentaire santé de Branche, Sécurité sociale comprise, est de 150% de la base de remboursement, soit 45 €. C'est à dire ($30€ \times 150\%$).**

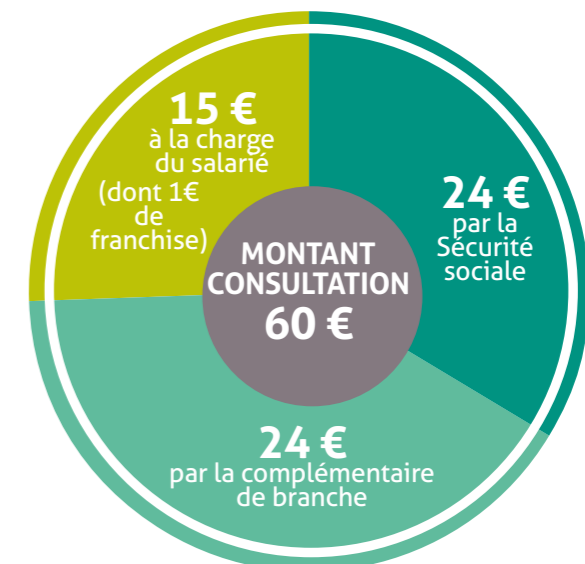
● **Le montant restant à la charge** de Mme Dupont sera donc de $60 - (45) = 15 €$

SI MME DUPONT CONSULTE LE MÊME SPÉCIALISTE SANS AVOIR VU AVANT SON GÉNÉRALISTE OU SI ELLE N'A PAS DÉSIGNÉ SON MÉDECIN TRAITANT, ELLE EST DONC HORS PARCOURS DE SOINS.

● **Dans ce cas le montant pris en charge par la Sécurité sociale est de 6,50 €** (base de remboursement de 25 € et taux de remboursement de 30 % moins 1 € de franchise)

● **Le montant pris en charge par le régime de branche, Sécurité sociale comprise, est de 100% de la base de remboursement, soit 25 €**

● **Le montant restant à la charge** de Mme Dupont sera donc de $60 - 25 = 35 €$





A NOTER

RENDEZ-VOUS SUR LE SITE
ANNUAIRE.SANTE.AMELI.FR

Vous pourrez rechercher un établissement ou un professionnel de santé et connaître ses pratiques tarifaires. Pour plus de détails, reportez vous au schéma p.17.

D. LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

La Sécurité sociale fixe une base de remboursement pour chaque acte médical. Lorsque le prix de la consultation (ou l'acte médical) est supérieur à ce tarif, on parle de dépassement d'honoraires.

Par exemple, la Sécurité sociale fixe le tarif d'une consultation à 23 € chez un spécialiste de secteur 2 non adhérent à l'OPTAM mais le patient doit régler 60 €. La différence de 37 € (= 60 - 23 €) correspond au dépassement d'honoraires qui n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale.

Les médecins conventionnés du secteur 1 appliquent la base de remboursement de la Sécurité sociale. Les médecins conventionnés du secteur 2 pratiquent des honoraires libres, ils sont autorisés à appliquer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ».

E. LES MESURES DE PRÉVENTION DE SANTÉ

Pour préserver votre santé, l'Assurance Maladie prend en charge certains actes de prévention.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le site www.ameli.fr, à l'adresse : <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages>

Quelques exemples de mesures de prévention prises en charge par l'assurance maladie :

- A partir de 50 ans, dépistage du cancer du sein et du cancer coloréctal ;
- Pour les enfants et adolescents, examen buco dentaire MT'dents tous les 3 ans.

F. LA FRANCHISE MÉDICALE

La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments
- 0,50 € par acte paramédical
- 2 € par transport sanitaire

Le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

De plus, un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

On ne peut pas déduire :

- plus de 2 € par jour pour les actes paramédicaux chez le même professionnel,
 - plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.
- Toutes les personnes sont concernées par la franchise, sauf :
- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans,
 - les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C),
 - les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après la date de l'accouchement),

Une participation forfaitaire de 1 € s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Vous êtes concerné par la participation forfaitaire de 1 € si vous avez plus de 18 ans depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours.

Il n'y a pas de participation forfaitaire de 1 € à régler :

- pour les consultations des enfants et des jeunes de moins de 18 ans,
- à partir du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après la date de l'accouchement,
- si vous êtes bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).



A NOTER

la franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence.





4 VOS REMBOURSEMENTS

1. LES DIFFÉRENTS TYPES DE GARANTIES

Le régime de la Branche propose trois formules de prestations, à savoir :

- Formule base prime
- Formule confort
- Formule confort PLUS

L'affiliation au régime base prime est obligatoire, sauf cas de dispenses évoqués en page 7.

Si vous le souhaitez, vous pouvez bénéficier de meilleures garanties en souscrivant à l'un des deux niveaux supérieurs proposés : « Confort » ou « Confort Plus ».

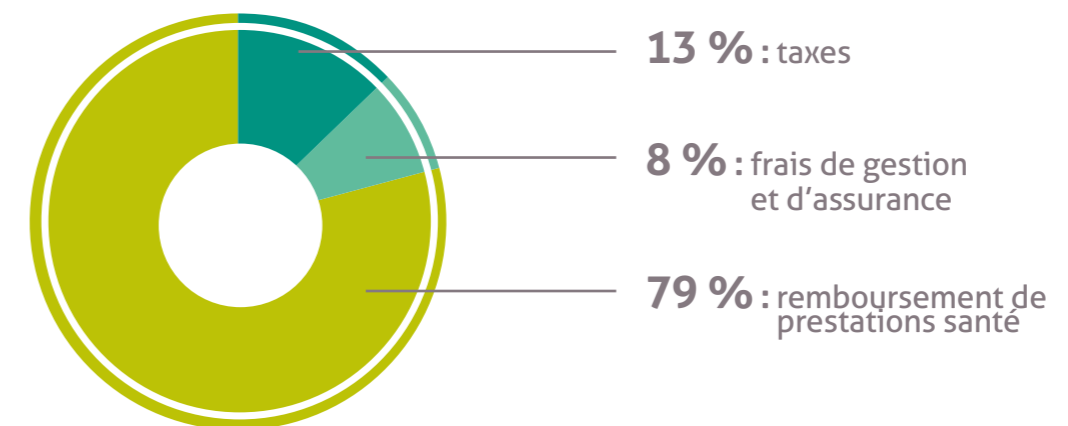
Tous les membres de la famille sont couverts sur la même formule.

La cotisation au régime base prime est répartie de manière équivalente entre l'employeur (50%) et le salarié (50%). Le supplément de cotisation pour les régimes confort et confort plus est intégralement à votre charge. La cotisation est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

Elle évolue en conséquence automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année, avec la revalorisation du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.



QUE FINANCENT LES COTISATIONS ?



Le détail de chaque formule figure ci-après.

EXEMPLE DE COTISATIONS EN 2018 POUR LA FORMULE BASE PRIME REGIME GENERAL

SITUATION PERSONNELLE	MONTANT DE LA COTISATION PAYÉE PAR LE SALARIÉ	MONTANT DE LA COTISATION PAYÉE PAR L'EMPLOYEUR
Salarié seul	21,53 €	21,53 €
Salarié qui couvre ses deux enfants	69,01 €	21,53 €

EXEMPLE DE COTISATIONS EN 2018 POUR LA FORMULE BASE PRIME ALSACE MOSELLE

SITUATION PERSONNELLE	MONTANT DE LA COTISATION PAYÉE PAR LE SALARIÉ	MONTANT DE LA COTISATION PAYÉE PAR L'EMPLOYEUR
Salarié seul	13,98 €	13,98 €
Salarié qui couvre ses deux enfants	44,83 €	44,83 €



SI VOUS SOUHAITEZ CHANGER DE NIVEAU DE GARANTIES

Vous avez la possibilité de le faire au 1^{er} janvier de chaque année. Vous devez pour cela, en faire la demande à l'organisme assureur au moins 3 mois avant la fin de l'année civile, soit avant le 30 septembre de l'année précédente, par lettre recommandée avec accusé de réception et après deux années complètes d'affiliation à l'une des formules.

En cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, signature d'un Pacte Civil de Solidarité, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint du concubin, du partenaire pacsé ou d'un enfant, ...) ou encore en cas de changement de votre situation professionnelle (embauche, licenciement, changement de statut), la condition des deux années complètes n'est pas requise. Toute modification de formule de garanties s'applique à l'ensemble de vos ayants-droit. Tous les membres de la famille sont couverts sur la même formule.



2. EXEMPLES PRATIQUES DE PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DE LA FORMULE « BASE PRIME »

A. LA CONSULTATION D'UN MÉDECIN SPÉCIALISTE



COMBIEN SEREZ-VOUS REMBOURSÉ ?

MADAME DUPONT A DES PROBLÈMES DE PEAU. ELLE VIT À PARIS ET A SOUSCRIT LA FORMULE BASE PRIME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE BRANCHE. ELLE SE REND CHEZ SON MÉDECIN TRAITANT, QU'ELLE A BIEN DÉCLARÉ À L'ASSURANCE MALADIE. CE DERNIER LUI RECOMMANDE DE CONSULTER UN DERMATOLOGUE.

SON MÉDECIN GÉNÉRALISTE EST ADHÉRENT À L'OPTAM.

Cela signifie qu'il fera des dépassements d'honoraires maîtrisés. L'adhésion du médecin à l'OPTAM lui permettra d'être mieux couverte par la Sécurité sociale et par sa complémentaire santé de Branche.

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

LE MONTANT DE LA CONSULTATION DE SON GÉNÉRALISTE EST DE 25€.

REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT FORMULE BASE PRIME	RESTE À CHARGE
16,50 €	7,50 €	1 €

Elle suit le parcours de soins coordonnés et se rend chez un dermatologue conventionné de secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM.

DERMATOLOGUE

LE MONTANT DE LA CONSULTATION DU DERMATOLOGUE EST DE 60€.

REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT FORMULE BASE PRIME	RESTE À CHARGE
20 €	25 €	15 €
REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT FORMULE CONFORT	RESTE À CHARGE
20 €	32,50 €	7,50 €
REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT FORMULE CONFORT PLUS	RESTE À CHARGE
20 €	39 €	1 €

B. DES SOINS DENTAIRES



MADAME DUPONT CONSULTE UN DENTISTE POUR LA MISE EN PLACE D'UNE COURONNE. LE DEVIS DE SON DENTISTE INDIQUE UN MONTANT DE 550€. LA BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EST DE 107.5€ ET LE TAUX DE REMBOURSEMENT DE 70%.

LE MONTANT PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE S'ÉLÈVE DONC À 75.25€.

REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT FORMULE BASE PRIME	RESTE À CHARGE
75,25 €	247,25 € (300% DE LA BASE DE REMBOURSEMENT)	227,50 €
REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT FORMULE CONFORT	RESTE À CHARGE
75,25 €	301 € (350% DE LA BASE DE REMBOURSEMENT)	173,75 €
REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT FORMULE CONFORT PLUS	RESTE À CHARGE
75,25 €	354,75 € (400% DE LA BASE DE REMBOURSEMENT)	120,00 €

C. DES DÉPENSES EN OPTIQUE



MADAME DUPONT A BESOIN DE CHANGER LA CORRECTION DE SES LUNETTES. SON OPHTALMOLOGUE LUI A PRESCRIT DES VERRS MULTIFOCAUX D'UNE PUISSANCE DE 4 DIOPTRIES (CORRECTION FAIBLE). ELLE A ACHETÉ CHEZ SON OPTICIEN UNE PAIRE DE LUNETTES COÛTANT 450€ DONT 150€ POUR LA MONTURE.

Le tarif pris en charge par la Sécurité sociale est de 60 % de 2,84 euros, pour la monture. Compte tenu de la puissance et du cylindre des verres de Mme Dupont, le tarif applicable est de 7.32€ par verre et le taux de remboursement est de 60%.

LE MONTANT PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2 VERRS ET UNE MONTURE EST DE 10.48€.

REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT FORMULE BASE PRIME	RESTE À CHARGE
10,48 €	90 € POUR LA MONTURE + 240 € POUR LES VERRS	109,52 €
REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT FORMULE CONFORT	RESTE À CHARGE
10,48 €	115 € POUR LA MONTURE + 291,22 € POUR LES VERRS	33,30 €
REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT FORMULE CONFORT PLUS	RESTE À CHARGE
10,48 €	125 € POUR LA MONTURE + 291,22 € POUR LES VERRS	23,30 €



D. LA PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION



MADAME DUPONT EST HOSPITALISÉE POUR SUBIR UNE OPÉRATION DU GENOU. ELLE A DEMANDÉ À BÉNÉFICIER D'UNE CHAMBRE SEULE PENDANT SON SÉJOUR.

Le montant pris en charge par la Sécurité sociale correspond à 80% de ses dépenses hors dépassements d'honoraires et en dehors de certains frais, tels que :

- chambre particulière, télévision, téléphone...
- le forfait hospitalier : il s'agit de la participation des assurés au financement des frais d'hébergement associés à son hospitalisation. Il est fixé réglementairement à 18€ par jour en hôpital ou en clinique.

Dans le cadre de l'assurance complémentaire mise en place par la Branche, le recours à une chambre particulière est remboursé à hauteur de 49,03€ / jour (valeur 2017), le forfait hospitalier est pris en charge à 100% du tarif réglementaire. Selon que les médecins ont adhéré ou non à l'OPTAM, restent à sa charge les éventuels dépassements d'honoraires au-delà des garanties liés aux soins de santé effectués (anesthésie, chirurgie...).

A NOTER : Rendez-vous sur le site annuaire.sante.ameli.fr vous pourrez rechercher un établissement ou un professionnel de santé et connaître ses pratiques tarifaires. Pour plus de détails, reportez vous au schéma p.17.

Madame Dupont a engagé 1450€ de dépenses d'honoraires de chirurgien et anesthésiste. La prise en charge de sa dépense va varier selon que les médecins ont ou non adhéré à l'OPTAM et selon la formule choisie :

	FORMULE BASE PRIME		FORMULE CONFORT		FORMULE CONFORT PLUS	
	Médecins adhérents OPTAM	Médecins non adhérents OPTAM	Médecins adhérents OPTAM	Médecins non adhérents OPTAM	Médecins adhérents OPTAM	Médecins non adhérents OPTAM
Prise en charge par la complémentaire santé de la Branche incluant le remboursement par la Sécurité sociale	1 161 €	1 006.20 €	1 354.50 €	1 199.70 €	1 450 €	1 393.20 €
Reste à charge pour Mme Dupont	289 €	443.80 €	95.50 €	250.30 €	0 €	56.80 €

CONSOMMATION RESPONSABLE

Certaines pratiques dans votre consommation de soins peuvent vous permettre de limiter vos dépenses. Vous parvenez ainsi à un double effet vertueux :

- vous réduisez votre reste à charge,
- vous contribuez à l'équilibre du régime complémentaire de la Branche et à la préservation de l'assurance maladie.

Voici quelques bonnes pratiques que vous pouvez avoir à l'esprit / mettre en oeuvre quand c'est possible :

- respecter le parcours de soins coordonnés,
- faire appel à des prestataires de santé adhérents à l'OPTAM,
- recourir aux opticiens, audio-prothésistes adhérents aux réseaux proposés par les organismes assureurs du régime,
- demander au prestataire de santé un devis avant de réaliser les soins...

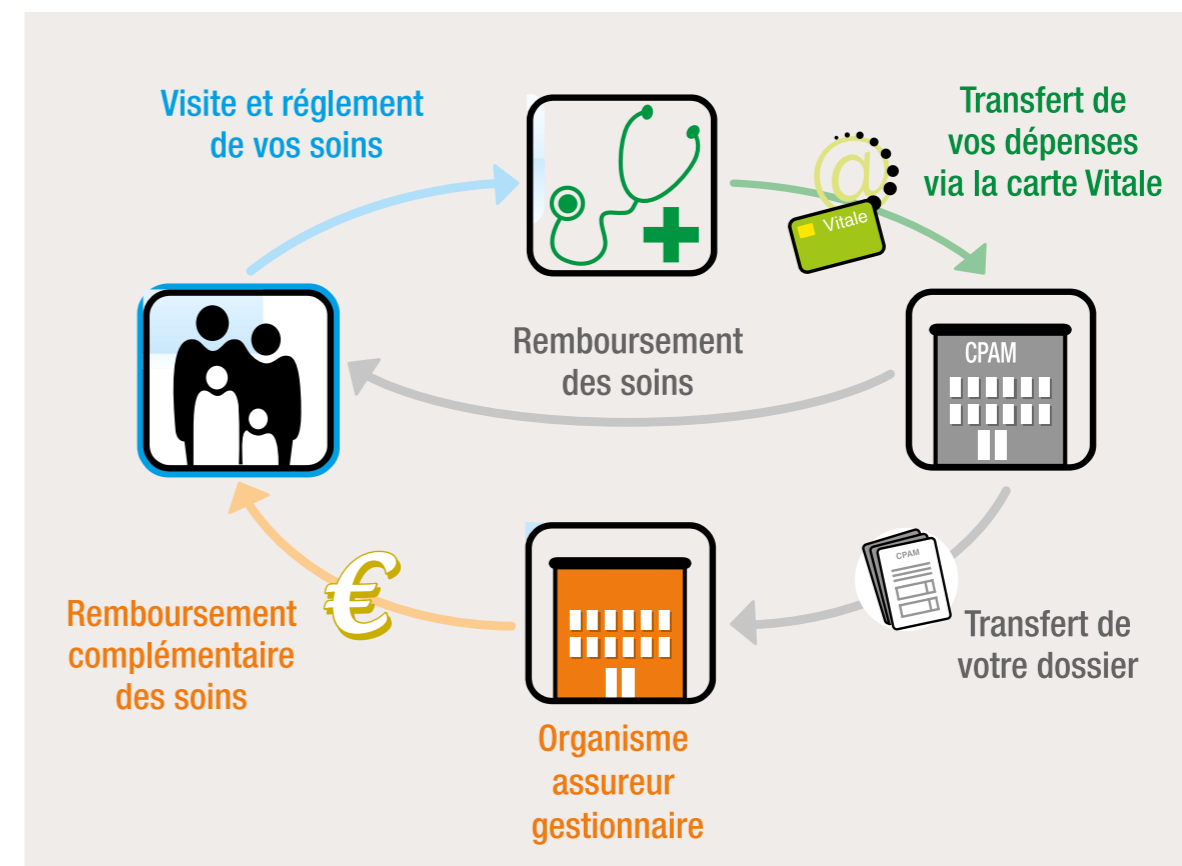


3. PROCÉDURES DE REMBOURSEMENT DE VOS DÉPENSES DE SANTÉ

A. QU'EST-CE QUE LA NOÉMISATION ?

La télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) permet l'échange d'informations entre votre complémentaire santé et l'Assurance Maladie. Vos remboursements sont effectués de manière automatique.

Votre complémentaire santé procède ensuite aux remboursements par virement sur votre compte bancaire ou postal.





ATTENTION

SI VOUS AVEZ DÉCIDÉ DE COUVRIR VOTRE CONJOINT, le régime de Branche peut intervenir pour les dépenses restant à sa charge s'il est déjà assuré par ailleurs dans la limite des frais engagés. Dans ce cas, il convient d'adresser à votre complémentaire santé l'original du décompte de la complémentaire de votre conjoint accompagné de la photocopie du décompte de la Sécurité sociale et de la facture.

B. COMMENT BÉNÉFICIER DE LA NOÉMISATION ?

Adressez à votre complémentaire santé (**au moment de votre affiliation ou en cas de changement de caisse d'Assurance Maladie**), la copie de votre attestation de droits Sécurité sociale et éventuellement, celle de vos ayants droit (uniquement s'ils n'ont pas leur propre organisme complémentaire).

Pour vérifier que la télétransmission fonctionne, le message suivant apparaît sur votre décompte Sécurité sociale « ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'Assurance Maladie à votre organisme complémentaire. ». Vous pouvez également vérifier sur www.ameli.fr, rubrique Mon compte.

Cas spécifiques où NOEMIE ne fonctionne pas :

- **Les conjoints ou concubins ou pacsés déjà bénéficiaires de la télétransmission dans le cadre d'un autre contrat auprès de leur employeur.**
- **Les personnes couvertes par un régime spécifique.**

4. LES PRESTATIONS DE SANTÉ QUI NÉCESSITENT L'ENVOI DE JUSTIFICATIFS SPÉCIFIQUES À L'ORGANISME ASSUREUR

A. HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE

Si vous ne bénéficiez pas du tiers payant (voir page suivante) ou de la noémisation, les justificatifs suivants seront à adresser à l'organisme assureur :

- **factures originales détaillées,**
- **décomptes originaux de la Sécurité sociale,**
- **bordereau de facturation ou avis des sommes à payer acquittées.**

B. DÉPENSES D'OPTIQUE

En cas de renouvellement de votre équipement justifié par une évolution de votre vue, vous devez transmettre la prescription médicale précisant la nouvelle correction et les mentions portées par l'opticien qui a adapté votre vue. Vous devrez également adresser la prescription ou tout autre document qui précise votre équipement précédent.

Si vous ne bénéficiez pas du tiers payant, vous devez envoyer :

- **les factures originales détaillées,**
- **les décomptes originaux de la Sécurité sociale,**
- **en cas de lentilles non remboursées par la Sécurité sociale,** une copie de l'ordonnance et des factures acquittées.

C. SOINS DENTAIRES ET ORTHODONTIE

Pour les soins dentaires ou d'orthodontie, vous devez envoyer à l'organisme assureur :

- **les factures originales détaillées et codifiées,** c'est-à-dire détaillant la nature des actes réalisés,
- **les décomptes originaux de la Sécurité sociale, si vous ne bénéficiez pas du tiers payant ou de la noémisation.**

D. MATERNITÉ OU ADOPTION D'UN ENFANT DE MOINS DE 16 ANS

Plusieurs justificatifs, au choix, peuvent être adressés à l'organisme assureur :

- **un original ou une copie de l'acte de naissance** ou d'adoption de l'enfant,
- **un original ou une copie du livret de famille** délivré par la mairie et certifié sincère par l'assuré.

E. CURES THERMALES

Vous devez adresser à l'organisme assureur :

- **les factures originales détaillées de l'établissement thermal,**
- **les décomptes originaux de la Sécurité sociale, si vous ne bénéficiez pas du tiers payant ou de la noémisation et uniquement dans le cadre d'une prise en charge de la Sécurité sociale.**

F. SOINS PRESCRITS MAIS NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pour certains soins ou produits de santé tels que les pilules contraceptives, le vaccin contre la grippe... Vous devez adresser les justificatifs suivants :

- **la copie de l'ordonnance qui établit la prescription,**
- **les factures originales détaillées, datées et acquittées du pharmacien.**

5. LE TIERS PAYANT

Le tiers payant est le mécanisme par lequel l'Assurance Maladie ou votre assurance complémentaire « paie » à votre place vos dépenses de santé.

Concrètement vous n'avez pas à faire l'avance des frais : le coût de la consultation médicale est pris directement en charge par l'Assurance Maladie et le régime de Branche.

Une carte de Tiers Payant vous a été transmise. Celle-ci est nominative et mentionne les actes pour lesquels le tiers payant s'applique.

Vos ayants droit sont également inscrits sur votre carte de Tiers Payant, exception faite des conjoints et enfants majeurs, pour lesquels une carte individuelle est émise.



ATTENTION

LA PRISE EN CHARGE EST LIMITÉE À 1 ÉQUIPEMENT OPTIQUE (Verres + montures) tous les deux ans, sauf changement de correction médicalement constatée. N'hésitez pas à faire plusieurs devis avant de faire votre choix.



ATTENTION

SI VOUS PRÉSENTEZ CHEZ VOTRE PRATICIEN VOTRE CARTE VITALE SANS LA CARTE DE TIERS PAYANT, vous ne bénéficierez que du tiers payant Sécurité sociale. Il est alors impératif d'adresser à votre complémentaire santé le justificatif de paiement pour prétendre au remboursement de la part complémentaire (sinon vous ne serez pas remboursé).



5 LE FONDS SOCIAL DE BRANCHE

Pour aider les salariés de la Branche qui auraient à faire face à une situation particulièrement difficile, la Branche s'est dotée d'un fonds social. Il sert à fournir un soutien financier à un salarié ou à ses ayants droit (voir liste exhaustive page 9) lorsque des dépenses de santé déséquilibrent fortement le budget familial.

Deux niveaux d'aide peuvent être alloués : une aide fournie par les organismes assureurs et une aide accordée par la Branche elle-même. Ces deux soutiens se complètent.

L'attribution de cette aide financière n'est pas automatique et est fonction de la situation sociale et financière du salarié qui en fait la demande.

Exemples d'aides :

- Frais dentaires
- Frais d'optique
- Opération de chirurgie de la myopie
- Orthophonie
- Orthodontie
- Implants et greffes
- Prothèses auditives
- Psychothérapie
- Psychomotricité
- ...



Pour bénéficier d'une aide au titre du fonds social, vous devez en faire la demande auprès de l'organisme assureur de votre employeur. L'organisme assureur vous envoie un dossier à compléter et à lui retourner. La procédure est anonyme et confidentielle. Si votre demande est acceptée, vous pouvez recevoir une aide de la part des organismes assureurs, dans le cadre de leurs actions sociales, puis, éventuellement, une aide de la part du fonds social de la Branche elle-même.

Vous êtes adhérent, contactez votre organisme assureur pour bénéficier des services proposés.



6 RESEAUX ET SERVICES

L'organisme assureur qui gère votre assurance complémentaire de Branche peut avoir mis à votre disposition un réseau de soins ainsi que certains services qui simplifieront vos démarches et pourront, éventuellement, limiter le montant de vos dépenses. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de votre gestionnaire pour en savoir plus.

A travers la mise en place de réseaux de soins, les organismes assureurs ont généralement identifié des prestataires de santé qui s'engagent à offrir un service de qualité à leurs adhérents, parmi lesquels :

- tiers payant,
- tarifs négociés chez les opticiens ou audioprothésistes notamment...

Par ailleurs, de nombreux organismes assureurs ont mis en place des services additionnels à la gestion de votre contrat : mesures de prévention, conseils diététiques, applications mobiles pour le suivi de vos remboursements...

CONTACTS UTILES



tel : 09 69 32 2000
(appel non surtaxé)

- POUR VOTRE AFFILIATION
OU CELLE DE VOS AYANTS DROIT :

AG2R LA MONDIALE
Affiliations santé
TSA 10032
59711 LILLE Cedex 09



tel : 09 69 39 49 94
(appel non surtaxé)
Accueil du lundi au vendredi
de 9h00 à 18h00

Macif-Mutualité
Centre de Gestion - BP 21
93201 Saint-Denis Cedex.



HUMANIS
AIDE À DOMICILE
TSA 40022
59 049 LILLE CEDEX

tel : 0970 808 717

- EN CAS DE DEMANDE D'ADHÉSION
À TITRE INDIVIDUEL :

HUMANIS
Service VAD CCN
303 rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex

tel : 09 77 400 555
Accueil du lundi au vendredi
de 9h00 à 17h30

fax : 01 58 82 54 39

@ vadccn@humanis.com

- EN CAS DE RECOURS AU FONDS SOCIAL :

Humanis Service Social
tel : 09 72 72 23 23



MUTEX
125 avenue de Paris,
92327 CHÂTILLON Cedex.

Agissant en son nom et pour le compte des mutuelles
assureurs et gestionnaires : AREA Mutuelle, APREVA,
EOVI MCD, HARMONIE MUTUELLE, MUT'EST, UMC,
MUTUELLE SAINT GERMAIN, SMIRSEP, OCIANE.

Chaque structure est affiliée localement à une
des mutuelles ci-dessus.
Pour connaître les coordonnées de votre structure dédiée,
consultez leur site internet.



2

LES DÉMARCHES EMPLOYEUR

AFFILIATION / RADIATION D'UN NOUVEAU SALARIÉ.....	34
SUIVI DES EFFECTIFS	35
RÈGLEMENT DES COTISATIONS.....	36
CONTACTS UTILES.....	38



ATTENTION

UNE PARTIE DE L'IMPRIMÉ EST À COMPLÉTER, DATER ET SIGNER PAR VOS SOINS, EN QUALITÉ D'EMPLOYEUR.

Vous devez communiquer à chaque nouveau salarié affilié au régime les documents suivants, fournis par l'organisme assureur :

- **notice d'information,**
- **bulletin d'affiliation**

Il vous appartient de faire la preuve de la bonne communication de ces documents auprès de vos salariés.

1. AFFILIATION / RADIATION D'UN NOUVEAU SALARIÉ

A l'entrée de chaque nouveau salarié, vous devez lui proposer de compléter un **bulletin d'affiliation** au régime conventionnel. Vous adresserez sans délai à l'organisme assureur ce bulletin d'affiliation accompagné des justificatifs utiles (voir page 10 début des garanties).

Pour les salariés qui souhaitent bénéficier d'une dispense d'adhésion, il vous appartient de leur faire renseigner le formulaire de dispense d'affiliation que vous complétez également pour la partie vous concernant. Vous l'adresserez ensuite à l'organisme assureur. Vous en conserverez une copie que vous pouvez être amené à produire en cas de contrôle Urssaf.

EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL :

Vous devez indiquer à l'organisme assureur : l'identité des salariés sortant de votre structure, la date de rupture du contrat de travail et le motif de départ.

Vis-à-vis de votre salarié sortant éligible à la portabilité de l'assurance complémentaire de Branche, vous devez signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail que vous lui remettez. En effet, il doit pouvoir demander, s'il le souhaite, à bénéficier de la portabilité de l'assurance complémentaire de Branche.

VERSEMENT SANTÉ

Vous devez proposer l'adhésion à la complémentaire santé de la Branche à tous les salariés, y compris les apprentis. Cependant, vous pouvez délivrer une dispense d'adhésion à certains salariés, notamment :

- en contrat de travail à durée déterminée (CDD) de moins de 3 mois ;
- en contrat de mission de moins de 3 mois (intérimaires) ;
- à temps partiel (jusqu'à 15 heures par semaine).

Ces salariés peuvent :

- soit souscrire à la couverture complémentaire santé de la Branche ;
- soit demander à en être dispensés au bénéfice du versement santé.

Dans ce cas, vous serez tenu de financer la même contribution pour ces salariés que pour les autres salariés adhérents à la complémentaire santé de la Branche. Ce montant sera majoré en fonction des coefficients prévus au contrat, soit :

- 105% pour les CDI (temps partiels inférieurs à 15h/semaine)
- 125% pour les CDD.

Dans le cas où le salarié contracte 2 contrats successifs de moins de 3 mois et que la durée globale des 2 contrats dépasse 3 mois, le versement santé est dû uniquement au titre du premier contrat.

Lorsque plusieurs CDD sont conclus avec le même salarié, sans être successifs, le versement santé doit être pris en compte contrat par contrat.



2. SUIVI DES EFFECTIFS

A chaque modification de la situation de famille (divorce, mariage...) ou changement de situation professionnelle qui entraînerait une suspension du contrat de travail (congé sabbatique, congé sans solde...) de vos salariés, vous devez en informer l'organisme assureur dans les 3 mois suivant l'événement.

Avant le 31 janvier de chaque année, vous devez renvoyer la liste des salariés affiliés au contrat en reprenant toutes les informations propres à chaque salarié.

Le cas échéant, cette liste doit préciser les salariés en incapacité, invalidité ou incapacité permanente professionnelle. Elle doit également mentionner les salariés en temps partiel thérapeutique, congé maternité ou ceux dont le contrat de travail est suspendu.

3. RÈGLEMENT DES COTISATIONS

A. MONTANT

Les cotisations au régime de frais de santé de Branche pour la formule Base Prime s'élèvent à :

- **1,301% du salaire forfaitaire plafond de la Sécurité sociale**, soit 43.08 € par mois (valeur au 1^{er} janvier 2018) pour les salariés qui relèvent du régime général de la Sécurité sociale
- **0,844% du salaire forfaitaire plafond de la Sécurité sociale**, soit 27.94 € par mois (valeur 2018) pour les salariés qui relèvent du régime local d'Alsace Moselle.

Elles sont réparties à hauteur de :

- **50% à la charge du salarié,**
- **50% à la charge de l'employeur.**

La cotisation est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) et évolue de ce fait chaque 1^{er} janvier avec la mise à jour du PMSS.



B. DÉLAI

Vous êtes responsable du paiement des cotisations auprès de l'organisme assureur, y compris de la part salariale pour la formule Base Prime. Les cotisations sont appelées mensuellement mais le paiement intervient tous les trimestres à terme échu et doit être accompagné par l'envoi du bordereau trimestriel de cotisations dûment complété. Vous disposez d'un délai de 10 jours suivant la fin de chaque trimestre civil pour procéder au règlement.

Les cotisations pour les ayant droits du salarié ou les formules Confort ou Confort + sont réglées directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Les cotisations sont maintenues pour les salariés qui bénéficient d'un maintien partiel de rémunération ou d'indemnités journalières complémentaires tels que les salariés en arrêt de travail de longue durée ou en incapacité permanente professionnelle par exemple. Les salariés en congé parental ou congé sabbatique, ne bénéficient plus du financement par l'employeur de la cotisation au régime de la Branche.

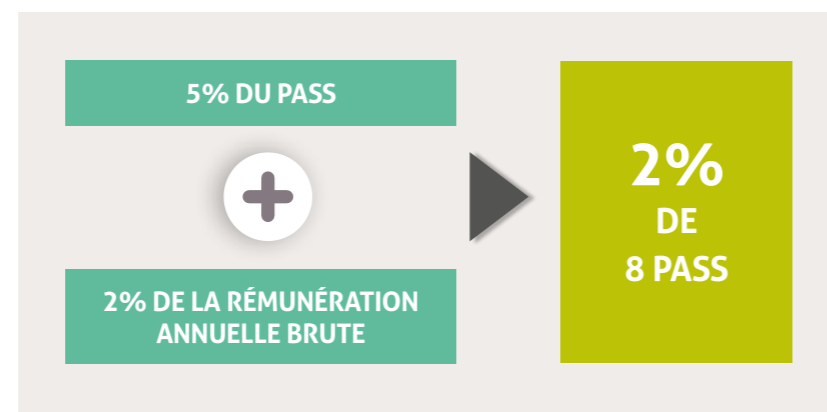
C. STATUT FISCAL ET SOCIAL

S'il respecte certaines conditions, le contrat de frais de santé de base pour lequel l'employeur participe effectivement au paiement des cotisations (Formule Base Prime), peut bénéficier d'une exonération sociale et en partie d'une déductibilité fiscale, dans la limite de certains plafonds.

Pour cela, le contrat doit être collectif, obligatoire et responsable, ce qui est le cas du régime de la Branche.

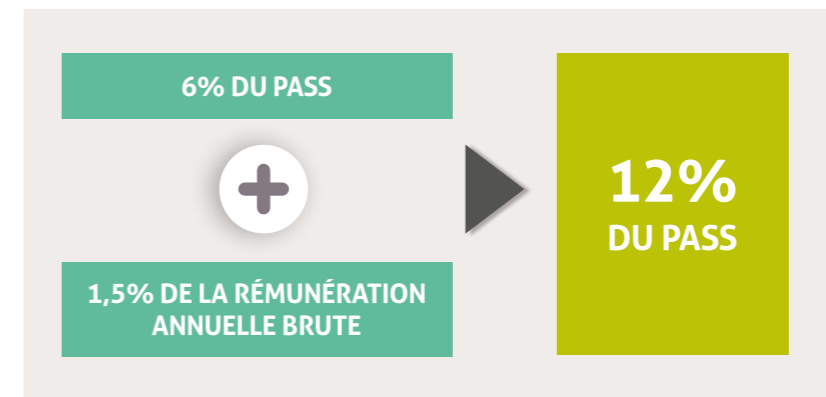
EXONÉRATION FISCALE :

La part salariale des cotisations santé est déductible du revenu imposable du salarié dans la double limite ci-dessous :



EXONÉRATION DE CHARGES SOCIALES :

La contribution de l'employeur n'est pas considérée comme du salaire et est donc exonérée de cotisations Sécurité sociale dans une double limite :



EXEMPLE

LA COTISATION AU RÉGIME DE LA BRANCHE EST FORFAITAIRE ET S'ÉLÈVE EN 2018 À 43.08 € PAR MOIS.

Elle est financée à parts égales par l'employeur et le salarié.
Pour un intervenant, le taux de charges sociales normalement appliqué est de 26.84%.
Avec une exonération de charges sociales sur le financement employeur de la cotisation, cela représente une économie de 5.78€ / mois ou 69.36€ / an.

CSG CRDS À LA CHARGE DU SALARIÉ :

La totalité de la contribution de l'employeur supporte de la CSG CRDS à hauteur de 8% à la charge du salarié :

CSG déductible : 5,10% de la contribution employeur
CSG non déductible : 2,4% de la contribution employeur
CRDS non déductible : 0,5% de la contribution employeur

CONTACTS UTILES



tel : 0972 67 2222

Chaque structure dispose d'un interlocuteur dédié localement, pour le connaître rendez vous sur :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/entreprises/convention-collective-nationale/champ-d-application-de-la-ccn-aide-a-domicile/offre-de-sante-a-destination-de-la-ccn-aide-a-domicile>

ACTION SOCIALE :

tel : 0970 808 243



tel : 09 69 39 49 94

(appel non surtaxé)
Accueil du lundi au vendredi
de 9h00 à 18h00

fax : 05 49 16 13 99

Macif-Mutualité
Support Technico Commercial
BP 69109
79061 Niort Cedex 9



MUTEX
125 avenue de Paris,
92327 CHÂTILLON Cedex.

Agissant en son nom et pour le compte des mutuelles assureurs et gestionnaires : AREA Mutuelle, APREVA, EOVI MCD, HARMONIE MUTUELLE, MUT'EST, UMC, MUTUELLE SAINT GERMAIN, SMIRSEP, OCIANE.

Chaque structure est affiliée localement à une des mutuelles ci-dessus.
Pour connaître les coordonnées de votre structure dédiée, consultez leur site internet.



HUMANIS
AIDE À DOMICILE
TSA 40022
59 049 LILLE CEDEX

tel : 0970 808 717

EN CAS DE DEMANDE D'ADHÉSION
À TITRE INDIVIDUEL :

HUMANIS
Service VAD CCN
303 rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex

tel : 09 77 400 555
Accueil du lundi au vendredi
de 9h00 à 17h30

fax : 01 58 82 54 39

vadccn@humanis.com

EN CAS DE RECOURS AU FONDS SOCIAL :

Humanis Service Social
tel : 09 72 72 23 23

LES PARTENAIRES SOCIAUX DE LA BRANCHE



WWW.AIDEADOMICILE-LABRANCHE.FR



