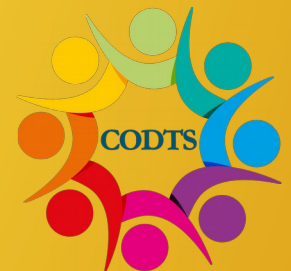


Préambule : Histoire de la convention médicale en 3 diapos (1)

- 1927 Charte par les premiers syndicats de médecins,
- *4 principes fondateurs :*
 - *la liberté totale d'installation,*
 - *la liberté de prescription,*
 - *la liberté de fixation des tarifs par entente directe*
 - *le secret professionnel.*



Préambule : Histoire de la convention médicale en 3 diapos (2)

- 19 octobre 1945, 1ères négociations conventionnelles
 - d'encadrer les dépassements d'honoraires
 - et asseoir les bases de remboursement.
- 1971 : Conventionnement Départemental ==> National
- Loi du 3 juillet 1971 qui pose le cadre national entre les libéraux et l'assurance maladie :
 - un tarif unique
 - accès aux soins des assurés
 - remboursement aux professionnels.

Préambule : Histoire de la convention médicale en 3 diapos (3)

- **1980**, Création du secteur 2 : « secteur conventionné à honoraires libres » où les dépassements sont autorisés.
- **1990** : Restriction du S2 en raison de son succès.
- **2012** : création du CAS, voulant inciter les médecins S2 (et certains médecins S1) à réguler leurs honoraires en fonction des statistiques de remboursement.

Les Contrats de Mutuelle

*Les nouveaux contrats,
responsables et solidaires,
vont-ils permettre de libérer la tarification
de la consultation médicale?*

Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

Soit une consultation $C = 23\text{€}$

C'est la base de Remboursement : BRSS, ou

BR

=

Le patient paye une participation forfaitaire

PF

+

La sécu rembourse un remboursement obligatoire

AMO (ou RO)

+

La mutuelle rembourse le ticket modérateur :

AMC (ou TM)

Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

- Jusqu'à maintenant on avait à l'esprit :
 - $BR = RO + PF + TM$
 - $23 = 15,10 + 1 + 6,90$
- = Au pire, le patient paye 6,90€ de **TM**, puis la SS prélève 1€ de **PF**

Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

- Les anciens contrats de mutuelle parlaient de la BRSS, ou du TM en ces termes :
- « Vous êtes remboursé 100 % du TM »,
- « Votre couverture mutuelle est de 30 % »
- Toute dépense au-delà était à la charge du patient.
- **Cela n'intéressait pas le médecin.**

Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

- Les nouveaux contrats de mutuelles sont dits **responsables et solidaires** (30) :
 - QQ age et conditions de santé.
 - Loi Leroux (2013), existent depuis Avril 2015.
 - Ils seront obligatoires en 2017. Nous sommes en période de transition.

Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

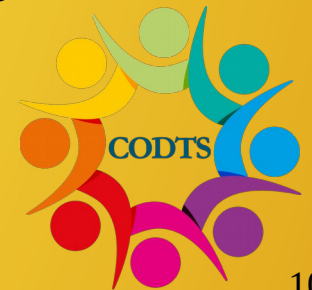
- Les nouveaux contrats sont présent plus d'une fois sur deux en ce moment (plus d'un contrat sur deux!)
- Les mutuelles n'en parlent pas ou peu, car cela les dispense de rembourser des dépenses qui n'ont pas lieu...Alors que les gens cotisent !
- C'est pour cela que je fais ce Slide !

Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

- La présentation des nouveaux contrats de mutuelle montre une prise en charge modifiée du remboursement des consultations :
 - $TM + x \%BR,$
 - Ou $BR+z \% (...de BR)$
 - Ou $y \%BR, \quad y = z+100$
 - Alors, comme $z=x, y = x+z, le tout /2, +100...☹$
- = **Les mutuelles proposent de rembourser le TM (6,90€) PLUS un certain pourcentage de la BR. Ces options apparaissent dès les contrats de deuxième ou de troisième ordre proposés par votre mutuelle.**



Différents modes d'écriture



Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

Dépense réelle	Compléments d'honoraires	Compléments d'honoraires	Vous (montant restant éventuellement à votre charge)
		Votre complémentaire santé (en fonction de vos garanties)	
	Base de remboursement	Ticket modérateur	Vous
		Participation forfaitaire	
Montant du remboursement de l'assurance maladie obligatoire (sécurité sociale)	l'assurance maladie obligatoire:		

Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

- *Oui, cela est une incitation (masquée?)*
- *Prévue ⁽³⁵⁾ par la Loi*
- *Pour faire un dépassement des honoraires au delà du tarif conventionnel.*

Exemple MIP



MIP BASE - MIP PLUS/2 - MIP PLUS - 01/01/2016

Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats responsables et les décrets pris pour son application (notamment les décrets 2005-1226 du 29/09/2005, 2007-1937 du 26/12/2007 et 2014-1374 du 18/11/2014). Elles sont également conformes aux exigences posées par l'article L911-7 du Code de la Sécurité sociale relatif à la couverture minimale obligatoire dite Panier de soins pour autant que le Souscripteur soit soumis à cette réglementation.

Ne sont pas prises en charge par la Mutuelle, la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 €), les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés, les franchises médicales à la charge du membre participant (0,50 € / boîte de médicaments / acte d'auxiliaires médicaux, 2 € / transport)

		Remboursement Sécurité sociale	MIP BASE	MIP PLUS/2	MIP PLUS
FRAIS MEDICAUX			Les remboursements sont exprimés en complément de ceux de la Sécurité sociale. Les options MIP PLUS et MIP PLUS/2 s'ajoutent aux prestations de MIP BASE.		
Consultations, visites : Généralistes, Spécialistes	<i>praticien CAS</i>	70 ou 100% BR	30% BR	30% BR	60% BR
	<i>praticien non CAS*</i>	70 ou 100% BR	30% BR	10% BR	40% BR
Consultations, visites : Professeurs	<i>praticien CAS</i>	70 ou 100% BR	80% BR	30% BR	60% BR
	<i>praticien non CAS*</i>	70 ou 100% BR	60% BR	10% BR	40% BR
Actes techniques médicaux hors hospitalisation	<i>praticien CAS</i>	70% BR	30% BR	30% BR	60% BR
	<i>praticien non CAS*</i>	70% BR	30% BR	10% BR	40% BR
Actes de chirurgie et d'anesthésie hors hospitalisation	<i>praticien CAS</i>	70% BR	50% BR	150% BR	260% BR
	<i>praticien non CAS*</i>	70% BR	30% BR	50% BR	100% BR
Radiologie : actes d'imagerie, actes d'échographie	<i>praticien CAS</i>	70% BR	30% BR	30% BR	60% BR
	<i>praticien non CAS*</i>	70% BR	30% BR	10% BR	40% BR
Ostéodensitométrie non remboursée		-	30% FR	10% FR	30% FR
Auxiliaires médicaux		60% BR	40% BR	30% BR	60% BR
Podologie (actes POD et AMP)		60% BR	TM+80 €/an	40 €/an	80 €/an
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale		15%/30%/65% TFR	85%/70%/35% TFR	-	-

MIP grossissement

FRAIS MEDICAUX			
Consultations, visites : Généralistes, Spécialistes			<i>praticien CAS</i> <i>praticien non CAS*</i>
Consultations, visites : Professeurs			<i>praticien CAS</i> <i>praticien non CAS*</i>
Actes techniques médicaux hors hospitalisation			<i>praticien CAS</i> <i>praticien non CAS*</i>
Actes de chirurgie et d'anesthésie hors hospitalisation			<i>praticien CAS</i>
Remboursement Sécurité sociale	MIP BASE	MIP PLUS/2	MIP PLUS
Les remboursements sont exprimés en complément de ceux de la Sécurité sociale. Les options MIP PLUS et MIP PLUS/2 s'ajoutent aux prestations de MIP BASE.			
70 ou 100% BR	30% BR	30% BR	60% BR
70 ou 100% BR	30% BR	10% BR	40% BR
70 ou 100% BR	80% BR	30% BR	60% BR
70 ou 100% BR	60% BR	10% BR	40% BR
70% BR	30% BR	30% BR	60% BR
70% BR	30% BR	10% BR	40% BR
70% BR	50% BR	130% BR	260% BR
70% BR	30% BR	50% BR	100% BR
70% BR		20% BR	60% BR

Exemple LML - *Equilib Plus*



TABLEAU DES GARANTIES – LML Santé Individuel Formule EQUILIB Plus	
Garanties répondant aux critères des contrats responsables des articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et viennent en complément du remboursement du régime de base.	
TOUTES HOSPITALISATIONS	
Prestations avec prise en charge Sécurité sociale	
Honoraires : Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS). ⁽¹⁾ Médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS). ⁽¹⁾ Frais de séjour. Forfait 18€ (acte > à 120€). Forfait journalier hospitalier des établissements de santé.	Ticket modérateur +75% BR Ticket modérateur +55% BR Ticket modérateur Frais réels Frais réels
Prestations sans prise en charge Sécurité sociale	
Chambre particulière pour séjour accepté par la Sécurité sociale. Frais d'accompagnement pour bénéficiaire -18 ans (repas et hébergement). Télévision et Wifi (hospitalisation de plus de 2 jours). Allocation de naissance ou d'adoption (si adhésion dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption).	50€/jour 10€/jour 5€/jour 120€
⁽¹⁾ Voir détails sur le site www.amaif.fr	
SOINS COURANTS	
Prestations avec prise en charge Sécurité sociale	
Consultations et visites de médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie, échographie : Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS). ⁽¹⁾ Médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS). ⁽¹⁾ Analyses et actes des auxiliaires médicaux. Actes de prévention Responsables.	Ticket modérateur +75% BR Ticket modérateur +55% BR Ticket modérateur +50% BR Ticket modérateur

Exemple LML - *Equilib* Confort



COLLECTIF POUR L'ORGANISATION DE LA DÉFENSE DES TERRITOIRES DE SANTÉ

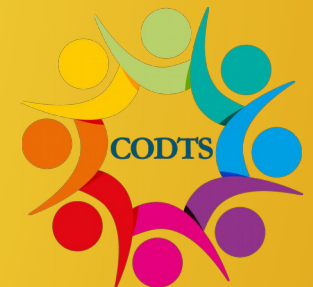
TABLEAU DES GARANTIES – LML Santé Individuel Formule EQUILIB Confort Toutes options	
Garanties répondant aux critères des contrats responsables des articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et viennent en complément du remboursement du régime de base.	
TOUTES HOSPITALISATIONS	
Prestations avec prise en charge Sécurité sociale	
Honoraires : Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS). ⁽¹⁾ Médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS). ⁽¹⁾ Frais de séjour. Forfait 18€ (acte > à 120€). Forfait journalier hospitalier des établissements de santé.	Ticket modérateur +150% BR Ticket modérateur +125% BR Ticket modérateur Frais réels Frais réels
Prestations sans prise en charge Sécurité sociale	
Chambre particulière pour séjour accepté par la Sécurité sociale. ⁽²⁾ Frais d'accompagnement pour bénéficiaire -18 ans (repas et hébergement). Télévision et Wifi (hospitalisation de plus de 2 jours). Fécondation in vitro. Amniocentèse. Allocation de naissance ou d'adoption (si adhésion dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption).	100€/jour 30€/jour 10€/jour 200€/an/bénéficiaire 100€/an/bénéficiaire 240€
⁽¹⁾ Voir définitions sur le site www.ameli.fr	
⁽²⁾ A l'exception des établissements non conventionnés et des séjours en service de psychiatrie pour lesquels la chambre particulière est limitée à 50 €/jour.	
SOINS COURANTS	
Prestations avec prise en charge Sécurité sociale	
Consultations et visites de médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie, échographie : Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS). ⁽¹⁾ Médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS). ⁽¹⁾ Analyses et actes des auxiliaires médicaux. Actes de prévention Responsables. Petit appareillage (orthopédie, prothèses mammaires ou capillaires...).	Ticket modérateur +150% BR Ticket modérateur +125% BR Ticket modérateur +100% BR Ticket modérateur Ticket modérateur +150% BR Ticket modérateur +75% BR

Exemple MGEN

(issu du dossier de presse MGEN, non du tableau de garantie, qui date lui, de l'ancienne loi (31)...)

Une gamme d'offres pensée pour chaque moment de vie de l'adhérent

	MGEN INITIALE	MGEN ÉQUILIBRE	MGEN RÉFÉRENCE	MGEN INTÉGRALE
Actes médicaux courants	100%	Jusqu'à 150%	100%	Jusqu'à 200%
Pharmacie	100% (65 % et 30%)	100% (65 % et 30%) +25 €/ an	100% (65 % et 30%)	Jusqu'à 200%
Forfaits prévention et « se soigner autrement »	75 €/ an par forfait	125 €/ an par forfait	75 €/ an par forfait	150 €/ an par forfait
Psychothérapie (20 séances par an)	10 €/ séance	15 €/ séance	15 €/ séance	20 €/ séance
Hospitalisation	100%	Jusqu'à 150% + Chambre part.	Jusqu'à 150% + Chambre part.	Jusqu'à 200% + Chambre part.
Dentaire Couronne R/HR Orthodontie R/HR Implant Parodontie	397,95 € / 75,25 € 296,60 € / 38,70 € - -	397,95 € / 86 € 296,60 € / 96,75 € - -	397,95 € / 122 € 350 € / 200 € 518 € -	397,95 € / 122 € 350 € / 200 € 518 € 400 €/ an
Optique Verre adulte R/HR + Monture adulte R/HR Lentille Chir. Réfractive	De 27 € / 22,5 € à 102 € / 85 € + Monture 30 € 50 €/ an +TM -	De 27 € / 22,5 € à 102 € / 85 € + Monture 30 € 100 €/ an +TM -	De 60 € / 22,5 € à 102 € / 85 € + Monture 60 € 100 €/ an +TM 365 €/ oeil / an	De 80 € / 60 € à 200 € / 150 € + Monture 90 € 170 €/ an +TM 400 €/ oeil / an
Audioprothèse Adulte + 20 ans R/HR	450 € / 350 €	450 € / 350 €	650 € / 550 €	650 € / 550 €



COLLECTIFS POUR L'ORGANISATION DE LA DÉFENSE DES TERRITOIRES DE SANTÉ

Notez que MGEN référence et MGEN équilibre ne sont pas dans le bon ordre. 17

Exemple Swiss Life

DONT un forfait maximum pour la monture	-	50€	50€	60€	75€	90€	105€	125€
Lentilles remboursées - Forfait par an et par bénéficiaire	-	-	100€	120€	150€	180€	210€	250€
Chirurgie réfractive et lentilles non remboursées - Forfait par an et par bénéficiaire	-	-	100€	120€	150€	180€	210€	250€
Médecine - Pharmacie - Autre		◀ Changer de niveau ▶						
Honoraires dans le cadre du contrat d'accès aux soins * Médecins * Radiologie - Imagerie - Echographie * Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	TM	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
Honoraires hors contrat d'accès aux soins (1) * Médecins * Radiologie - Imagerie - Echographie * Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	TM	100%	105%	130%	155%	180%	225%	225%
Hospitalisation à domicile	TM	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
Auxiliaires médicaux - Laboratoires	TM	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
Médecines douces non remboursées (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie) et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) ou toute autre pratique si prescrite sur ordonnance par un médecin - Forfait par acte (maxi 5 par an et par bénéficiaire)	-	20€	30€	30€	40€	40€	50€	50€
Médicaments et homéopathie remboursés par la Sécurité sociale (5) - à 65% - à 30% - à 15%	TM	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèses et appareillage auditif, orthopédique, capillaire + forfait prothèse capillaire remboursée par la Ss - par an et par bénéficiaire	TM -	100% 50€	125% 60€	150% 110€	175% 160€	200% 210€	250% 260€	300% 310€
Cures thermales : dépenses remboursées par la Sécurité sociale + forfait par an et par bénéficiaire	TM -	100% -	125% -	150% 50€	175% 90€	200% 130€	250% 180€	300% 250€



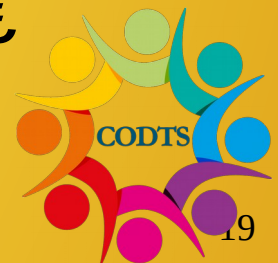
COLLECTIFS POUR L'ORGANISATION DE LA DÉFENSE DES TERRITOIRES DE SANTÉ

Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

En pratique :

- $TM + 125\%BR = 35.65$
 - $+1+15.10 = 51.75$ € de consultation
 - $= 225\%BR$
 - $= BR+125\%$
 -
 - $TM + 55\%BR = 19,55$
 - $+1+15.10 = 35.65$ € de consultation
 - $= 155\%BR$
 - $= BR+55\%$
 -
 - $TM + 25\%BR = 12.65$
 - $+1+15.10 = 28.75$ € de consultation
 - $= 125\%BR$
 - $= BR +25\%$
- $C+DE = 51,75€$
 - $C+DE = 35,65€$
 - $C+DE = 28,75€$

Dr YN LAVIE, CODTS-Lorient



Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

Calculons :

- Un contrat de base TM + 35%BR :

$$TM = 6,90€ \quad 35\%BR = 8,05€$$

- Le patient EST remboursé :
- $RO + TM + 35\%BR = 15,10 + 6,90 + 8,05 = 30,05€$
- **Si la consultation est à 31€, le patient a un reste à charge de 0,95€**

Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

- **TM + 50%BR**
= la mutuelle rembourse = $6,90 + 11,50 = 18,40\text{€}$
 - + PF 1€
 - +RO 15,10€
-
- La consultation est remboursée jusqu'à **34,50€**
 - Le patient paye 1€ de Participation Forfaitaire

Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

- 150%BR

= La mutuelle rembourse 34,50€

- +PF 1€
- +RO 15,10€

-
- La consultation est remboursée jusqu'à 50,60€
 - Le patient paye 1€ de Participation Forfaitaire

Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

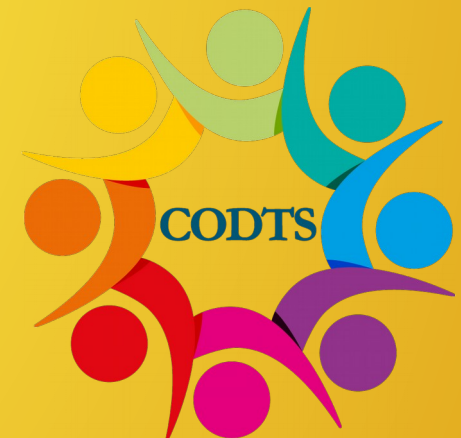
Il faut que le parcours de soins soit strictement respecté !

Le médecin non conventionné ne peut plus être pris en charge par les mutuelles.

Il existe un distinguo entre médecin CAS et non CAS.

Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

- *On noie le poisson ? :*
- **TM+100%BR** = (6,90+23=29,90+ RO+PF) = **200%BR** (si RO inclus)
= 46€ la consultation REMBOURSEE
- **TM+125%BR** = (6,90+= 35,65+RO+PF) = **225 %BR** (si RO inclus)
= 51,75€ la consultation REMBOURSEE
- (payé par la mutuelle)
- (prix de la consultation remboursée intégralement)



Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

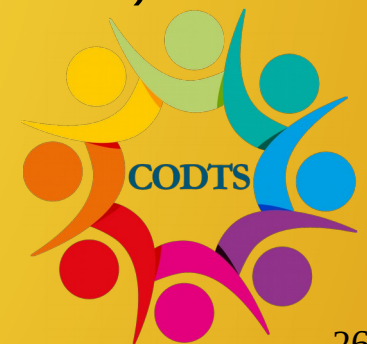
- Conséquences :
 - **C'est du DE :**
 - Avec tact et mesure (le fait que ce soit remboursé est-il suffisant pour employer le mot tact?)
 - Attention à vos cotisations sociales !
 - Cela ne marche pas avec les urgences, CMU, AME, ...
 - **Certaines conditions** doivent exister (chacune étant suffisante pour annuler le remboursement):
 - Quittance à délivrer au patient si HN.
 - Parcours de soins respecté scrupuleusement.
 - Carte mutuelle à jour (pas de licenciement...)

Dr YN LAVIE, CODTS-Lorient



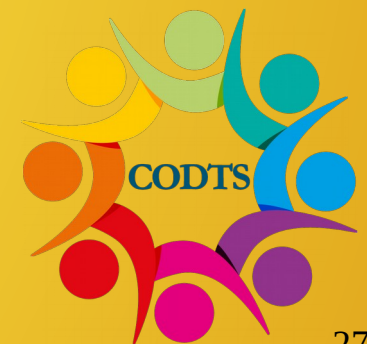
Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste = Commentaires (-)

- Cautionner les mutuelles pour qu'elles participent largement aux financements du soin ambulatoire, en France.
- Est-ce accepter (de guerre lasse?) que les Loi Touraine et Leroux remodelent les rapports entre médecins et Etat :
 - secret professionnel (loi Santé promulguée le 26/01/2016)
 - Indépendance du médecin ?
 - Libre choix par le patient de son médecin ?



Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste = Commentaires (+)

- C'est une embellie financière pour le médecin généraliste libéral, certes,...
- Pour peu qu'on sache prendre le virage !
- Action isolée ou collective ?
- Accepter de faire des tarifs selon les personnes, comme avant la sécu ?
- Ou fixer ensemble un « nouveau prix unique », et laisser les citoyens découvrir où l'Etat les emmène ?
- RECONNAITRE QUAND ON REPOND A UNE EXIGEANCE DU PATIENT



Les Tarifs de la Consultation du Médecin Généraliste

- **Merci de votre attention.**



Annexe 1 : double plafonnement non CAS

- *« Les dépassements des médecins n'ayant pas adhérer au CAS prévu par la convention nationale mentionnée à l'art 162-5 du Code de la SS sont pris en charge par la mutuelle dans la double limite de 100 % du tarif opposable et du montant de la prise en charge pour les médecins adhérents au CAS minoré d'un montant égal à 20 % du tarif opposable. »*
- *Pendant la période de transition, la première limite est 125 % du tarif opposable.*

Pourquoi des contrats responsables et solidaires ?

Contrat « responsable et solidaire »

La très grande majorité des complémentaires santé sont « responsables et solidaires ». Cette caractéristique sera toujours indiquée.

La loi qualifie une complémentaire santé de « **solidaire** » lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une complémentaire santé de « **responsable** » lorsqu'elle encourage le **respect du parcours de soins coordonnés** (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie).

Les complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum :

- 30 % du tarif des consultations du médecin traitant (ou du médecin vers lequel il vous a orienté) dans le cadre du parcours de soins coordonnés,
- 30 % du tarif des médicaments remboursables à 65 % par l'assurance maladie obligatoire (vignettes blanches),
- 35 % du tarif des examens de biologie médicale prescrits par le médecin traitant (ou le médecin vers lequel il vous a orienté),
- le ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention fixées par la réglementation.

En revanche, elles ne remboursent pas :

- les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire de 1€ applicable aux consultations et à certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 € par boîte de médicament).

Echéancier prévu par la Loi

- La nouvelle réglementation « contrats responsables » entre en vigueur pour les contrats, les bulletins d'adhésion ou les règlements conclus, souscrits ou renouvelés **à compter du 1er avril 2015.**
- Néanmoins, le décret prévoit, pour les seuls contrats collectifs obligatoires, une période dérogatoire jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine modification de l'accord d'entreprise, décision unilatérale de l'entreprise ou référendum instituant le régime, **au plus tard jusqu'au 31 décembre 2017.**
- Durant ce délai, les contrats collectifs obligatoires continueront de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux sur la base des anciennes règles.
- = MGEN, Harmonie Mutuelle, ...

Secteur 1 Secteur 2

Secteur 1 / Secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2).

- Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable).

Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

- Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ».

Les professionnels de santé ont l'obligation d'afficher « de manière lisible et visible dans leur salle d'attente » leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent « donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer ».

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Sauf cas particuliers, les professionnels de santé ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide médicale d'État.

Dépassement d'honoraires

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires «avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

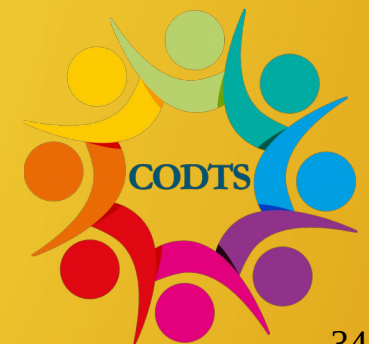
Synonyme : dépassements. Voir également : secteur 1 / secteur 2



Extrait (3)

le nouveau contrat = ANI

- La réglementation applicable à compter du 1er avril 2015
- INTÉGRALITÉ DES TICKETS MODÉRATEURS (TM)
 - Prise en charge du TM de l'ensemble des actes remboursables par l'assurance maladie obligatoire (à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 15 et 30 % et de l'homéopathie).
- INTÉGRALITÉ DU FORFAIT JOURNALIER (FJ)
 - Prise en charge du FJ en établissement hospitalier, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.
- **PLAFONNEMENT DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES DES MÉDECINS**
 - Plafonds ou planchers de prise en charge, applicables lorsque la garantie prend en charge certains dépassements d'honoraires.
 - La loi ne modifie pas les interdictions de prise en charge.

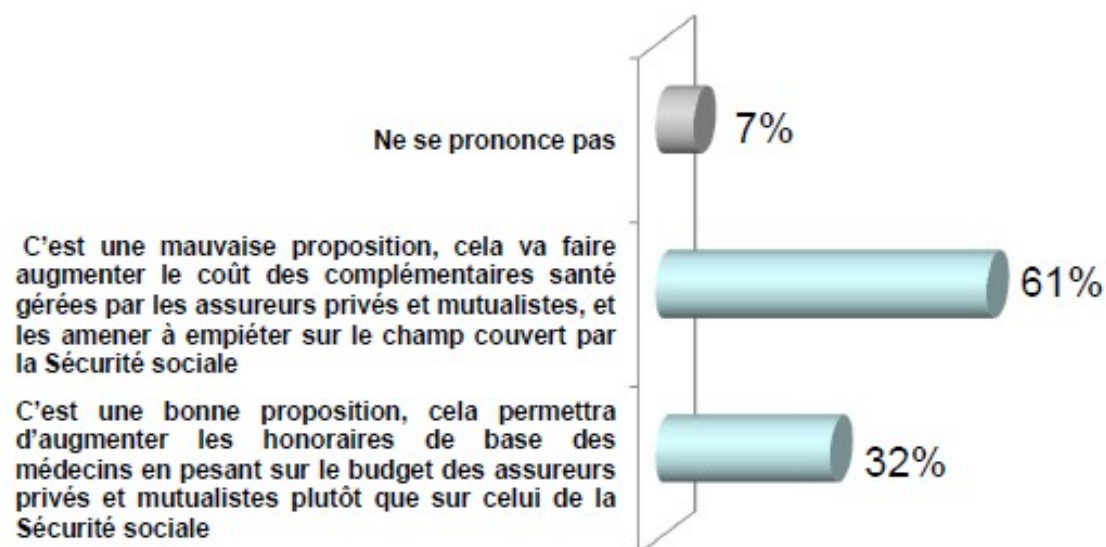


9. Opinions sur la proposition des assureurs privés et des mutualistes

Les assureurs privés et mutualistes ont proposé lors de ces négociations de prendre une place plus importante auprès de la Sécurité sociale dans le remboursement des honoraires médicaux de base des médecins pour les revaloriser, de façon à limiter l'augmentation des dépassements d'honoraires.

Diriez-vous que...

Base : Ensemble de l'échantillon (1004 personnes)



Pour une majorité de Français (61%), cette proposition risque d'augmenter le coût des complémentaires santé.

Toutefois, pour près d'un tiers des sondés (32%), elle permettrait de faire supporter une charge nouvelle aux complémentaires santé et non à l'Assurance Maladie.