

# La réforme de l'Assurance Maladie

*Notre actualité est largement alimentée par la Réforme de l'Assurance Maladie. Outre ses objectifs d'équilibre financier, la Réforme a pour objectifs de coordonner les soins, de responsabiliser le patient, de définir le bon usage des médicaments afin de lutter contre les abus et les gaspillages et de contrôler les arrêts de travail.*



***Miel Mutuelle vous propose une synthèse de ce qu'il faut retenir.***

---

La réforme en pratique ...

- 1 La participation forfaitaire de 1 euro
  - 2 La participation forfaitaire de 18 euros
  - 3 Le crédit d'impôt ou aide à la complémentaire
  - 4 Le Dossier Médical Personnel (ou DMP)
  - 5 La carte SESAM VITALE 1.40
  - 7 Le médecin traitant
  - 8 Le parcours de soins coordonnés
  - 10 Les contrats responsables
  - 11 Le forfait journalier hospitalier
-

## La participation forfaitaire de 1 euro

C'est une participation laissée à la charge de l'assuré, pour chaque consultation ou acte pris en charge par l'Assurance maladie, y compris les actes de radiologie et de biologie, et réalisés à partir du 1er janvier 2005, par un médecin généraliste ou spécialiste.

### => Qui est concerné ?

Depuis le 1er janvier 2005, tout le monde est concerné par la participation forfaitaire de 1 euro, sauf :

- les personnes âgées de moins de 18 ans au 1er janvier de l'année en cours
- les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'Aide médicale de l'Etat (AME)
- les femmes enceintes, pendant une période qui débute au 1er jour du 6e mois de grossesse et se termine 12 jours après la date de l'accouchement ;

### => Y a-t-il un plafond à cette participation ?

Le décret d'application au 1er janvier 2005 établissant à 1 € la participation forfaitaire du patient pour chaque acte médical, fixe à 50 actes par an le plafond du forfait, soit 50 €.

Le décret précise : «lorsque, pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à 1».

En revanche, cela signifie que si un patient consulte le même jour un généraliste puis un spécialiste, il sera soumis deux fois au forfait.

### => Comment payer cette participation ?

La participation forfaitaire de 1 euro est déduite automatiquement par l'Assurance Maladie du montant des remboursements de l'adhérent.

Cette information figure systématiquement sur le relevé de remboursements de soins que l'assuré reçoit de sa caisse d'Assurance Maladie.

## La participation forfaitaire de 18 euros

Les patients qui subissent des actes médicaux d'un montant supérieur à 91 euros au cours d'une hospitalisation devront désormais payer une franchise de 18 euros.

Cette franchise s'applique sous 2 conditions :

- Si le montant des actes médicaux est supérieur ou égal à 91 €  
Ou
- Si un coefficient supérieur ou égal à 50 est affecté aux actes médicaux

A noter : Différents cas d'exonération sont toutefois prévus. Renseignez vous auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

## Le crédit d'impôt ou aide à la complémentaire

L'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire est un dispositif prévu pour les personnes dont les ressources sont supérieures, dans la limite de 15 %, au plafond fixé pour l'attribution de la CMU complémentaire.

En pratique, il s'agit d'une aide financière au paiement d'une cotisation ou d'une prime pour une couverture maladie complémentaire. Le montant de cette aide varie selon l'âge du bénéficiaire.

Pour bénéficier de l'aide financière à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire, il convient de déposer un dossier de demande auprès de votre caisse d'Assurance Maladie qui vous fournira le cas échéant une attestation.

Celle-ci doit ensuite être remise à la mutuelle pour adhérer à une garantie aidée ; le montant de l'aide sera déduit de votre cotisation annuelle.

Montant annuel de l'aide en fonction de l'âge

- 100 € par personne de moins de 25 ans,
- 200 € par personne âgée de 25 à 59 ans,
- et de 400 € par personne âgée de 60 ans et plus.

Conditions de ressources

Ce plafond varie selon la composition du foyer et selon que vous résidez en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion)

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond en France métropolitaine	Montant du plafond dans un département d'outre mer
1 personne	687,97 euros	762,27 euros
2 personnes	1 031,95 euros	1 143,40 euros
3 personnes	1 238,34 euros	1 372,08 euros
4 personnes	1 444,73 euros	1 600,76 euros
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	275,19 euros	304,91 euros

A noter ...

Le contrat d'assurance complémentaire de santé que vous souscrivez doit être individuel. Les contrats d'assurance complémentaire de santé collectifs (obligatoires dans le cadre du travail) sont, en effet, exclus du dispositif.

## **Le Dossier Médical Personnel (ou DMP)**

Chaque patient sera le seul à avoir un accès automatique à son dossier médical personnel et à pouvoir déterminer qui, en dehors de lui-même, pourra y accéder : le médecin traitant et les autres praticiens mais seulement en sa présence.

### **Auront accès au dossier :**

- tous les médecins, y compris les médecins hospitaliers
- les services d'urgence

### **Auront un accès limité à certaines données :**

- les autres professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens, ...)

### **N'auront pas accès au dossier :**

- les médecins des assurances privées
- les médecins du travail
- les organismes complémentaires (assureurs, IP, mutuelles)

## La carte SESAM VITALE 1.40

Cette nouvelle carte sera la carte d'identité de santé de chaque assuré (+ de 16 ans), elle sera dotée d'une photo d'identité afin de garantir que le porteur est bien le titulaire de la carte.

Elle disposera d'une puce avec une mémoire de 32 kilobits, elle sera cryptée. Cette nouvelle carte sera la clef d'accès au Dossier Médical Personnel (DMP) et pourra contenir des données personnelles tel que les personnes à contacter en cas d'urgence, le groupe sanguin, l'identité du médecin traitant, les allergies médicamenteuses.

## Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés

Le médecin traitant est le professionnel de santé - médecin généraliste ou spécialiste - coordinateur de l'information médicale du patient, celui qui le connaissant mieux, l'oriente vers d'autres confrères, s'il l'estime nécessaire. Pour consulter d'autres professionnels de santé (appelés « médecins correspondants »), le patient devra donc être recommandé par son médecin traitant,

excepté s'il s'agit des spécialités :

- de pédiatrie,
- d'ophtalmologie,
- de gynécologie,
- dentaires,
- psychiatrie et neuropsychiatrie

Le patient peut refuser de désigner un médecin traitant, mais il s'expose à **être moins bien remboursé**.

Le « parcours coordonné » désigne le **cheminement du patient s'adressant en priorité à son médecin traitant**, et qui lui permet d'être pris en charge par la Sécurité Sociale.

Le patient peut refuser de suivre le parcours de soins, mais il s'expose à **être moins bien remboursé**.

### L'urgence

La loi a prévu qu'en cas d'urgence, le patient puisse consulter un autre médecin que son médecin traitant.

### L'éloignement du domicile

En vacances et d'une manière générale lorsque le patient sera loin de son domicile, la loi prévoit la prise en charge de la consultation hors médecin traitant.

Ceux qui ne rentrent pas dans ce parcours en ne désignant pas de médecin traitant, et/ou en consultant directement des spécialistes sans avis du médecin traitant seront financièrement sanctionnés.

Deux types de majorations :

- l'application d'une majoration d'honoraires par le médecin,
- une majoration de la part non remboursée par l'assurance maladie (ticket modérateur).

Cette majoration est appliquée depuis le 1er janvier 2006. Son montant s'élève à 10% du tarif de base de l'acte. La législation l'encadre entre 7,5% et 12,5%.

## **Les contrats responsables**

Un contrat responsable ne doit pas avoir pour effet de contre carrer les objectifs du respect du parcours de soins. Ces contrats concernent les mutuelles, les compagnies d'assurance et les instituts de prévoyance.

**Un contrat responsable doit remplir les conditions suivantes :**

**Obligation de ne pas rembourser - ou partiellement seulement –**

1. la contribution forfaitaire de 1 €,
2. la majoration du ticket modérateur sanctionnant l'absence de choix ou de recours au médecin traitant,
3. la majoration du ticket modérateur sanctionnant le refus de donner accès à son dossier médical
4. les dépassements d'honoraires des spécialistes lors de consultations hors parcours coordonné.

Les organismes complémentaires ont du préparer la mise en conformité de leurs contrats pour être aptes à porter le label « contrat responsable » condition obligatoire pour bénéficier d'avantages fiscaux.

**Les contrats de Miel Mutuelle respectent pleinement les caractéristiques des contrats responsables.**

## **Le forfait journalier hospitalier**

Concrètement, le forfait journalier hospitalier, participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation de plus d'une journée, a augmenté de 1 euro en 2006.

Depuis le 1er janvier 2006, le montant du forfait hospitalier est de 15 euros par jour à l'hôpital ou en clinique.

A noter ... Le forfait journalier hospitalier augmentera également de 1 euro en 2007.

**Miel Mutuelle prend en charge ces augmentations sur chacun de ces contrats.**