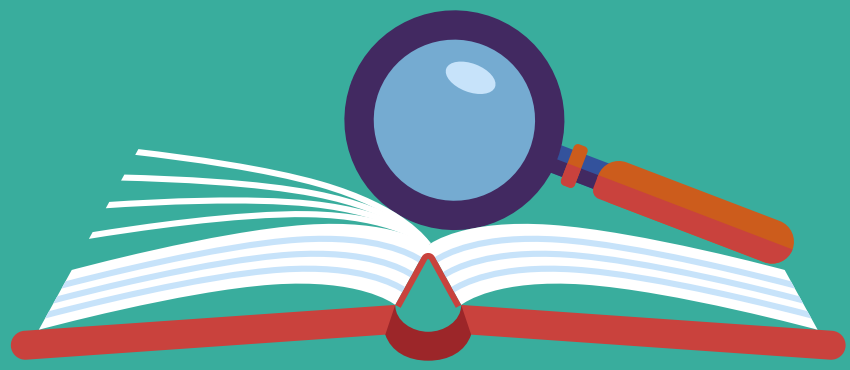
LA MUTUELLE générale

L'ABÉCÉDAIRE DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



Lexique

Vous bénéficiez d'une couverture très complète de vos frais de santé et/ou de garanties de prévoyance. Mais il est parfois difficile de savoir ce que recouvre tel ou tel terme technique. Pour vous accompagner, voici un petit lexique des mots les plus couramment utilisés dans ce domaine.

Affection de longue durée (ALD)

Le dispositif ALD concerne les maladies qui nécessitent des traitements coûteux et prolongés, telles que les cancers, les diabètes de types 1 et 2 ou l'infection à VIH. Il permet aux patients de bénéficier d'une prise en charge à 100 % de tous les soins en rapport avec leur pathologie, à l'exception des dépassements d'honoraires, du forfait hospitalier, ainsi que des participations forfaitaires et des franchises médicales.

Ayant droit

Chaque adhérent peut rattacher à son contrat santé ses enfants ou ceux de son conjoint, voire sous certaines conditions, son conjoint, ses parents ou grands-parents s'ils vivent sous son toit.

Base de remboursement

Pour chaque acte remboursable par l'Assurance maladie, celle-ci fixe un tarif qui sert de base de calcul pour vos remboursements. On parle de **tarif de convention** si le professionnel de santé est conventionné (secteurs 1 ou 2), de **tarif d'autorité** s'il ne l'est pas (secteur 3), et de **tarif de responsabilité** pour les médicaments, les appareillages et les autres biens médicaux.

Carte de tiers payant (ou carte de mutuelle)

S'il y a une carte que vous devez toujours avoir sur vous, c'est bien celle-ci. Présentée en même temps que la carte Vitale, elle vous permet de bénéficier du tiers payant intégral (voir « Tiers payant ») dans la plupart des pharmacies, mais aussi chez près de 150 000 professionnels de santé en France (chirurgiens-dentistes, opticiens, audioprothésistes, etc.).

05/2022 - Rédaction : Doctopress.
La Mutuelle Générale 1-11 rue Brillat-Savarin – 75013 Paris. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. N° SIREN 775 685 340.

LA MUTUELLE générale

CONJOINT

Pas besoin de passer devant le maire pour rattacher votre moitié à votre mutuelle (sous conditions de ressources pour certains contrats). Si le terme « conjoint » désigne l'époux, l'épouse ou le partenaire pacsé de l'adhérent, il englobe aussi le concubin ou la concubine déclaré(e) à La Mutuelle Générale.

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Lorsqu'un médecin pratique des tarifs supérieurs à la base de remboursement de la Sécurité sociale, on parle de dépassements d'honoraires. Ces derniers ne sont jamais remboursés par l'Assurance maladie, mais peuvent être pris en charge en partie ou en totalité par votre contrat de complémentaire santé.

DISPOSITIFS DE PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES

L'OPTAM (option de pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO pour la chirurgie et l'obstétrique sont des dispositifs ouverts aux médecins de secteurs 2 (voir « Secteurs conventionnés »). Les praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires. De leur côté, les adhérents bénéficient d'un meilleur remboursement de l'Assurance maladie et de La Mutuelle Générale.

DÉLAI D'ATTENTE (OU DE CARENCE)

Certaines garanties, en particulier concernant l'hospitalisation, peuvent faire l'objet d'un délai d'attente. Au cours de cette période, les garanties concernées ne s'appliquent pas – ou de façon limitée –, bien que l'adhérent cotise. Ce délai, de deux à trois mois en général, commence à courir à compter du jour de l'adhésion à la complémentaire santé.

FRANCHISE MÉDICALE

Entrée en vigueur en 2008, la franchise médicale s'applique aux médicaments (0,5 € par boîte de médicaments), aux transports sanitaires (2 € par trajet) et aux actes paramédicaux (0,5 € par acte). Plafonnée à 50 € par an, elle n'est remboursée ni par l'Assurance maladie ni par La Mutuelle Générale qui, dans le cadre du contrat responsable, n'est pas autorisée à la prendre en charge.

HONORAIRES DE DISPENSATION

Il s'agit de la rémunération du pharmacien. Il perçoit 1,02 € d'honoraires pour chaque boîte de médicaments remboursables délivrée (2,76 € pour les grands conditionnements permettant un traitement de trois mois). Il est également rémunéré, selon un tarif variable, pour l'exécution de l'ordonnance.

PARTICIPATION FORFAITAIRE

Facturée 1 € et non remboursée, elle s'applique pour toute consultation ou acte médical réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste, ainsi que sur les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale. À l'instar de la franchise médicale, elle est plafonnée à 50 € par an.

RESTE À CHARGE

C'est la somme qui n'est remboursée ni par l'Assurance maladie ni par La Mutuelle Générale, et qu'il vous faut donc acquitter. Elle comprend notamment la participation forfaitaire et les franchises médicales.

SECTEURS CONVENTIONNÉS

En France, les médecins ont la possibilité de choisir leur secteur d'exercice. Les praticiens de secteur 1 appliquent les tarifs de convention. Les médecins de secteur 2 ont des honoraires libres : ils peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires. Enfin, il existe un troisième secteur, dit « hors convention ». Les médecins qui exercent dans ce secteur pratiquent des tarifs souvent très élevés, avec des remboursements quasi-nuls. Pour connaître le secteur d'exercice d'un médecin, consultez le site annuairesante.ameli.fr.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

C'est la part des frais de santé non remboursée par l'Assurance maladie. Attention, il ne comprend ni la participation forfaitaire obligatoire ni les éventuels dépassements d'honoraires. Le ticket modérateur est pris en charge, en partie ou en totalité, par La Mutuelle Générale, selon votre niveau de garanties. Les patients en ALD en sont exonérés.

TIERS PAYANT

Ce système de paiement est particulièrement pratique, puisqu'il vous permet d'éviter toute avance de frais sur présentation de votre carte Vitale et de votre carte de tiers payant. Certains professionnels de santé ne pratiquent le tiers payant que sur la part prise en charge par la Sécurité sociale (tiers payant partiel). Dans ce cas, vous devez régler la part mutuelle. Pour vous faire rembourser, demandez une facture, puis transmettez-la à La Mutuelle Générale par courrier ou via votre Espace Adhérent.

POUR EN SAVOIR PLUS

Site de l'Union nationale des complémentaires santé : unocam.fr

05/2022 - Rédaction : Doctopress.
La Mutuelle Générale 1-11 rue Brillat-Savarin – 75013 Paris. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. N° SIREN 775 685 340.