

Tous publics

Choisir sa complémentaire santé

- Pourquoi une complémentaire santé
- Des critères pour faire son choix
- Où se renseigner ?
- Le service social aujourd'hui

Pourquoi une complémentaire santé ?

- Parce que la Sécurité sociale rembourse partiellement les soins et frais médicaux (remboursement à partir d'un tarif fixé sur le plan national).
- Parce que nul n'est à l'abri d'une hospitalisation, et qu'une hospitalisation sans couverture complémentaire représente un coût important.

Même si vous êtes en invalidité, affection de longue durée, maternité, avec une prise en charge par la Sécurité sociale à 100 %, le remboursement peut être inférieur à la somme effectivement payée.

Cela concerne certaines dépenses :

- lunettes, prothèses dentaires, appareillage
- forfait journalier (lors d'une hospitalisation)
- médicaments vignettes bleues...
- assistance à domicile...

Quels que soient votre âge, votre état de santé, votre situation, il est possible et important d'adhérer à une complémentaire santé.

Attention : pour être bien remboursé par votre complémentaire santé, vous devez avoir désigné un médecin traitant auprès de votre caisse d'assurance de Sécurité sociale et savoir s'il fait partie du secteur 1 (conventionné) ou du secteur 2 (honoraires libres).

**Pouvoir
se soigner,
c'est prévoir.**



Vos revenus sont modestes, vous pouvez peut-être bénéficier de :

● La CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

Toute personne ou foyer qui ne dépasse pas un plafond de ressources (fixé par décret) peut bénéficier d'une couverture complémentaire **gratuite** pour un an au titre de la CMUC. Ce droit peut être renouvelé.

Pour la CMUC, il vous sera demandé de choisir un organisme complémentaire agréé CMUC.

● L'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (dite chèque santé)

Toute personne qui dépasse de peu le plafond de ressources pour obtenir la CMUC peut bénéficier d'une aide pour faciliter l'accès à une complémentaire santé.

Cette aide se concrétise par une **réduction** sur le coût des cotisations à venir, pendant 1 an.

L'attestation de droits (chèque santé) délivrée par la CPAM sera à présenter à la complémentaire santé que vous aurez choisi parmi une liste d'organismes fournie par les CPAM ou disponible sur www.info-acs.fr

En choisissant de souscrire un contrat de complémentaire santé dans cette liste, vous bénéficiez du tiers-payant intégral, c'est-à-dire aucune avance de frais dans la limite des garanties de votre contrat.

Un dossier est à constituer auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, pour l'attribution et le renouvellement de la CMUC, le droit du chèque santé.



Des critères pour choisir sa complémentaire santé

● La cotisation

Ce point est le premier à considérer mais il est à mettre en rapport avec les prestations offertes et les taux de remboursement.

Les prix sont souvent modulés selon l'âge de l'adhérent.

En cas d'adhésion familiale, la gratuité des cotisations peut être accordée à partir du 3^e enfant.

● Le délai de carence

C'est la période durant laquelle les cotisations doivent être versées avant d'obtenir une indemnisation : elle est variable selon les organismes, selon les prestations et selon l'âge (délais parfois plus longs pour l'optique, les prothèses dentaires ou l'hospitalisation).

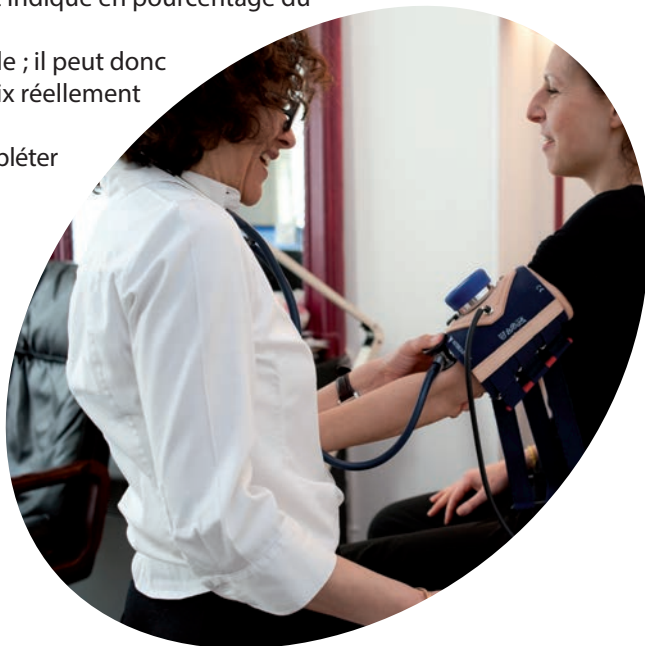
En cas de simple changement de mutuelle, le délai de carence peut être supprimé.

● Le montant des remboursements

Généralement, seules les dépenses prises en charge par la Sécurité sociale donnent lieu à un remboursement.

Celui-ci est souvent indiqué en pourcentage du remboursement de la Sécurité sociale ; il peut donc être différent du prix réellement payé.

Un forfait peut compléter le pourcentage du remboursement, notamment pour les lunettes, prothèses dentaires... (selon le contrat choisi).



● **Le forfait journalier**

Il représente, en cas d'hospitalisation, les frais d'hébergement et de nourriture. Il est rarement pris en charge par la Sécurité sociale même si vous bénéficiez d'une prise en charge à 100 %.

La durée de prise en charge mais aussi la nature du séjour (maison de repos, psychiatrie, centre de rééducation) sont à prendre en compte.

● **Le supplément chambre particulière**

Il n'est pas habituellement remboursé par la Sécurité sociale.

Lorsqu'il est pris en charge par la complémentaire santé, le coût peut varier selon le service et le lieu d'hospitalisation.

● **La liaison directe**

Votre organisme de Sécurité sociale peut transmettre directement le décompte à votre complémentaire maladie sans que vous ayez à intervenir. Le remboursement est donc plus rapide.

Le meilleur contrat est celui qui répond le mieux à vos besoins et à votre situation au meilleur coût.



Où se renseigner ?

● **Auprès des différentes mutuelles**

Elles sont regroupées au sein de la mutualité française. N'hésitez pas à comparer les garanties offertes par rapport aux cotisations.

● **Auprès de la CPAM pour les dispositifs CMU et ACS**

● **Auprès de son employeur**

Les mutuelles d'entreprises sont réservées aux salariés et à leur famille. L'employeur participe aux cotisations. L'adhésion est souvent obligatoire. Les cotisations sont directement prélevées sur le salaire.

À noter : dans ce type de contrat, toutes les personnes faisant partie de l'entreprise sont assurées qu'elles soient déjà malades ou pas.

Les mutuelles professionnelles sont réservées aux personnels d'une même profession, l'adhésion peut être facultative.

Certains organismes peuvent maintenir l'adhésion après l'obtention d'une pension d'invalidité.

● **Auprès de compagnies d'assurances**

Le service social de la Carsat Bretagne peut vous aider dans vos démarches d'adhésion à une complémentaire santé, il travaille avec les échelons locaux du service médical et les caisses primaires.



● **Auprès de sa caisse de retraite complémentaire**

Certains organismes peuvent assurer la prise en charge de la couverture complémentaire, après le passage en retraite.

L'adhésion est réservée aux ressortissants de la caisse complémentaire retraite.

● **Auprès d'associations dont on est membre**

Certaines associations familiales, sportives, peuvent vous permettre de bénéficier de tarifs de groupe (tarifs ou couverture plus intéressants).



**Le service social aujourd'hui c'est :
un service de proximité pour les assurés sociaux à travers 7 sites
et un réseau d'environ 48 points d'accueil répartis sur la Bretagne**

Dans les départements

Côtes d'Armor • St-Brieuc 106 boulevard Hoche

Finistère • Quimper Cité du Guerlac'h
• Brest Square Marc Sangnier

Ille-et-Vilaine • Rennes Cours des Alliés
• St-Malo 10 avenue Jean Jaurès

Morbihan • Vannes 37 boulevard de la Paix
• Lorient 3 avenue Anatole France

Plate-forme téléphonique pour l'ensemble des départements

36 46 (service 0,06 €/min + prix appel). De l'étranger,
d'une box ou d'un mobile, composez le 09 71 10 39 60).

Sur Internet

www.carsat-bretagne.fr

Carsat Bretagne

236 rue de Châteaugiron
35030 Rennes Cedex 9