

Les établissements mutualistes



CENTRES D'AUDITION

AURILLAC

- 55 rue des Carmes (1)

MAURIAC

- 15 rue de la République (1)

RIOM-ÈS-MONTAGNES

- 7 rue du Commandant Monier (1)

SAINT-FLOUR

- 10 rue des Lacs (1)



CENTRE DENTAIRE ET/OU D'ORTHODONTIE

AURILLAC

- 2 rue du Viaduc (1)



CENTRES OPTIQUES ET/OU D'OPHTALMOLOGIE

AURILLAC

- 48 rue Paul Doumer (1)

MAURIAC

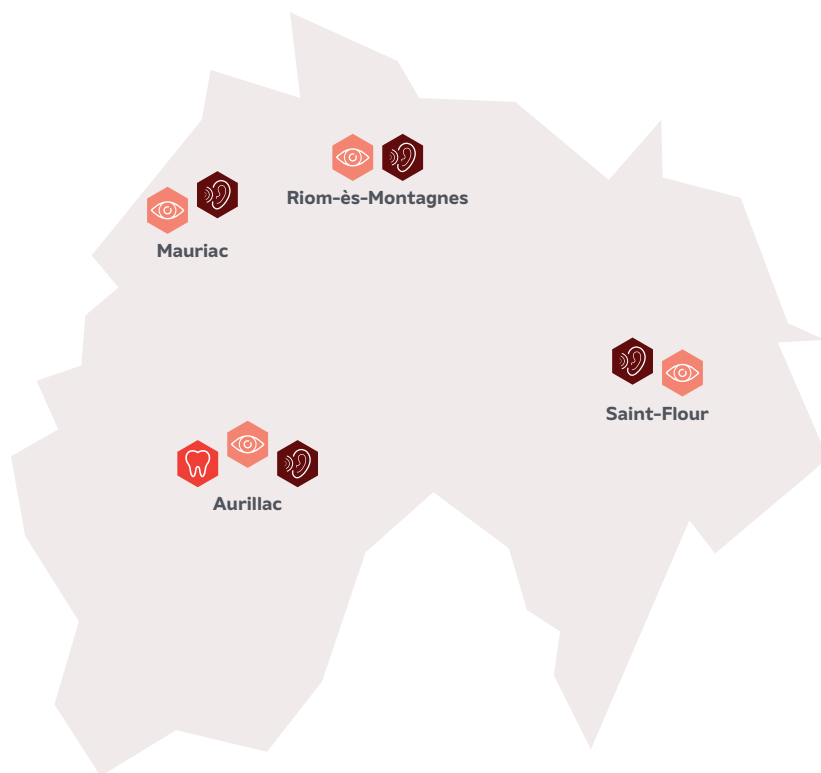
- 15 rue de la République (1)

RIOM-ÈS-MONTAGNES

- 7 rue du Commandant Monier (1)

SAINT-FLOUR

- 10 rue des Lacs (1)



Services de soins et d'accompagnement gérés par des personnes morales de droit privé à but non lucratif, régies par le Code de la Mutualité. Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, les patients disposent du libre choix de leur praticien et de leur établissement de santé.

GRUPEMENT GESTIONNAIRE

(1) Mutualité Française Cantal SSAM

Un acteur engagé

95 495
personnes protégées

Taux de mutualisation de
66%



Retrouvez les coordonnées et spécialités des établissements

Données 2018/2019

Comprendre le parcours de soins coordonnés

Depuis 2004, le parcours de soins a été instauré afin de limiter les dépenses inutiles et encourager la coordination des soins. C'est aussi le chemin que vous devez emprunter si vous souhaitez être remboursé.e au mieux.

1

Je respecte le parcours de soins ✓

Le médecin traitant

Obligatoire pour toute personne de 16 ans et +, assurées ou ayants droit.

Le spécialiste

S'il le juge utile, votre médecin traitant peut vous envoyer consulter un confrère spécialiste. Il vous remet un courrier lui expliquant votre cas. Le remboursement de l'Assurance maladie et de la complémentaire santé s'appliquent normalement.

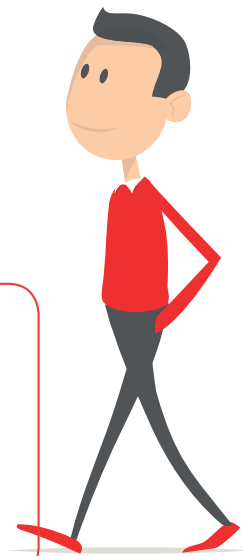
Les spécialistes en accès direct

Les ophtalmologistes, les gynécologues, les psychiatres et neuropsychiatres (pour les patients de 16 à 25 ans), les stomatologues sauf pour les actes chirurgicaux lourds. Les consultations IVG.

Je suis
remboursé.e à
100%



Lorsque l'on respecte le parcours de soins coordonnés, l'Assurance maladie rembourse 70% du tarif de base et la complémentaire santé 30%. **Attention** : même si c'est votre généraliste qui vous envoie chez un spécialiste en secteur 2, les dépassements ne sont pas pris en charge. Et vous devrez toujours vous acquitter des différents forfaits.



2

Je ne respecte pas le parcours de soins ✗

Je suis remboursé.e à 30%

Pour les personnes ne respectant pas le parcours de soins, l'Assurance maladie accorde un remboursement minimal des frais engagés. Ce montant est à 30% du tarif de base de la Sécurité sociale soit 7,50€ pour un généraliste en secteur 1 et 9€ pour un spécialiste en secteur 1.

Je suis
remboursé.e à
30%

Quand est-on hors parcours de soins ?

- Quand on n'a pas déclaré de médecin traitant.
- Quand on consulte un généraliste qui n'est pas son médecin traitant (*sauf s'il est absent ou que le patient est en déplacement*).
- Quand on consulte un spécialiste qui n'est pas en accès direct et sans être passé par son médecin traitant.

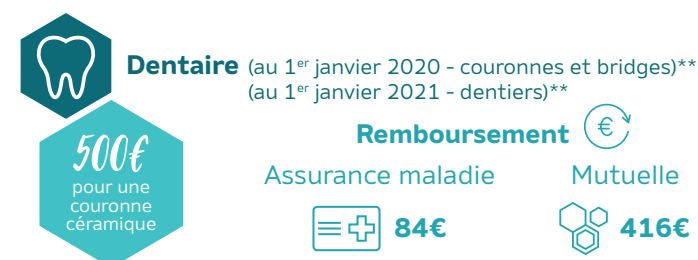
Comprendre mes remboursements de frais de santé



Les remboursements ne se font pas sur la base des frais réels mais sur la **base de remboursement ou BR**, fixée par l'Assurance maladie. Elle prend en charge une part de cette base et votre complémentaire santé l'autre part. Si cela ne couvre pas l'ensemble de vos dépenses réelles, on parle alors **de reste à charge**. Le remboursement d'une consultation médicale dépend également d'autres facteurs comme le respect du **parcours de soins coordonnés**, de la discipline de votre médecin (généraliste ou spécialiste), du conventionnement du médecin (**conventionné secteur 1 ou 2 ou non conventionné, DPTM***), etc.

Exemples de remboursements pour les soins les plus courants et compris dans l'offre 100 % santé :

• Parcours de soins coordonnés



• Les franchises :

Elles s'élèvent à 0,50€ par boîte de médicaments, 0,50€ par acte paramédical et 2€ par transport sanitaire.

Limitées à 50€ par an pour l'ensemble des actes.

• La participation forfaitaire :

Mise en place pour préserver le système de santé français, cette participation de 1€ est déduite automatiquement de vos remboursements sur chaque consultation, examen ou acte de radiologie pour tout assuré de plus de 18 ans.

Limitée à 50€ par an et par personne.

• Les médicaments :

L'Assurance maladie a différentes modalités de prises en charge en fonction de leur Service Médical Rendu (SMR)

Vignettes blanches : 65 %

Vignettes bleues : 30 %

Vignettes oranges : 15 %

Reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux : 100 %

Le tiers payant évite au patient d'avoir à faire l'avance de frais à la pharmacie.

*DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée • **Les restes à charge vont diminuer avec des tarifs de prothèses plafonnés et progressivement réduits, et les remboursements de ces prothèses par les mutuelles et l'assurance maladie progressivement augmentés, à partir de 2019.

La Complémentaire Santé Solidaire (CSS ou C2S)

À compter du 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS deviennent la Complémentaire Santé Solidaire. Cette dernière se compose de 2 niveaux : l'un totalement gratuit pour les revenus les plus faibles et l'autre payant en fonction de sa tranche d'âge.

1

Quelles sont les conditions pour bénéficier de la CSS ?

↓
Résider en France de manière stable et régulière **depuis + de 3 MOIS**.

↓
Avoir des revenus annuels* ≤



Au-delà de **4 personnes**

Complémentaire Santé Solidaire gratuite

9 032 €

13 547 €

16 257 €

18 966 €

+ 3 612,62 €**

Complémentaire Santé Solidaire contributive

12 193 €

18 289 €

21 947 €

25 604 €

+ 4 877,04 €**



Pour la CSS contributive : le reste à charge doit être réglé par le bénéficiaire directement à l'organisme choisi.

Âge de l'assuré.e au 1^{er} janvier de l'année d'attribution de la CSS contributive

Montant de la contribution financière demandée à l'assuré.e/mois

29 ans et moins	→	8 €
Entre 30 et 49 ans	→	14 €
Entre 50 et 59 ans	→	21 €
Entre 60 et 69 ans	→	25 €
À partir de 70 ans	→	30 €

2

Les prestations de la Complémentaire Santé Solidaire


Sans avance de frais

(dans la limite des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie et dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors exigences particulières comme une visite en dehors des heures habituelles de consultation, visite à domicile)

Prise en charge des soins à **100%**



 Nouveauté 2020 ! **Pour l'optique, le dentaire et l'audio : garanties du 100 % santé pour un reste à charge zéro.**

 **Tarifs sans dépassement d'honoraires**
quel que soit le médecin choisi (sauf exigences particulières)

 **Exonération de la participation forfaitaire et des franchises**

3

Comment ça se passe pour bénéficier de la CSS ?

Le droit à la Complémentaire Santé Solidaire dépend de votre situation et de vos ressources.

La première étape que nous vous conseillons est de faire une simulation anonyme et à titre indicatif de vos droits sur : ameli.fr/simulateur-droits.

Votre mutuelle, votre caisse d'Assurance maladie, votre centre communal d'action sociale ou encore votre établissement de santé peut également vous aider à remplir le formulaire de demande sur le site complementaire-sante-solidaire.gouv.fr.

C'est ensuite votre caisse d'Assurance maladie qui instruit votre dossier.

- **Si vous bénéficiez de la CSS à titre gratuit**, votre droit sera ouvert au 1^{er} jour du mois qui suit la décision positive.
- **Si vous bénéficiez de la CSS contributive**, vous recevrez un bulletin d'adhésion de la complémentaire santé que vous avez choisie que vous devrez compléter et renvoyer avec votre moyen de paiement. Votre droit sera ouvert au 1^{er} jour du mois suivant la réception de ces éléments.



Comment choisir ma Mutuelle ?

Vous avez le choix. Vous pouvez choisir une mutuelle parmi celles gérant la complémentaire santé solidaire en consultant la liste sur <https://bit.ly/3721hhG> ou bien souscrire un contrat auprès de votre caisse d'Assurance maladie.