

LA PROTECTION SOCIALE DES RETRAITÉS

La Sécurité sociale et les professionnels de santé utilisent sur les grilles de remboursement un jargon et des sigles. FO Énergie vous propose un lexique permettant d'y voir plus clair.

La CAMIEG est notre régime de soins et couvre à la fois le régime obligatoire (RO) et le régime complémentaire (RC). A savoir, lorsqu'un soin n'est pas remboursé par le RO, il ne peut pas être pris en charge par le RC ni par la surcomplémentaire.



Le lexique en question :

1. La Base de remboursement (BR) qui est fixée par la Sécurité sociale, les professionnels de santé et/ou les pouvoirs publics. La Base de remboursement est appelée également **Tarif de convention** ou bien **Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR ou BRSS)**.

2. Le taux de remboursement appliqué à cette base de remboursement afin d'informer sur le montant réel du remboursement.

3. Le ticket modérateur correspond à la partie des frais remboursables que l'Assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge. C'est la différence entre la base de remboursement et le taux de remboursement. Les mutuelles ou complémentaires remboursent partiellement ou totalement ce ticket modérateur (la CAMIEG et (ou) les surcomplémentaires).

4. Le PMSS : Le Plafond Mensuel de la Sécurité sociale voté chaque année, en décembre pour l'année suivante, par le parlement lors de la Loi de Finance de la Sécurité Sociale, sert de base de remboursement pour certaines prestations comme par exemple le montant de la prise en charge de la chambre particulière. Pour 2026 il est de 4 005 euros.

5. Les dépassements d'honoraires correspondent aux frais de santé non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Les dépassements ne sont pas systématiques et sont à la discrétion du praticien qui doit les appliquer «avec tact et mesure».

6. Tarif d'Autorité (TA) ou Tarif Forfaitaire de Responsabilité (**TFR**) : il s'agit d'un tarif fixé par l'Assurance Maladie Obligatoire lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné

7. Le reste à charge : il s'agit de la somme qui reste à charge de l'assuré social après remboursement de la Sécurité sociale et de la Mutuelle complémentaire

8. Frais Réels (FR) : coût réel de la dépense

9. Prix Limite de Vente (PLV) : c'est le prix maximal de vente d'un produit ou de dispositif médical à un assuré (Pris en Charge par l'Assurance Maladie Obligatoire). Dans le cadre du 100 % santé, (Optique - Dentaire et Audition) ce sont les PLV qui sont appliqués par les professionnels de santé.

10. Honoraires Limite de Facturation (HLF) : c'est le tarif, pour un même acte, qui est variable en fonction de la complexité des travaux effectués.

11. L'OPTAM : l'**Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)** est un contrat conclu entre des médecins des secteurs 1 ou 2 et l'Assurance Maladie. Son but étant de permettre la maîtrise des dépassements d'honoraires (non pris en charge par la SS) et tarifs fixés par ces médecins, en les encadrant. L'OPTAM - CO est le dispositif qui concerne les médecins du secteur 2 spécialisés dans la chirurgie ou la gynécologie obstétrique.

12. Le secteur 1 : (conventionné) correspond aux tarifs de base de la Sécurité sociale.

13. Le secteur 2 : est aussi conventionné mais avec des honoraires libres (dépassement d'honoraires). Les praticiens du secteur 2 qui ont souscrit à l'OPTAM (OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MATRISEE) se sont engagés à maîtriser leurs dépassements d'honoraires pour faire bénéficier à leurs clients d'un reste à charge moins important et d'un meilleur remboursement. **En revanche, les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par la SS. La base de remboursement pour les praticiens du secteur 2 qui n'ont pas souscrit à l'OPTAM est un TC (Tarif de Convention) moins important. Par exemple, pour une visite médicale c'est un montant de 23 euros au lieu de 30 euros qui est appliqué pour le taux de prise en charge. Il existe la possibilité de négocier positivement ces dépassements.**

Particularités : les Gynécologues, Ophtalmologues et Stomatologues sont des spécialistes en accès directs spécifiques. Il n'est pas indispensable de respecter le parcours de soins coordonnés. Vous pouvez prendre rendez-vous chez ces spécialistes sans avoir une ordonnance de votre médecin traitant et vous serez pris en charge sur la BR ou BRSS.

14. Forfait Patient Urgences (FPU) : chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit régler un «forfait patient urgences (FPU)» d'un montant de 23 €. La mutuelle ou la complémentaire santé peut rembourser intégralement ce forfait.

15. Affection de Longue Durée (ALD)

***ALD Exonérante** - Si vous êtes atteint d'une maladie grave, évoluant pendant plus de 6 mois et nécessitant un traitement coûteux, les frais de santé liés à votre maladie sont pris en charge à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale C'est votre médecin traitant qui établit la prise en charge. L'ALD est inscrite sur votre carte vitale.

Les demandes d'ALD sont à envoyer à la CPAM de votre lieu de votre domicile; ce n'est pas la CAMIEG qui les gère mais elle en reçoit la confirmation ou le refus et en informe l'assuré.

***ALD non Exonérante** - Dans le cas où il n'y aurait pas de traitement coûteux ou pour un arrêt de travail égal ou supérieur à 6 mois, il est possible d'être en ALD non exonérante, dans ce cas, le ticket modérateur et/ou les transports ne sont pas pris en charge (sauf dans certains cas à hauteur de 55 %) contrairement à l'ALD exonérante par la Sécurité sociale.

Les dépassements d'honoraires, le forfait hospitalier, les participations forfaitaires et les franchises médicales ne sont pas pris en charge quelle que soit l'ALD.



16. Le parcours de soins coordonnés : c'est l'obligation de s'adresser à votre médecin traitant avant de consulter un médecin spécialiste.

Si les consultations ne sont pas effectuées dans cet ordre, le remboursement de vos dépenses de santé par la Sécurité sociale sera plus faible. En effet, vous ne serez remboursé qu'à hauteur de 30 % sur la base du tarif de convention, au lieu de 70 % pour une consultation réalisée dans le cadre du parcours de soins.

En respectant le parcours de soins, votre médecin traitant reste informé de votre suivi médical.

Cependant, vous pouvez être amené à consulter un autre médecin que votre médecin traitant déclaré pour une consultation :

- Lors d'un voyage
- D'urgence,
- D'un remplaçant de votre médecin habituel
- D'un professionnel de santé : chirurgien-dentiste, sage-femme, gynécologue, ophtalmologue, psychiatre ou neuropsychiatre, stomatologue



Pour ces consultations, le taux de remboursement correspond à celui d'un parcours coordonné.

17- Tiers Payant : Grâce à la carte vitale et à la carte de Tiers Payant (de la CAMIEG), vous pouvez être dispensé de l'avance de certains frais médicaux (médicaments, visites médicales, radiologie, etc.) grâce au dispositif du tiers payant.

Lorsqu'on ne bénéficie pas du tiers payant, il faut faire l'avance des frais médicaux. Le tiers payant est aujourd'hui étendu à l'ensemble de la population mais n'est pas appliqué par tous les professionnels de santé et sur tous les frais liés à la santé.

Il existe 2 types de tiers payant :

- Celui de la Sécurité sociale (tiers payant partiel) Si vous l'avez, vous n'aurez à votre charge que le ticket modérateur qui est la partie restant à payer après la prise en charge de la Sécurité sociale.

Le tiers payant de la Sécurité sociale s'applique automatiquement si vous êtes atteint d'une affection de longue durée (ALD), etc..... Et si vous êtes hospitalisé dans un établissement sous convention avec l'Assurance maladie et sur la part SS des médicaments (avec la carte vitale).

- Le tiers payant total ou intégral permet de ne pas avancer les frais pris en charge par la Sécurité sociale et la complémentaire santé, comme c'est notamment le cas avec la CAMIEG et/ou la surcomplémentaire. Vous restez uniquement redevable des éventuels frais non remboursés, ainsi que des franchises médicales et de la participation forfaitaire.



Ayez toujours avec vous votre carte vitale et votre carte de surcomplémentaire (pour nous IEG votre carte tiers payant CAMIEG avec l'annotation de votre surcomplémentaire).

Quels sont les actes couverts généralement par les surcomplémentaires santé par le tiers payant?

- Hospitalisation : les frais de soins pratiqués lors de l'hospitalisation, le forfait journalier, la chambre particulière (vérifier le montant remboursé ou non sur le contrat de votre complémentaire). L'Hospitalisation à Domicile HAD est souvent prise en charge.
- Actes médicaux : dans les laboratoires qui l'acceptent, il est possible de faire fonctionner le tiers payant mutuelle (par exemple les analyses, les radiographies, échographie, etc.).
- À la pharmacie, le tiers payant par la complémentaire santé peut être automatique (avec la seule carte VITALE) Vous ne réglez que ceux non pris en charge par la Sécurité sociale.



Le non-respect du parcours de soins coordonnés peut-être la raison de non-application du tiers payant.

Un médecin ne peut pas vous refuser le tiers payant obligatoire si vous y avez droit (souvent avec l'ALD)? Autrement il a la possibilité de refuser.

Seuls les dépassements d'honoraires et/ou les médicaments non remboursés seront à payer après prise en charge par le tiers payant. Si vous êtes hospitalisé, pensez à présenter votre carte vitale et votre attestation de complémentaire santé pour la prise en charge de vos frais d'hospitalisation. Certains assurés ont sur leur carte vitale la Sécurité sociale et leur complémentaire santé (comme avec la CAMIEG).

N'oubliez que pour certains actes de santé (dentaire, optique et auditif) il est nécessaire de faire une demande d'entente préalable établie par le professionnel de santé et à envoyer à la CAMIEG ou (et) à votre surcomplémentaire santé.

Conseils

Lors de vos recherches d'une surcomplémentaire santé, il faut privilégier celles qui appliquent le tiers payant car l'avance des frais de santé peut être très importante ainsi que les délais de remboursement (vérifier bien votre devis ou contrat).

Quand on a une surcomplémentaire, il faut avoir présent à l'esprit que :

- Lorsqu'il n'y a pas de remboursement du Régime Obligatoire, il n'y a pas de remboursement complémentaire par la surcomplémentaire (**sauf forfaits définis**).
- Les Remboursements du Régime Obligatoire et de la surcomplémentaire ne seront jamais supérieurs à la dépense réelle effectuée.

Les franchises

Quelles sommes peuvent être retenues?

Il peut notamment s'agir :

- de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires;
- de la participation forfaitaire de 2 € sur les consultations, les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale;
- du forfait de 32 € applicable à certains actes médicaux lourds.

Les franchises médicales

La franchise médicale est une somme déduite de vos remboursements par l'Assurance Maladie. Elle s'élève notamment à :

- 1 € par boîte de médicament remboursable;
- 1 € par acte paramédical, dans la limite des plafonds journaliers prévus;
- 4 € par trajet pour les transports sanitaires, avec un plafond journalier de 8 €.

Les franchises médicales sont plafonnées à 100 € par an et par assuré. Les montants unitaires n'ont pas changé; seul le plafond annuel a été relevé. Ces sommes restent donc à la charge de l'assuré.

La participation forfaitaire de 2 €

Une participation forfaitaire de 2 € est également demandée pour certaines consultations médicales ainsi que pour certains examens de radiologie et analyses de biologie médicale.

Cette participation reste à la charge de l'assuré. Elle est soumise à son propre plafond annuel, également relevé à 100 € par assuré.

Faire un bon choix de surcomplémentaire n'est pas une mince affaire. Dans un souci de transparence, il faudrait que les grilles de prestations (remboursements) proposées par les assureurs comportent le montant de référence pour la BR ou BRSS (qui est la base de remboursement de la Sécurité sociale) ou sur d'autres sigles.

Exemples :

- La BR ou BRSS pour la visite médicale chez un généraliste est de 30 euros en 2026.
- La BR ou BRSS pour une monture de lunettes en 2026 est de 2,84 euros en 2026.
- Le PMSS 2026 est de 4005 euros.

Avec le % de prise en charge, vous pouvez connaître le montant de votre remboursement ou de prise en charge. Certaines surcomplémentaires donnent des exemples de remboursements. Ces indications devraient être réactualisées chaque année.

L'idéal restant le 100 % santé ou le 0 reste à charge pour les lunettes, les prothèses auditives et certains soins dentaires (dans ce cas, les professionnels de santé pratiquent les Prix Limites de Vente PLV).

