La prise en charge par ma mutuelle

Il existe une multitude de formules proposées par les contrats que l'on peut classer en trois groupes : la formule de base, la formule « haut de gamme » et la formule « moyenne gamme ». Selon votre situation, vous pouvez bénéficier d'aides pour souscrire votre mutuelle.

Les différentes formules

La formule de base
Elle complète le plus souvent le montant « reste à la charge » du patient après le remboursement par l'Assurance maladie (ticket modérateur). Attention, le remboursement se calcule par rapport au tarif de convention de la caisse d'Assurance maladie et non sur la dépense réelle.
Exemple :

La formule « haut de gamme »
Ce contrat propose des garanties étendues concernant les dépassements d'honoraires, les frais d'optique et dentaires. Pour les frais d'optique et les prothèses dentaires, le remboursement peut se faire par forfait et/ou par pourcentage du tarif de remboursement de la Sécurité sociale. Plus les remboursements sont importants, plus les cotisations sont élevées.

La formule intermédiaire moyenne gamme
Elle est souvent un mixte des deux précédentes, avec des remboursements plus élevés sur certains postes de dépense et un prix contenu de cotisation.
Pour le choix de l'organisme, il est difficile de s'y retrouver tant les compagnies, les options, les garanties et les prix sont multiples et variables. Veillez donc à faire votre choix en fonction de vos besoins réels : consultations diététiques ou spécialisées (psychiatrie...), prothèses dentaires, optique, etc.

Bon à savoir : des garanties complémentaires peuvent être proposées dans ces contrats telles que : l'incapacité temporaire, l'invalidité et l'assistance.

Soyez vigilant sur:
- les conditions de remboursement : souvent précisées en tout petit en bas des contrats !
- le délai de carence : période décomptée à partir de la souscription pendant laquelle certaines prestations ne sont pas prises en charge par la mutuelle.*

Le diabète entraîne des complications dans des domaines où le remboursement de la Sécurité sociale est relativement faible, même dans le cadre d'une prise en charge à 100 % (système de forfait, de plafonnement...). C'est le cas notamment en podologie, diététique, dentaire et optique. Au moment du choix de la mutuelle, vérifez si ces postes sont bien pris en charge par la complémentaire santé.

Les aides pour bénéficier d'une mutuelle

La CMUC

Si vous avez de faibles ressources (exemple : revenus mensuels en moyenne à ajouter), il existe la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Il s'agit d'une complémentaire gratuite qui prend en charge les dépenses restant à charge après l'intervention des régimes de base de Sécurité sociale.

Les bénéficiaires sont les personnes résidant de manière stable et régulière en France (depuis plus de trois mois) et disposant de ressources inférieures au plafond annuel de 8 644 € pour une personne seule. Vous

devez déposer une demande à la caisse primaire d'Assurance maladie dont vous dépendez. Cette couverture complémentaire est accordée pour une durée d'un an renouvelable.

À retenir : si vous percevez le RSA vous n'êtes pas concerné par la condition de ressources.

L'aide pour une complémentaire santé (ACS)

Il s'agit d'une aide financière pour payer une complémentaire santé (mutuelle). Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. L'ACS ouvre droit à d'autres avantages (par exemple, tiers payant pour la part des dépenses prise en charge par l'Assurance maladie). Pour la demander, un dossier est à constituer (formulaire et justificatifs). Une fois attribuée, l'ACS est accordée pour un an.

Le chèque santé

Le décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015 pris en application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 instaure un « chèque santé » à destination des salariés en CDD, en contrat de mission ou à temps très partiel. En lieu et place d'une participation à la cotisation mensuelle du contrat collectif, les salariés les plus précaires pourront bénéficier sous certaines conditions d'un chèque santé versé par l'employeur pour financer une complémentaire santé individuelle. Les bénéficiaires de ce chèque santé sont :

- les salariés en CDD ou en contrat de mission ;
- les salariés en contrat de mission qui ne bénéficient pas d'une couverture collective et obligatoire d'une durée au moins égale à trois mois ;
- les salariés en CDD dont le contrat est inférieur ou égale à trois mois ;
- les salariés dont le temps de travail hebdomadaire est inférieur ou égale à 15 heures.

Pour en savoir plus la Fédération Française des Diabétiques vous invite à consulter le site officiel :
https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20740

Notes
**Ce délai doit être dépassé pour pouvoir bénéficier des garanties les plus élevées (prothèses dentaires, optique).*

Retrouvez le memo " Reste à charge " sur le site du Diabète LAB.