

Extrait d'acte de décès

Couverture maladie complémentaire (mutuelle)

Couverture complémentaire santé pour les 65 ans et plus - 01 février 2017

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 crée un dispositif permettant aux personnes de 65 ans et plus de bénéficier, à partir de janvier 2017, d'un contrat complémentaire santé labellisé.

Ce contrat devra proposer 3 niveaux de garanties.

Un décret doit fixer les niveaux de garanties et les seuils de prix.

Le contenu de cette page reste d'actualité et sera modifié dès publication du texte.

Mis à jour le 01 février 2017 par « direction de l'information légale et administrative »

L'Assurance maladie (Sécurité sociale) rembourse partiellement vos dépenses de santé. Pour couvrir les frais qui restent à votre charge, vous pouvez adhérer à une complémentaire santé (mutuelle).

De quoi s'agit-il ?

Lorsque vous avez des dépenses de santé, l'Assurance maladie (Sécurité sociale) ne rembourse pas tout. La complémentaire santé (mutuelle) complète ces remboursements, en totalité ou en partie.

La complémentaire santé peut aussi prendre en charge des prestations qui ne sont pas du tout remboursées par l'Assurance maladie (par exemple l'ostéopathie, certains vaccins).

Elle peut aussi proposer des services associés (assistance, prévention, etc.)

Qui peut en bénéficier ?

Toute personne peut souscrire une complémentaire santé à titre individuel, et éventuellement au profit d'un ou plusieurs membres de sa famille.

Sous certaines conditions, liées notamment à vos ressources, vous pouvez bénéficier d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (particuliers).

Avant de choisir une complémentaire santé, renseignez-vous auprès de votre employeur. En effet, celui-ci peut vous proposer une assurance collective (particuliers), plus avantageuse, et à laquelle vous êtes parfois obligé d'adhérer.

Démarches

Choix d'un assureur

Pour souscrire un contrat de complémentaire santé, vous pouvez vous adresser notamment aux organismes suivants :

- Mutuelle
- Compagnie d'assurance
- Institution de prévoyance
- Établissement bancaire

Délai d'attente

Avant de souscrire un contrat, informez-vous sur l'existence d'un délai d'attente (appelé délai de carence). Il s'agit d'une période, à partir de la souscription et variable selon les contrats, durant laquelle vous n'êtes pas remboursé pour certaines prestations.

Par exemple, le contrat peut indiquer un délai de carence de 6 mois en cas de soins dentaires.

Coût

Frais d'adhésion

Selon l'organisme complémentaire, la souscription du contrat est gratuite ou pas.

Tarifs des cotisations variables

Les tarifs des cotisations sont liés à votre situation et dépendent notamment des facteurs suivants :

- Niveau de couverture choisi
- Montant des revenus
- Âge
- Statut (salarié ou non salarié)
- Lieu d'habitation

Que rembourse la complémentaire santé ?

Le niveau et la nature des prestations des complémentaires santé varient selon les contrats.

Remboursement des dépenses de santé

La complémentaire santé rembourse les frais suivants :

- Ce qu'il reste à payer après le remboursement par l'Assurance maladie, de manière plus ou moins étendue (ticket modérateur (particuliers), dépassements d'honoraires)
- Dépenses non prises en charges par l'Assurance maladie

Contrat dit responsable

Si votre contrat de complémentaire santé est qualifié de responsable, il doit respecter des conditions de prise en charge.

Principales prestations d'un contrat responsable

Prestations	Prise en charge obligatoire	Prise en charge exclue	Prise en charge optionnelle
--------------------	------------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Rémunération des services rendus par les membres de certaines professions libérales (médecins, notaires, avocats, architectes, etc.) (particuliers) du médecin

Ticket modérateur
(particuliers)

- Dépassements d'honoraires et majoration du ticket modérateur (particuliers) liés au non respect du parcours de soins (particuliers)
- Participation forfaitaire de 1 euro (particuliers)

Pas de limite si le médecin est adhérent au contrat d'accès aux soins (particuliers)

Prise en charge limitée dans le cas contraire

Médicaments à SMR majeur (remboursés à 65 %)

Ticket modérateur
(particuliers)

Médicaments

Médicaments à SMR modéré et faible (remboursés à 30 % et 15 %)

Pas d'obligation de prise en charge

Franchise
(particuliers)

Homéopathie

Pas d'obligation de prise en charge

Hospitalisation

Forfait
journalier en
totalité,
sans
limitation de
durée

Ticket
modérateur
(particuliers)

Pas de limite si le
médecin est adhérent
au contrat d'accès
aux soins
(particuliers)

Prise en charge
limitée dans le cas
contraire

Limitée de la manière
suivante :

- Une paire de lunettes tous les 2 ans au maximum (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue)
- Monture à hauteur de 150 € maximum
- Limites minimales et maximales selon la complexité de l'équipement (par exemple, pour un verre simple, prise en charge comprise entre 50 € et 470 €).

Optique

Ticket
modérateur
(particuliers)

Dentaire Ticket
modérateur
(particuliers)

Cure thermale Pas
d'obligation
de prise en
charge

Formulation des garanties

Le montant remboursé par votre complémentaire santé peut être indiqué en pourcentage de la base de remboursement ou en euros.

Ainsi, une garantie à hauteur de *150 %* du Tarif sur la base duquel s'effectue le calcul pour le remboursement d'un acte médical par l'Assurance maladie. Appelé aussi tarif de responsabilité. (particuliers) (Assurance maladie incluse) signifie que votre remboursement total (Assurance maladie + complémentaire santé) peut atteindre *50 %* de plus que le tarif conventionnel de l'Assurance maladie.

Une prestation à hauteur de *200 €* signifie que votre complémentaire santé vous rembourse au maximum *200 €* en plus du montant éventuellement remboursé par l'Assurance maladie.

Vous pouvez consulter des exemples de calcul de remboursement dans la brochure de l'Unocam (particuliers).

Renouvellement ou résiliation du contrat

Votre contrat est renouvelé automatiquement chaque année. Votre organisme de complémentaire de santé doit vous envoyer annuellement un avis d'échéance. Cet avis mentionne les informations suivantes :

- Montant de vos cotisations pour l'année à venir
- Date limite à laquelle vous pouvez résilier votre contrat (les conditions de résiliation sont fixées dans votre contrat)
- Montant et composition des frais de gestion de l'organisme

Pour en savoir plus

- [Comprendre et choisir sa complémentaire santé](#) - 0 - Information pratique - Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam)
- [Pourquoi cotiser à une mutuelle de santé ?](#) - Information pratique - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)
- [Contrat d'accès aux soins](#) - Information pratique - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)
- [Site ameli-direct.fr](#) - Information pratique - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)
- [Site de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire](#) - Information pratique - Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam)

Services et formulaires en ligne

- [**Estimez vos droits à une aide pour une complémentaire santé**](#)
- Module de calcul

Voir aussi...

- [**Complémentaire santé d'entreprise \(mutuelle santé\) \(particuliers\)**](#)

Où s'adresser ?

Assurance Banque Épargne Info Service

- Pour s'informer sur le fonctionnement du contrat ainsi qu'en cas de litige

Informations sur les démarches et les relations contractuelles dans le domaine de l'assurance, de la banque et de l'épargne

Par téléphone

0 811 901 801

Du lundi au vendredi de 8h à 18h.

Numéro violet ou majoré : coût d'un appel vers un numéro fixe + service payant, depuis un téléphone fixe ou mobile

Pour connaître le tarif, écoutez le message en début d'appel

Par courrier

ABE Info Service

61 rue Taitbout

75436 Paris Cedex 09

Par messagerie

Via le [formulaire de contact](#)

Votre direction des ressources humaines (DRH)

- Pour s'informer auprès de son employeur sur une éventuelle couverture santé collective

Références

- Code de la mutualité : articles L221-7 à L221-17 - Renouvellement et résiliation du contrat (article L221-10-1)
- Code des assurances : articles L113-1 à L113-17 - Renouvellement et résiliation du contrat (article L113-12)
- Code de la sécurité sociale : articles L864-1 à L864-2 - Couverture complémentaire santé des personnes âgées de 65 ans et plus
- Code de la sécurité sociale : article L871-1 - Contenu du contrat responsable
- Code de la sécurité sociale : articles L932-14 à L932-22 - Renouvellement et résiliation du contrat (article L932-21-1)
- Code de la sécurité sociale : articles R871-1 à R871-2 - Contenu du contrat responsable
- Code de la sécurité sociale : articles R864-1 à R864-3 - Couverture complémentaire santé des personnes âgées de 65 ans et plus
- Arrêté du 17 avril 2012 relatif à la communication par les organismes de protection sociale complémentaire du montant des frais de gestion - Couverture complémentaire santé des personnes âgées de 65 ans et plus

- Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes - Contrat d'accès aux soins (article 36 de l'annexe)
- Arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique
- Circulaire N°DSS/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales



**Mairie
de Nargis**

1, rue de la Mairie
45210 Nargis
02 38 26 03 04 accueil@mairie-nargis.fr

Source URL: <http://www.mairie-nargis.com/vie-pratique/demarches-administratives/extrait-dacte-de-deces?publication=F20314>