



Il n'est pas toujours facile de s'y retrouver dans notre système de santé. Bien maîtriser le vocabulaire que les professionnels de santé ont l'habitude d'employer peut vous y aider.

- **ALD** : Affection de longue durée (par exemple tels que le diabète, la sclérose en plaques...)
- **BR** : base de remboursement
- **BRSS** : base de remboursement de la Sécurité sociale
- **CMU (couverture maladie universelle)** : Elle s'adresse aux personnes qui ne sont pas déjà couvertes à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie. Sous réserve de remplir certaines conditions, notamment de ressources, la CMU leur permet de bénéficier de la Sécurité sociale pour leurs dépenses de santé.
- **CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire)** : c'est une protection complémentaire santé gratuite accordée aux personnes remplissant certaines conditions de résidence et de ressources. Le bénéficiaire de la CMU-C n'est pas nécessairement bénéficiaire de la CMU.
- **Contrat responsable** : L'objectif du contrat responsable, tel qu'instauré par les Pouvoirs publics, est d'assurer une meilleure maîtrise de l'augmentation des dépenses de santé en responsabilisant les assurés et les organismes complémentaires. Si une complémentaire santé ne s'inscrit pas dans ce cadre, ses garanties sont surtaxées et elle perd les exonérations sociales et fiscales accordées aux contrats collectifs d'entreprise.
- **Complémentaire santé** : garantie souscrite par l'adhérent pour percevoir un complément aux prestations de la Sécurité sociale obligatoire pour le remboursement des frais médicaux.
- **Dépassement d'honoraires** : c'est la part des honoraires des médecins qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Suivant votre grille de garanties, la mutuelle peut prendre en charge certains de ces dépassements.
- **Forfait hospitalier** : Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Il n'est pas remboursé par l'assurance maladie.
- **FR** : frais réels
- **Franchises médicales** : c'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Son montant est de 50 centimes par boîte de médicaments et par acte paramédical et de deux euros par transport sanitaire.
- **Parcours de soins coordonnés** : Vous êtes dans le parcours des soins coordonnés si vous consultez votre médecin traitant ou son remplaçant ou un médecin correspondant sur orientation de votre médecin traitant.

Ceci vous permet :

- d'être mieux soigné grâce à un suivi coordonné dans la durée de votre dossier médical,
- de bénéficier du remboursement de vos consultations, avec l'application des tarifs de remboursement en vigueur.
- **Prévoyance** : Terme générique regroupant la couverture des risques : maternité, maladie, décès, incapacité, invalidité, chômage.
- **Prestations complémentaires** : garanties ou remboursements de frais médicaux venant en complément de ceux pris en charge par la Sécurité sociale.
- **Médecin traitant** : c'est le médecin désigné auprès de l'assurance maladie dans le cadre du parcours de soins coordonnés.
- **Médecin correspondant** : c'est le médecin ou spécialiste vers lequel le patient est orienté par son médecin traitant dans le cadre.
- **Médecin conventionné secteur 1** : médecin appliquant le tarif conventionnel, c'est-à-dire le tarif servant de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie. Les médecins en secteur 1 ont la possibilité d'avoir des dépassements d'honoraires, non remboursés par la Sécurité sociale. Ce droit au dépassement est proposé à l'occasion de certaines exigences du patient, notamment en cas de volonté de consulter en dehors des horaires d'ouverture du cabinet.
- **Le médecin adhérent au « contrat d'accès aux soins »** : le médecin signataire du contrat d'accès aux soins avec l'Assurance Maladie, s'engage à modérer et stabiliser ses honoraires afin de faciliter l'accès aux soins de ses patients.
- **Médecin conventionné secteur 2 dit à honoraires libres** : médecin pratiquant des tarifs libres et fixés par le professionnel de santé lui-même, avec tact et mesure, en fonction des exigences de la caisse d'assurance maladie. La caisse de Sécurité sociale rembourse le patient sur la base du tarif de base. Les dépassements peuvent être pris en charge par votre mutuelle suivant vos garanties.
- **PMSS** : le plafond mensuel de la Sécurité sociale sert notamment à calculer certaines cotisations de contrats frais de santé.
- **Ticket modérateur** : c'est le montant restant à la charge de l'assuré après remboursement de l'assurance maladie dans la limite du tarif de convention. Le taux du ticket modérateur varie en fonction de la nature des actes médicaux pratiqués, le suivi ou non du parcours de soin...
- **ROAM** : régime obligatoire de l'assurance maladie
- **Tiers payant** : ce service offert par votre mutuelle vous évite l'avance de frais de santé auprès de différents professionnels (pharmacies, hôpitaux...).