



Le tiers payant est un service qui vous évite de faire l'avance des dépenses de santé, dont la prise en charge est assurée par la Sécurité sociale et par votre mutuelle. Il vous assure un **accès aux soins partout en France** chez une majorité de professionnels de santé.

Exemple : dans le cas de soins admis au tiers payant

1 Au moment du règlement, le patient présente sa carte Vitale ou son attestation et sa carte de tiers payant.



2 Les droits du patient sont vérifiés automatiquement en ligne.

3 Le professionnel de santé renseigne en ligne les actes effectués.

4 La facturation est calculée, répartie et envoyée automatiquement pour **paiement**.

à la
Sécurité
sociale

à la
complémentaire
santé
du patient

Aujourd'hui, le tiers payant est devenu la règle en pharmacie ou dans les laboratoires d'analyses médicales et de radiologie pour faciliter l'accès aux soins en supprimant l'avance de frais.

Qu'est-ce que le tiers payant ?

Ce service permet la prise en charge directement par votre mutuelle de l'intégralité ou d'une partie de vos dépenses de santé, selon le niveau des garanties de votre contrat et les accords de conventionnement conclus avec les professionnels de santé. Il vient compléter le remboursement opéré par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Qu'est-ce qu'une carte de tiers payant ?

C'est la carte émise chaque année par votre mutuelle et attestant de vos droits au tiers payant auprès des professionnels de santé. **Sa durée de validité est en général d'un an.**

Votre carte indique notamment :

- L'ensemble des bénéficiaires de votre famille ayant droit à ce service,
- la période de validité de vos droits,
- vos droits par catégorie de professionnels de santé (Ex : PHAR pour pharmacie),
- le taux de prise en charge en pourcentage du ticket modérateur,
- votre numéro de Sécurité sociale.

Comment ça marche ?

- Pour en bénéficier, vous devez être bénéficiaire d'un régime obligatoire d'assurance maladie en tant qu'assuré ou ayant droit.
- Au moment du règlement, **pensez à présenter au professionnel de santé votre carte vitale ou votre attestation (téléchargeable en ligne sur votre espace ameli) et la carte de tiers payant de votre mutuelle.**
- Selon le contrat santé que vous avez souscrit et les garanties dont vous bénéficiez, il se peut que le tiers payant de votre mutuelle couvre l'ensemble des frais à votre charge après intervention de la Sécurité sociale.
- Si le professionnel de santé ne pratique le tiers payant que sur la part Sécurité sociale, adressez à votre centre de gestion pour être remboursé, le décompte Sécurité sociale original accompagné du reçu ou de la facture subrogatoire.

Et en cas d'hospitalisation ?

Le service de tiers payant fonctionne également en cas d'urgence ou en cas d'hospitalisation imprévue.

- Si l'établissement gère la demande de prise en charge, il se met directement en relation avec notre organisme de tiers payant. Il vous suffit de présenter votre carte de tiers payant en cours de validité.
- Si l'établissement ne gère pas la demande, contactez votre centre de gestion. Un accord de prise en charge vous sera alors délivré à remettre à l'établissement en fin d'hospitalisation pour ne pas faire d'avance de frais.

Bon à savoir

Généralisation du tiers payant

Le tiers payant a été généralisé depuis le 1^{er} janvier 2017. Les professionnels de santé peuvent pratiquer le tiers payant :

- sur la part remboursée par la Sécurité sociale
- sur la part complémentaire

Les dates à retenir

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le tiers payant est obligatoirement appliqué pour les patients atteints d'une Affection Longue Durée.

Depuis novembre 2017, le tiers payant est obligatoirement appliqué sur la part remboursée par la Sécurité sociale. Sur la part complémentaire, son application reste facultative, au choix des professionnels de santé.

Comment en bénéficier ?

Rien de plus simple, il suffira de présenter aux professionnels de santé votre carte de tiers payant pour la prise en charge de la part complémentaire.

Si le professionnel de santé applique le tiers payant sur la part complémentaire, votre mutuelle lui règle directement la somme due dans la limite des garanties prévues par votre contrat.

Pour la part obligatoire prise en charge par la Sécurité sociale, vous n'avez plus à faire l'avance de frais.