

# FICHE PRATIQUE



LA DÉFENSE DE VOTRE SANTÉ

## À propos d'Unéo

Avec près d'1,2 million de personnes protégées et 574,1 M € de cotisations (nettes de taxes), Unéo constitue la 1<sup>re</sup> mutuelle de la Défense et la 2<sup>e</sup> mutuelle de la fonction publique. Elle est la mutuelle de la communauté militaire, référencée par le ministère de la Défense pour assurer la protection sociale des militaires. Née en 2008 de la fusion de l'activité santé de la Caisse Nationale du Gendarme (CNG-MG), de la Mutuelle Nationale Militaire (MNM) et de la Mutuelle de l'Armée de l'Air (MAA), Unéo propose une couverture santé globale à l'ensemble des forces armées (terre, air, mer, gendarmerie) et ce, que les militaires soient en activité, en reconversion, réservistes ou retraités, ainsi qu'à leur famille en France, outre-mer et à l'étranger. Plus de 90 % du personnel militaire de la gendarmerie, de l'armée de terre, de la marine, de l'armée de l'air et des services communs lui font aujourd'hui confiance.

Son ambition : protéger ceux qui ont fait le choix de protéger les autres.

## Pour en savoir plus sur Unéo :

[www.groupe-uneo.fr](http://www.groupe-uneo.fr)

<https://fr-fr.facebook.com/Groupe.Uneo>

[https://twitter.com/mutuelle\\_uneo](https://twitter.com/mutuelle_uneo)

## Le contrat d'accès aux soins (CAS)<sup>1</sup> des médecins. De quoi s'agit-il ?

### Contexte

- En France, la quasi-totalité des médecins sont conventionnés, c'est-à-dire qu'ils ont passé un accord avec la Sécurité sociale, ce qui permet aux patients qui les consultent d'être remboursés.
- Les médecins en secteur 1 s'engagent à respecter un tarif de base sans dépassement d'honoraires\* («tarif opposable»<sup>\*</sup>).
- Les médecins en secteur 2 s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires avec «tact et mesure». La Sécurité sociale ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires que pratique le médecin en secteur 2.
- Le CAS vise à limiter ces dépassements d'honoraires pour améliorer l'accès aux soins.
- Face à la hausse régulière des dépassements d'honoraires, le CAS marque une inflexion notable vers une volonté de les réguler. C'est une première avancée.
- En effet, plus encore que les franchises ou les baisses de niveau de remboursement, c'est l'écart grandissant entre les bases de remboursement de la Sécurité sociale et les tarifs réellement pratiqués qui explique l'augmentation des restes à charge et les difficultés d'accès aux soins.

### Médecins éligibles au dispositif

- Le CAS est ouvert principalement aux médecins généralistes et spécialistes de secteur 2, dont les dépassements sont



Credit photo : Fotolia

inférieurs à 100 % des tarifs opposables. Exemple : pour une consultation classique de médecine générale, le tarif opposable est fixé à 23 €. Un dépassement d'honoraire de 100 % du tarif opposable équivaut donc à une consultation facturée à 46 €.

- On compte environ 11 000 médecins signataires du CAS, pour une population éligible estimée à 26 000 médecins. Sur les 130 000 médecins libéraux, la grande majorité, près de 90 %, est donc dans un dispositif de régulation de ses tarifs (secteur 1 ou CAS).
- Il existe toutefois de fortes disparités selon les spécialités et les régions.

<sup>1</sup> Le CAS a été institué par l'avenant n° 8 à la convention médicale\* signé le 25 octobre 2012 et paru au Journal officiel du 7 décembre 2012.

# FICHE PRATIQUE

## Contenu du contrat : des engagements réciproques

### Engagements des médecins signataires

- Ne pas augmenter leur pratique tarifaire par rapport à 2012.
- Stabiliser le taux moyen de leurs dépassements d'honoraires observé en 2012. Ce taux ne peut être supérieur à 100 %.
- Pratiquer des tarifs opposables sur une part de leurs actes. Cette part doit être au moins équivalente à celle constatée en 2012.

### Engagements de l'Assurance maladie

- Aligner les tarifs de remboursements des médecins adhérents au CAS sur ceux des médecins exerçant en secteur 1 et les faire bénéficier des revalorisations tarifaires consenties à ces derniers.
- Participer au financement des cotisations sociales dues par les signataires sur la part de leurs honoraires réalisée aux tarifs opposables.

## L'adhésion au CAS : un critère pris en compte dans l'évolution des contrats responsables\*

- Lorsque les garanties des organismes complémentaires prévoient la prise en charge de dépassements d'honoraires, cette prise en charge devra être différenciée selon que le médecin est, ou non, signataire du CAS.
- Si le médecin n'est pas signataire du CAS, elle devra être inférieure d'au moins 20 points à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce dispositif<sup>2</sup>. Les garanties qui ne prévoient pas cette différenciation lorsqu'elles remboursent des dépassements d'honoraires seront considérées comme «non responsables», donc davantage taxées.

## La position d'Unéo : aller plus loin dans la régulation des tarifs

- C'est cette même volonté de se positionner dans une logique de régulation des dépenses, plutôt que de «fuite en avant» vers des hausses de prise en charge inévitablement répercutées sur les cotisations, qui explique l'engagement d'Unéo dans des partenariats avec des ophtalmologistes, des opticiens, des audioprothésistes, des centres dentaires mutualistes, ou des établissements de santé, sur des critères de qualité et de tarifs maîtrisés<sup>3</sup>.

## Glossaire

- **Contrats responsables** : contrats d'assurance complémentaire santé respectant des règles visant à favoriser le respect du parcours de soins et la maîtrise des dépenses de santé, en contrepartie du bénéfice d'avantage sociaux et fiscaux. Un nouveau cahier des charges des contrats responsables a été défini par le décret du 18 novembre 2014. Les garanties Unéo appliqueront le nouveau cahier des charges à compter du 1er janvier 2016.
- **Convention médicale** : accord signé le 26 juillet 2011 entre les représentants des médecins libéraux et l'Assurance Maladie. Elle définit un cadre destiné à régir leurs relations en matière d'accès aux soins, de conditions d'exercice...
- **Dépassements d'honoraires** : c'est le montant supplémentaire que certains professionnels de santé peuvent demander en plus du montant de base de remboursement de la Sécurité sociale.
- **Tarifs opposables** : tarifs fixés par la convention médicale et pratiqués par les médecins de secteur 1.
- **Ticket modérateur** : partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré ou de la complémentaire santé après le remboursement de la Sécurité sociale.

*2 Exemple : le contrat prévoit un plafond de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au CAS de 60 % du tarif opposable. Dans le cas d'un tarif opposable de la consultation ou de l'acte facturé par le médecin non adhérent au CAS égal à 23 €, le montant maximal de prise en charge du dépassement d'honoraires de ce médecin est égal à (60% de 23 €) - (20% de 23 €) = 40% de 23 € = 9,2 €.*

*Le montant total pouvant être remboursé par l'organisme complémentaire correspond donc à 9,2 € + le ticket modérateur\* (30% de 23 € = 6,9 €) = 16,1 €.*

*3 Ces partenariats (couramment dénommés «conventionnements» ou «réseaux de soins conventionnés») visent à améliorer l'accès à une prise en charge de qualité à tarifs maîtrisés. Unéo s'est engagée dans plusieurs dispositifs de ce type :*

- conventionnement «Santéclair» (environ 3000 opticiens et 700 audioprothésistes)
- Ophtha Point Vision (9 centres ophtalmologiques)
- conventionnement avec les centres dentaires mutualistes (environ 450 centres)
- conventionnement hospitalier mutualiste avec environ 600 établissements représentant 60 % des séjours hospitaliers sur le plan national.