

WEBINAIRE AD2S

GARANTIE SANTE AD2S

16 janvier 2025
10h30- 11h30

L'association AD2S est soutenue par:



LA GARANTIE SANTE

C'est quoi ?



C'est une mutuelle santé négociée à un **tarif préférentiel** pour les **publics en difficultés**.

C'est également une Garantie Santé sur mesure, accompagnée et réfléchie avec les acteurs de terrain et les publics bénéficiaires.

C'est un contrat unique, spécifique, responsable et solidaire qui répond aux besoins des publics ciblés déclinant les tarifs en fonction de deux niveaux de garanties et 14 tranches d'âge sont proposées.

LA GARANTIE SANTE

C'est quoi ?



- X Un dispositif soutenu par l'Agence Régionale de Santé GRAND EST pour permettre un meilleur accès aux soins des publics précaires
- X 2 formules différentes selon les besoins du public.
- X 14 tranches d'âge permettant une meilleure répartition des cotisations et des prestations en fonction des besoins des personnes.
- X Des tarifs négociés et maîtrisés.
- X Un accompagnement dans les situations d'impayés.
- X La gratuité à partir du 3^{ème} enfant.
- X Des interlocuteurs de proximité disponibles

LA GARANTIE SANTE

Pour qui ?



Les personnes

- X non éligibles à la CSS et à la CSS participative
- X avec un faible reste à vivre
- X accompagnées par une structure adhérente à AD2S

LA GARANTIE SANTE

Pourquoi un changement de partenaire en 2025



- ❑ Une augmentation tarifaire de 40% pour toutes les catégories de personnes au 1^{er} janvier 2025 imposée par l'ancien partenaire mutualiste
- ❑ Un besoin de recentrer les prestations sur les réels besoins des publics bénéficiaires grâce à un nouvel appel d'offre et une nouvelle offre de couverture
- ❑ Bénéficier d'interlocuteurs privilégiés et de proximité dans la gestion quotidienne du contrat

LA GARANTIE SANTE

Contexte 2025



En 2025, les cotisations des mutuelles pour les contrats individuels augmenteront en moyenne de 5,3% représentant 18,9 millions de personnes.

L'augmentation des cotisations des mutuelles s'explique par plusieurs facteurs:

- La **poursuite de la hausse des dépenses de santé en France**. Elles ont augmenté de **5,2 % en 2023**, après une hausse de 4% en 2022.
- La **progression des prestations versées par les mutuelles**, notamment les remboursements sur les secteurs dentaire, optique, audiologie dans le cadre du **100% santé**.
- Les **revalorisations des rémunérations des professionnels de santé et de nouvelles prestations** comme l'engagement dans la prévention bucco-dentaire.
- L'**accélération des dépenses remboursées par les complémentaires santé ces dernières années** (+ 6,4% en 2023, contre + 4,3% en 2022). Elles augmentent plus fortement que l'ensemble des dépenses de santé.

LA GARANTIE SANTE



LES DÉPENSES DE SANTÉ AUGMENTENT



Vieillessement
de la
population



+ 26%
de personnes
de plus de 65 ans
en 10 ans



Augmentation
des maladies
chroniques



30%
de la population
souffre d'un problème
de santé chronique
ou durable



Hausse légitime
du tarif
des professionnels
de santé



+ 5€
pour
une consultation
de médecin
généraliste depuis
octobre 2023

DES NOUVELLES DÉPENSES DE SOINS ET PLUS DE PRÉVENTION



De nouvelles dépenses
de soins à venir
sur les prochaines
années



+ 1,6 Mds €
pour les complémentaires
santé en lien avec
la hausse des tarifs
des soins, des traitements
plus coûteux



Des investissements
en prévention pour
une meilleure santé
demain



Financement
de l'examen
bucco-dentaire annuel
pour les - de 25 ans
et du traitement préventif
de la bronchiolite

LES MUTUELLES ADAPTENT LEURS COTISATIONS

pour continuer à protéger la santé
des personnes avec **responsabilité,**
solidarité et équité.



LES MUTUELLES ADAPTENT LEURS COTISATIONS

pour continuer à protéger la santé
des personnes avec **responsabilité,**
solidarité et équité.



Source: étude réalisée par la mutualité Française

LA GARANTIE SANTE

Comment ?



- X Vous adhérez à AD2S
- X Vous proposez la Garantie Santé
- X Vous étudiez les droits : refus CSS et évaluation du reste à vivre
(cf outil « Guide de la Garantie Santé »)
- X Vous vérifiez si la personne a déjà une mutuelle. Si un contrat de mutuelle est en cours, il est impératif de procéder à une résiliation
- X Vous trouvez les documents d'adhésion sur votre espace AD2S: [AD2S - Accès aux soins - Nouveautés 2025 Garantie Santé AD2S](#)
- X L'envoi de la demande se fait par mail ad2s@ad2s.org ou par courrier postal au siège de l'association, 102 rue des solidarités 54320 Maxéville
- X Pour toutes informations concernant la mutuelle (tarifs, garanties...) contacter GMI au 03 82 89 20 03 ou par mail contact@gmi-mutuelle.fr



Webinaire du 16 janvier 2025

La Garantie Santé AD2S





Sommaire

Comprendre le fonctionnement d'une mutuelle

Le contrat solidaire et responsable

Le 100% santé : optique/dentaire/audio

Les dépassements d'honoraires

Le parcours de soins coordonnés

Les critères de remboursements

Les prestations : garanties Santé AD2S

Exemples de remboursements

Souscription

Cotisations

Focus : Les régimes / TIERS-PAYANT et ALD

Comprendre le fonctionnement d'une mutuelle

Qu'est-ce qu'une Mutuelle ?

- **Définition** : Les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif : elles ne versent pas de dividendes et l'intégralité de leurs bénéfices est investie en faveur de leurs adhérents. Régies par le code de la Mutualité, elles ne pratiquent pas la sélection des risques.
- **Objectif** : Compléter les remboursements de la Sécurité sociale pour réduire les frais de santé à la charge des assurés.

Comment Fonctionne une Mutuelle ?

- **Adhésion** : Les assurés souscrivent à un contrat de mutuelle en contrepartie d'une cotisation mensuelle ou annuelle.
- **Remboursements** : La mutuelle rembourse tout ou partie des frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale (consultations, médicaments, hospitalisation, etc.).

Avantages d'une Mutuelle

- **Accès aux Soins** : Facilite l'accès aux soins à un tarif maîtrisé.
- **Solidarité** : Les cotisations sont mutualisées pour offrir une protection équitable à tous les adhérents.

Le contrat solidaire et responsable

Objectif

- Instauré par le gouvernement en 2004 pour responsabiliser les patients sur leurs dépenses, leur complémentaire santé sur leurs prises en charge et les praticiens sur leurs honoraires.

Solidarité

- Les cotisations ne sont pas basées sur l'état de santé des assurés.
- Aucun questionnaire médical n'est requis pour souscrire

Responsabilité des assurés

Dans le cadre d'un contrat solidaire et responsable, les assurés ont plusieurs obligations, notamment en ce qui concerne les franchises et les participations forfaitaires :

- Participation forfaitaire (+18ans) :
 - ☐ Montant de 2 € par consultation ou acte médical, examens radiologiques et les analyses de biologie médicale
- Franchise médicale : [La franchise médicale](#) | [ameli.fr](#) | [Assuré](#)
 - ☐ Médicaments : 1 € / boîte de médicament
 - ☐ Acte paramédical : 1 € / acte
 - ☐ Une franchise de 4 € / transport sanitaire
- Respect du parcours de soins coordonnés
- Minoration prévue pour refus de transport partagé

Le contrat solidaire et responsable

Un contrat responsable et solidaire comporte de nombreux avantages, notamment fiscaux, dont :



la Taxe de solidarité additionnelle (ou TSA) mise en place sur tous les contrats santé responsables est réduite de 7%, et passe ainsi de 20,27 à 13,27 % (ce qui a un impact sur le montant de la cotisation) ;



dans le cadre des contrats collectifs d'entreprise, l'employeur bénéficie d'exonération des charges sociales pour les cotisations qu'il verse (dans la limite d'un plafond) ;

Le contrat solidaire et responsable

Responsabilité des complémentaires santé / mutuelles

Les soins	Hospitalisation	Dépassements d'honoraires des médecins	01/01/2020 Equipements : 
☐ Prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur sauf cures thermales et médicaments à service médical rendu modéré (30%) et faible(15%)	☐ Prise en charge intégral du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée	☐ Médecin non adhérent à l'OPTAM = Minoration de 20% sur la garantie par rapport à un médecin adhérent à l'OPTAM ☐ Médecin non-adhérent = Remboursement total limité à 200% de la BRSS (régime Obligatoire compris)	☐ Equipement optique tous les 2 ans sauf - 16 ans ou en cas d'évolution de la vue sur condition ☐ Equipement audio tous les 4 ans ☐ Encadrement des garanties : • Monture remboursée à 100€ (RO inclus) • Forfait contractuel d'un équipement optique(classe B) respectant des planchers et des plafonds en fonction de la correction • Forfait maximum de 1 700€ / aides auditives (RO inclus)

Le 100 % santé rime avec solidarité

Objectif

- Mise en place au 1^{er} janvier 2020 et en complémentarité du « contrat responsable »,
- Assurer l'accès à des soins de qualité avec des prestations entièrement remboursées pour les équipements suivants : dentaire, optique et auditif.

Solidarité

- Les praticiens s'engagent à proposer des **tarifs plus bas et plafonnés** sur certains actes,
- L'assurance maladie **augmente ses bases de remboursement**,
- La mutuelle **prend en charge le restant dû** pour que les assurés n'aient rien à régler au moment de la facture finale.



Poste optique

Lunettes du panier 100% santé (classe A)

- Accès sans reste à charge pour la monture et les verres correctifs
- Bases de remboursement de la Sécurité Sociale égale à 18% du coût total de l'équipement (verres ou monture)

• Monture :

- Prix plafonnés avec un choix restreint de couleurs, formes et styles.

☐ 17 montures adultes, 10 montures enfants

☐ Prix encadrés jusqu'à 30 € pour les adultes et 50€ pour les enfants

• Verres correcteurs :

☐ Amincissement minimal des verres en fonction du trouble

☐ Durcissement des verres pour éviter les rayures,

☐ Traitement anti-UV et anti-reflets obligatoires

Lunettes Hors panier 100% santé (classe B)

- Prix de vente libres fixés par les opticiens
- Bases de remboursement de la Sécurité Sociale égale à 0,05€ (verres ou monture)

• Monture :

☐ Prise en charge limitée à 100€ (RO inclus)

• Equipement complet (monture + verres) :

☐ Remboursements avec des montants minimums et maximums différenciés par type d'équipement :

- 1 équipement verres simples (50€/420€),

- 1 équipement verres complexes (200€/700€)

Poste dentaire



3 paniers de soins en dentaire

- **Panier 100% Santé** : Soins entièrement remboursés, incluant :
 - ☐ Couronnes et bridge (céramo-métalliques, céramique monobloc), pour les dents visibles.
 - ☐ Couronnes en métal pour les dents postérieures
 - ☐ Prothèse amovible en résine
- **Panier aux tarifs maîtrisés** : Soins avec des tarifs plafonnés, permettant un reste à charge modéré
- **Panier aux tarifs libres** : Soins sans plafonnement de tarifs, souvent pour des techniques plus innovantes ou des exigences esthétiques particulières

Paniers aides auditives

Catégorie I : Aides auditives 100% remboursées :

- ☐ **Tous types** : contour d'oreille classique, contours d'oreille à écouteur déporté, intra-auriculaires.
- ☐ 12 canaux de réglage pour une correction adaptée.
- ☐ Au moins 3 options parmi : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie $\geq 6\,000$ Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération.

Catégorie II : Aides auditives hors panier 100 % Santé :

- ☐ Tarifs définis par l'audioprothésiste.
- ☐ Contrat responsable => Prise en charge maximale de 1 700 € par oreille (incluant l'Assurance Maladie).

Secteur 1 ou 2 :

Comprendre les dépassements d'honoraires

Impact des conditions d'exercice sur le remboursement :

☐ **Secteur 1** : Aucun dépassement d'honoraires.

☐ **Secteur 2** :

☐ Pratique les dépassements d'honoraires

☐ Possibilité de signer un contrat avec l'assurance maladie (DPTAM, anciennement OPTAM) pour limiter les surcoûts.

Médecins sans contrat DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée):

☐ **Indication** : « honoraires libres » ou « non DPTAM ».

☐ **Dépassements non limités** et **remboursement moins avantageux**.

☐ Consultez l'annuaire santé sur ameli.fr pour plus d'informations.

Le parcours de soins coordonnés

Objectif

- **Visé à rationaliser les soins, éviter les consultations inutiles et améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé.**

Fonctionnement

- **Déclarer un médecin traitant** : Généraliste ou spécialiste
- **Orientation** : Vers d'autres professionnels si nécessaire
- **Concerne l'ensemble des assurés sociaux et leurs ayants droits, détenteur de la C2S inclus**
- **Exception au parcours de soins** : gynécologie, chirurgiens-dentistes, sage-femme, ophtalmologue, psychiatres et neuropsychiatre (entre 16 et 25 ans), stomatologue.

Conséquence du non-respect

Pénalités financières :

- Moindre remboursement de la part de la Sécurité sociale.
- Moindre remboursement de la part de la mutuelle.

Exemple de remboursement si vous n'avez pas de médecin traitant :

Cas d'une consultation chez un médecin spécialiste conventionné secteur 2 (DPTAM) au tarif de 54 euros :

l'Assurance Maladie ne vous rembourse que 30 % du tarif de la convention (base 37€) au lieu de 70% (moins 2 euros au titre de la participation forfaitaire)

=> soit un remboursement de 9,10 euros (contre 23,90 euros)

La mutuelle rembourse 30% du tarif de convention (ticket modérateur sans dépassement d'honoraires)

=> soit 11,10€

Critères de Remboursement par la Mutuelle

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS ou BR) :

- **Définition** : Montant fixé par l'Assurance Maladie pour un acte médical.
- **Exemple** : Pour une consultation chez un généraliste, la BRSS est de 30€.

Pourcentage de Remboursement RO (taux RO) :

- **Définition** : Taux de remboursement fixé par l'Assurance Maladie pour chaque poste de soins (ex : 55% sur les transports sanitaires)
- **100% BRSS** : Remboursement intégral de la base de remboursement (BRSS)
- **Exemple** : Pour une consultation chez un généraliste, la taux RO est de 70% de 30€.

Remboursement RO

- **Définition** : Montant remboursé par l'Assurance Maladie pour un acte médicale à l'assuré (avant la participation de la franchise)
- **Exemple** : Pour une consultation chez un généraliste, le montant RO est 21€ soit 70% de 30€.

Ticket Modérateur :

- **Définition** : Part des frais de santé restant à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance Maladie.
- **Prise en Charge** : La mutuelle couvre le ticket modérateur (à minima 100% BRSS)
- **Exemple** : Pour une consultation chez un généraliste, le TM est 6,30€ soit 30% de 30€
- **150%, 200%, etc.** : Remboursement supérieur à la BRSS, couvrant les dépassements d'honoraires. (RO inclus)

Frais Réels :

- **Définition** : Montant total des dépenses de santé.
- **Remboursement** : Remboursent des frais réels,

Forfaits :

- **Définition** : Montant fixe remboursé par an pour certains types de soins (dentaire, chambre particulière)
- **Exemple** : Forfait annuel de 100 € pour la chambre particulière.

GARANTIES AD2S:

Niveau 1 (régime général)

Niveau 2 (régimes général et local)

Garanties Santé AD2S

AD2S Niveau 1 (Régime général uniquement)

- ☐ **Soins courants :**
 - ☐ TM (100% BR) sur l'ensemble des actes
 - ☐ Pharmacie 100% BR (toutes vignettes)
- ☐ **Aides auditives :**
 - ☐ équipement RAC 0 ou forfait (230€ / oreille / tous les 4 ans)
 - ☐ forfait annuel piles (60€)
- ☐ **Dentaire : (plafond annuel 500€ hors RAC 0)**
 - ☐ TM (100% BR sur les soins/actes dentaires)
 - ☐ dépassements sur prothèses dentaires (170% BR)
 - ☐ forfait annuel : implants (150€)
 - ☐ Orthodontie (160% BR)
- ☐ **Optique :** 100% santé ou forfait sur l'équipement optique
 - ☐ monture (50€) + Verres (50€/verre simple ou 75€/verre complexe)
 - ☐ forfaits annuels : lentilles (150€) + chirurgie correctrice de l'œil (200€)
- ☐ **Hospitalisation :**
 - ☐ TM (100% BR)
 - ☐ forfaits (FPU+ Actes lourds)
 - ☐ forfait annuel TV
- ☐ **Bien Être :** forfaits annuels
 - ☐ médecines douces (75€)
 - ☐ cure thermique (150€)

AD2S Niveau 2 (Régimes : Général et Local)

- ☐ **Soins courants :**
 - ☐ dépassements sur les honoraires médicaux (130% BR / 110% BR)
 - ☐ TM (100% BR sur les auxiliaires médicaux)
 - ☐ dépassements sur le matériel médical (120% BR) + Forfait annuel sur matériel médical (75€)
 - ☐ pharmacie 100% BR (toutes vignettes)
 - ☐ forfaits annuels : Pharmacie NR (40€) + contraceptif féminin (20€) + vaccins NR (75€)
- ☐ **Aides auditives :**
 - ☐ équipement RAC 0 ou forfait (230€ / oreille / tous les 4 ans)
 - ☐ forfait annuel piles (60€)
- ☐ **Dentaire : (Plafond annuel 1 000€ hors RAC 0)**
 - ☐ Dépassements sur les soins/actes dentaires (120% BR)
 - ☐ dépassements sur prothèses dentaires (250% BR) / Inlay-Core (150% BR)
 - ☐ forfaits annuels : implants (300€) + prothèses dentaires NR (300€)
 - ☐ orthodontie (210% BR)
- ☐ **Optique :** 100% santé ou forfait sur l'équipement optique
 - ☐ monture (60€) + Verres (65€/verre simple ou 85€/verre complexe)
 - ☐ forfaits annuels : lentilles (150€) + chirurgie correctrice de l'œil (200€)
- ☐ **Hospitalisation :**
 - ☐ dépassements sur les honoraires (130% BR / 110% BR)
 - ☐ forfaits (FPU+ Actes lourds)
 - ☐ forfaits annuels : chambres particulières (30€/40j) + frais d'accompagnement (30€ pdt 40j/30j) + TV
- ☐ **Bien Être :** Forfait annuels
 - ☐ médecines douces (100€)
 - ☐ cure thermique (175€)

EXAMPLES

Exemples remboursements Garantie AD2S

Cas d'une consultation chez un médecin spécialiste conventionné secteur 2 (DPTAM) au tarif de 54 euros :

Soins courants :	AD2S Niveau 1 TM (100% BRSS)	AD2S Niveau 2 (130% BRSS)
TARIF DE LA CONSULTATION	54€	54€
BASE SÉCURITÉ SOCIALE - BRSS	37€	37€
REMBOURSEMENT SS (70% BRSS)	25,90€ (– 2€ de franchise)	25,90€ (– 2€ de franchise)
TICKET MODÉRATEUR (30% BRSS)	11,10€	11,10€
DÉPASSEMENT MUTUELLE (SELON GARANTIE)	0€	11,10€ (soit au total 130%BRSS)
RESTE À CHARGE ASSURÉ	19€ (54€-23,90€-11,10€)	7,90€ (54€-23,90€-22,20€)

SOUSCRIPTION



Bénéficiaires des prestations garanties

1. L'assuré

2. Ses ayants-droit :

- ☐ le conjoint / le concubin / partenaire du membre participant
- ☐ le/les enfants à charge : Sont considérés comme enfants à charge, les enfants du membre participant, de son conjoint, partenaire/concubin sous réserve qu'ils soient :
 - ⇒ âgés de moins de 18 ans sans condition et bénéficiant de prestations du régime obligatoire
 - ⇒ âgés de moins de 26 ans (calculé en âge millésime) : Sous certaines conditions

Formalités de souscription

LISTE DES PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR POUR LA MISE EN GESTION DE VOTRE ADHESION

- ☐ Bulletin d'adhésion original complété et signé
- ☐ Photocopie de l'attestation du régime obligatoire de l'adhérent, et celle(s) des éventuels ayants droit (conjoint, enfant)
- ☐ Photocopie de la Carte Nationale d'Identité du souscripteur ou à défaut la photocopie du passeport ou titre de séjour en cours de validité
- ☐ Relevé d'identité bancaire (IBAN) ou postal
- ☐ Mandat de prélèvement complété et signé

LISTE DES PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR SELON VOTRE SITUATION

- ☐ Justificatif de domicile de moins de 3 mois ou attestation sur l'honneur de domicile à compléter ci-dessous
- ☐ Certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur, copie du PACS pour les personnes vivant maritalement
- ☐ Certificat de scolarité pour les enfants étudiants de 18 ans et plus
- ☐ Pour les enfants non étudiants et à charge au sens de l'administration fiscale, une attestation sur l'honneur précisant que l'enfant n'a pas d'activité rémunérée (salaire ou indemnité)
- ☐ Copie du jugement de tutelle (si applicable)

Informations et justificatifs lors de l'entrée en relation avec l'adhérent

- Pour tous les acteurs soumis à la réglementation de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCB-FT), le KYC (know Your Customer) est un processus nécessaire et indispensable qui permet d'identifier un client et de vérifier son identité.

L'article L561-2 du Code Monétaire et Financier (CMF) liste les professionnels soumis à cette obligation, notamment :



- Les établissements du secteur bancaire
 - La Banque de France
- Les entreprises d'investissement
- Les établissements de crédit



- Les compagnies et les courtiers en assurance
 - Les institutions de prévoyance
 - Les mutuelles et unions d'assurances

- Le justificatif de domicile est recueilli dans le cadre de la connaissance de la situation professionnelle, économique et financière de la personne, conformément aux dispositions de l'article R.561-12 du code monétaire et financier.
- Compte tenu de la nature des opérations, la Mutuelle relève d'une vigilance simplifiée qui ne signifie pas une absence de vigilance.

Les obligations des mutuelles en matière de LCB-FT

Pourquoi faut-il identifier les PPE ?

- La réglementation présuppose que les PPE sont des personnes exposées à des risques particuliers.
- Les assujettis à la réglementation LCB-FT doivent donc être en mesure d'identifier ces PPE afin de mettre en œuvre des mesures de vigilance complémentaire.
- En compléments des dispositions du CMF, les lignes directrices sur les PPE précisent :
 - « La réglementation n'impose pas aux organismes financiers de se doter d'un outil automatisé de détection des PPE [...] la mise en place d'un tel outil peut s'avérer nécessaire au regard de la taille de l'organisme ainsi que de la nature et du volume de ses activités »
 - « une détection des PPE qui se bornerait à reposer sur les déclarations des clients est insuffisante »

La notion de personne politiquement exposé

Est considérée comme PPE une personne qui est exposée à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridiques ou administratives qu'elle exerce ou a exercées pour le compte d'un Etat ou de celles qu'exercent ou ont exercées des membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées ou le devient en cours de relation d'affaires

COTISATIONS

Les cotisations de la GARANTIE SANTE AD2S

TARIF DE LA GARANTIE SANTE :

	AD2S NIVEAU 1	AD2S NIVEAU 2	
	Régime général	Régime général	Régime local**
Enfant*	34,91 €	41,99 €	21,26 €
18-24 ans	35,18 €	49,80 €	30,66 €
25-29 ans	42,13 €	56,93 €	33,21 €
30-34 ans	49,08 €	64,06 €	35,76 €
35-39 ans	53,88 €	69,01 €	38,45 €
40-44 ans	59,49 €	74,80 €	41,99 €
45-49 ans	65,66 €	81,19 €	46,31 €
50-54 ans	72,18 €	87,97 €	51,32 €
55-59 ans	78,82 €	94,91 €	56,96 €
60-64 ans	85,35 €	101,79 €	63,16 €
65-69 ans	91,55 €	108,38 €	69,82 €
70-74 ans	97,20 €	114,45 €	76,89 €
75-79 ans	102,07 €	119,78 €	84,28 €
80 ans et plus	105,93 €	124,14 €	91,92 €

❑ Choix de la garantie (niveau 1 ou 2) :

- uniformément pour toute la famille

❑ Régime Sécurité social :

- se référer à l'attestation de chaque assuré
- Possibilité de mixer les régimes sur le niveau 2 uniquement (cas d'un double régime : général/ local)

❑ Âge de l'adhérent et des bénéficiaires :

- Principe de la cotisation à la tête
- Calcul de l'âge de chaque bénéficiaire par différence de millésime entre l'année de souscription et l'année de naissance.
- Gratuité à partir du 3ème enfant
- Appliquer le Tarif "Enfant" quel que soit l'âge, tant que l'enfant est considéré comme ayant-droit

Exemple : pour une personne née le 15 juillet 1950, la cotisation mensuelle applicable au 1er janvier 2025 sera de 102,07€ pour la garantie AD2S NIVEAU1 (2025 - 1950 = 75 ans).

FOCUS

Régime local / Régime général

Régime local Alsace Moselle

Bénéficiaires :

- ☐ **Salariés** et leurs ayants droit (enfants < 24 ans et conjoint à charge) dans le Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle.
- ☐ **Retraités** : sous conditions de durée de bénéfice avant la retraite.
- ☐ **Frontaliers** : selon lieu de résidence.

Cotisations :

- ☐ **Légèrement plus élevées** que celles du régime général pour une meilleure couverture.

⇒ [Affiliation Le Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle](#)

Régime général

Applicabilité :

- ☐ **Territoire** : Applicable sur l'ensemble du territoire français, sauf exceptions spécifiques.

Bénéficiaires :

- ☐ Majorité des assurés en France.

Tiers Payant Sécurité Sociale vs Mutuelle

Tiers Payant Sécurité sociale

Fonctionnement :

- ☐ **Prise en charge directe** : L'Assurance Maladie paie directement le professionnel de santé.

Types de tiers payant :

- ☐ **Partiel** : Une partie des frais reste à la charge du patient (TM + dépassements d'honoraires)

☐ **Tiers payant intégral et obligatoire pour les bénéficiaires :**

- Affection de longue durée (ALD).
- Complémentaire santé solidaire (CSS).
- Aide médicale de l'État (AME).
- Soins de prévention (dépistages organisés).
- Femmes enceintes, victimes d'accidents de travail.

👉 **Carte Vitale** : Si un patient oublie sa carte Vitale, le professionnel de santé peut refuser le tiers payant, sauf dans les cas obligatoires

Tiers Payant Mutuelle

Fonctionnement :

- ☐ **Prise en charge directe** : La mutuelle paie directement les professionnels de santé pour la part complémentaire.

Avantages :

- ☐ **Couverture étendue** : Prise en charge des dépassements d'honoraires, participation forfaitaire, franchises médicales selon le contrat.
- ☐ **Facilité financière** : Pas d'avance de frais pour les soins remboursés par la mutuelle.

Conditions d'application :

- ☐ **Professionnels de santé** : doivent accepter le tiers-Payant
- ☐ **Obligatoire dans tous les établissements hospitaliers sous convention avec l'Assurance Maladie.**
- ☐ **Pharmacie appliquent le tiers payant mutuelle.**

👉 **Carte TP mutuelle ou demande de prise en charge**

Pourquoi avoir une Mutuelle lorsqu'on bénéficie d'une Affection Longue Durée (ALD) ?

Prise en Charge de l'ALD :

- ❑ **100% des Soins Liés à l'ALD** : L'Assurance Maladie couvre intégralement les soins liés à votre affection longue durée.
- ❑ **Exonération du Ticket Modérateur** : Vous n'avez pas à payer le ticket modérateur pour les soins liés à l'ALD.

Limites de la Prise en Charge :

- ❑ **Dépassements d'Honoraires** : Les frais supplémentaires facturés par certains médecins ne sont pas couverts.
- ❑ **Soins Non Liés à l'ALD** : Les autres soins médicaux (consultations, médicaments, etc.) ne sont pas pris en charge à 100%.
- ❑ **Frais Annexes** : Certains frais comme les lunettes, prothèses auditives, et chambres particulières en hospitalisation ne sont pas entièrement remboursés.



En clair...

- Comparer les garanties proposées :
 - Concentrez-vous sur les soins sollicités le plus souvent.
- Parcours de soins coordonnés :
 - Si vous consultez uniquement des médecins en secteur 1, **un contrat de base pourrait suffire.**
- 100% santé :
 - Inclus systématiquement dans les contrats solidaires et responsables
 - **À privilégier pour un reste à charge zéro en audio, optique et dentaire.**

ANNEXES

Exemples remboursements Garantie AD2S

AD2S Niveau 1

❑ Soins courants : TM (100% BR)

Soins courants					
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - 2 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	54,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	19,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 2€	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie,	67 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	46,00 €

Exemples remboursements Garantie AD2S

AD2S Niveau 2

❑ Soins courants : dépassements sur les honoraires médicaux (130% BR OPTAM / 110% BR non-OPTAM)

Soins courants					
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - 2 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	54,00 €	37,00 €	23,90 €	22,20 €	7,90 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 2€	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie,	67 €	23,00 €	14,10 €	9,20 €	43,70 €

Exemples remboursements Garantie AD2S

AD2S Niveau 1

❑ Hospitalisation : TM (100% BR)

Hospitalisation					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 434 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	162,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 473 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	201,30 €
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	80% BR	20% BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 541,00 €	3 541,00 €	2 832,80 €	708,20 €	0,00 €

Exemples remboursements Garantie AD2S

AD2S Niveau 2

❑ **Hospitalisation : dépassements sur les honoraires médicaux (130% BR OPTAM / 110% BR non-OPTAM)**

Hospitalisation					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 434 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	80,79 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 473 €	271,70 €	271,70 €	27,17 €	174,13 €
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	80% BR	20% BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 541,00 €	3 541,00 €	2 832,80 €	708,20 €	0,00 €

Exemples remboursements Garantie AD2S

AD2S Niveau 1

- ☐ dépassements sur prothèses dentaires (170% BR)
- ☐ orthodontie (160% BR)

Dentaire					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557,00 €	120,00 €	72,00 €	132,00 €	353,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707,00 €	193,50 €	193,50 €	116,10 €	397,40 €

Exemples remboursements Garantie AD2S

AD2S Niveau 2

- ❑ dépassements sur prothèses dentaires (250% BR)
- ❑ Orthodontie (210%)

Dentaire					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557,00 €	120,00 €	72,00 €	228,00 €	257,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707,00 €	193,50 €	193,50 €	212,85 €	300,65 €

Un instant de pause

Nous centralisons vos questions
pour y répondre dans 10 minutes...

Les intervenants de la GMI et de AD2S répondent à vos questions



Merci pour votre attention

Vos prochains webinaires 2025:

Le 23 janvier 2025: **Les outils d'information pour la jeunesse**

Le 25 février 2025: Santé sexuelle

Projets de webinaires (date et inscriptions à venir sur le site):

- France travail, loi plein emploi
- Les offres de services de la CARSAT
- Alimentation solidaire
- ...

