Petit lexique « santé »

à l'usage des adhérents d'EKCS

novembre 2025

Le monde de la santé, comme beaucoup d'autres, est devenu au fil des ans un maquis réglementaire complexe et il est souvent bien difficile de s'y retrouver. Ce petit lexique a pour objectif de vous fournir quelques définitions générales et de vous aider à comprendre à quoi correspondent les sigles et acronymes souvent barbares qu'on y rencontre. Pour en faciliter la lecture, les termes et définitions se rapportant exclusivement à **EKCS** y figurent en **vert.**

Nous vous en souhaitons bonne lecture !

<

Le bureau EKCS

(les mots ou sigles en gras sont précisés dans ce lexique ; rappel : les termes en vert sont propres à EKCS)

Abondement : Les membres retraités - adhérents d'**EKCS** bénéficient d'une réduction de leur cotisation mensuelle grâce à l'abondement prélevé sur la **soulte** versée à la création d'**EKCS** par BNP Paribas. Cet abondement est soumis à l'impôt sur les revenus sur la base d'un état transmis annuellement à chaque membre par **AXA**. Il est de 35 € par mois pour chaque adhérent, 15 € pour les ayants-droits.

ALD : Affection Longue Durée. L'Affection longue durée (ALD) désigne une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé.
L'ALD concernait 12 millions de personnes en 2021, elle représentait pour la Sécurité Sociale un coût de 119 milliards d'euros sur un budget global de 182,3 milliards, soit 65,3 % des dépenses.

Voir le site AMELI pour précisions sur les conditions de prise en charge.

AM : **Assurance Maladie** (ou **AMO**, Assurance Maladie Obligatoire) ; c'est l'une des 5 branches de la **Sécurité Sociale** en France ; elle se divise en plusieurs régimes obligatoires en fonction de la situation de chaque individu. Le régime général de l'Assurance Maladie concerne plus de 80 % de la population française. Il s'adresse aux salariés du secteur privé, aux allocataires de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) et aux bénéficiaires de la **PUMA** (Protection Universelle Maladie – ex **CMU**). Les travailleurs indépendants et les professions libérales relèvent du RSI (Régime Social des Indépendants), les agriculteurs de la MSA (Mutualité

Sociale Agricole). Certains corps de métier ont leur régime spécial propre, souvent plus avantageux que le régime général (militaires, fonctionnaires, pompiers, avocats, agents de la SNCF, de la RATP, etc.), d'où les fortes oppositions aux projets de regroupement de ces régimes avec le régime général.
Les retraités restent automatiquement rattachés au régime dont ils dépendaient lorsqu'ils étaient actifs. Par contre ils perdent leur affiliation au contrat collectif de la **Complémentaire Santé** souscrite par leur ex-employeur ; ils doivent donc adhérer – ou pas – à une Complémentaire Santé de leur choix.

AMC : Assurance Maladie Complémentaire, ou Complémentaire Santé, ou Mutuelle. Contrat d'assurance intervenant en complément ou supplément de l'Assurance Maladie afin de diminuer son **reste à charge.** L'AMC regroupe l'ensemble des mutuelles qui viennent compléter les remboursements de l'**AM**. Dans le secteur privé, la mutuelle est choisie par l'employeur ; elle couvre les salariés sous la forme d'un contrat collectif appelé **Mutuelle Santé collective** ou Complémentaire Santé d'Entreprise. A la fin du contrat de travail, notamment au moment de son départ à la retraite, le salarié peut choisir librement sa mutuelle et souscrire un contrat individuel pour conserver une couverture complémentaire de ses soins de santé.

En général ces produits sont proposés par des sociétés d'assurance rattachées au code des Assurances ou Institution de Prévoyance relevant du code de la Sécurité sociale. C'est une offre commerciale, différente de celle d'une véritable **Mutuelle Santé**, proposée par un collectif solidaire. Les contrats de complémentaires santé

proposés par les assureurs sélectionnent leurs adhérents selon des critères qui leur sont propres (ressources, âge, état de santé), assurant ainsi un risque individuel, contrairement à la mutuelle, qui partage le risque entre ses membres et n'effectue pas de tri à l'entrée.

Statutairement **EKCS** est une Complémentaire Santé sous la forme d'une Association Loi 1901. Le mode de recrutement de ses adhérents, l'uniformité de ses cotisations et son fonctionnement l'apparentent à une mutuelle santé.

A noter que le terme de « mutuelle » est utilisé pour désigner tous les contrats de complémentaires santé, y compris par les services publics, ce qui rend très difficile de faire la distinction entre les offres du secteur marchand et les véritables mutuelles santé solidaires.

Ameli : acronyme de **A**ssurance **m**aladie **e**n **li**gne. Plate-forme Internet de la Caisse Centrale d'Assurance Maladie. Ce site très complet offre des services en ligne personnalisés. Pour créer son compte, il suffit de se rendre sur le site Ameli.fr et de cliquer sur « Compte Ameli » à droite de l'écran, puis sur « Créer mon compte » sur la nouvelle page ouverte par le navigateur.

AXA (AXA France Vie) : assureur gestionnaire du fonds collectif de réserve d'**EKCS** (**la soulte**) dans le cadre d'un contrat d'assurance souscrit en 2005 par BNP PARIBAS.

BRSS (ou BR) : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - ou Tarif de convention (cf. **CCAM**) Il s'agit d'un tarif fixé par la Sécurité Sociale définissant la somme qui vous est remboursée après un acte médical. Selon les actes, vous percevez un pourcentage de la **BRSS** compris

entre 15 et 100%. La différence entre ce remboursement et la **BRSS** constitue le ticket modérateur (**TM**), le solde éventuel restant à la charge de l'ayant-droit (**RAC**).

CADES : Caisse d'Amortissement de la DEtte Sociale. Organisme public dépendant du ministère des Finances, chargé de la gestion de la dette publique sociale. Elle est alimentée par la **CSG** et la **CRDS**. Elle devait cesser son activité en 2024 mais la crise COVID ayant fortement alourdie la dette sociale, le gouvernement a décidé de prolonger l'activité de la CADES jusqu'en 2033.

Carte Blanche Partenaires : plate-forme santé spécialisée dans l'optique, l'auditif et les appareils bucco-dentaires. Son objectif est de diminuer le **reste à charge** des assurés tout en veillant à la qualité des prestations et des équipements (verres, lentilles, prothèses dentaires et auditives).
EKCS fait bénéficier ses adhérents des normes de qualité et des tarifs préférentiels de cette plate-forme qui intervient en nouant des partenariats avec des réseaux nationaux d'optique, dentaire et audio, auxquels s'ajoute un réseau de médecine complémentaire et préventive (ostéopathes, diététiciens…). Pour en bénéficier, il suffit de vérifier si le professionnel auquel vous vous adressez est adhérent au réseau, puis de lui présenter sa carte de membre **EKCS** pour bénéficier des avantages qui en découlent.

CAS : Contrat d'Accès aux Soins ; Ce contrat a été mis en place au 1er décembre 2014 dans le but d'encadrer les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins du **secteur 2**. Il a été remplacé à compter du 1er janvier 2017 par l'**OPTAM**.

CASA : Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie. Elle est une taxe instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale 2013. Elle est prélevée mensuellement à hauteur de 0.3% sur les pensions de retraite de base et complémentaires.

CCAM : **C**lassification **C**ommune des **A**ctes **M**édicaux. Consultable sur le site de l'Assurance Maladie (www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php). Cette table fournit les règles de codage des actes médicaux, permet de consulter les règles de facturation, les règles tarifaires et les principes généraux de classification des actes médicaux. Elle remplace depuis 2004 la **NGAP**, nomenclature des actes médicaux instaurée en 1972, mais qui reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux et les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

CCS : Commission Complémentaire Santé des actifs des filiales de BNP Paribas.

CMU : Couverture Maladie Universelle ; remplacée au 1er janvier 2016 par la **PUMA**.

Complémentaire Santé : voir **AMC**.

CSS : Complémentaire Santé Solidaire (ou C2S) ; résultat de la fusion en 2019 entre la CMU – C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire), et l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé). Alimenté par un fonds de financement de la **CNAM**, ce système donne accès à une couverture santé complémentaire minimale aux personnes aux faibles revenus ou sans ressources bénéficiant par ailleurs de la **PUMA**. La CSS peut être

payante selon le niveau de ressources et l'âge des bénéficiaires (1 €/ jour au plus).

Contrat responsable : Un contrat responsable est un Contrat **Complémentaire Santé** respectant un cahier des charges fixé par les pouvoirs publics. Ce cahier des charges détermine des minima de garanties, des prises en charge intégrales pour certains équipements (**paniers 100 % Santé**) ainsi que des plafonds de couvertures applicables à certains postes de soins et aux dépassements d'honoraires.
Pour qu'un contrat soit dit responsable il doit être conforme aux critères fixés par la Sécurité Sociale dans 4 domaines spécifiques :

- Remboursement intégral du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire, à l'exception des cures thermales, de l'homéopathie et des médicaments dont le service rendu est considéré faible ou modéré ;
- Remboursement intégral du forfait journalier hospitalier ;
- Pour les frais d'optique, si le contrat le propose, remboursement soit de l'intégralité du ticket modérateur, soit d'un minimum allant de 50 euros à 200 euros et un maximum allant 470 euros à 850 euros tous les deux ans ;
- Pour les dépassements d'honoraires, si le contrat le propose, remboursement de 125% du tarif de la sécurité sociale.

Aujourd'hui, la plupart des contrats santé sur le marché – dont bien sur EKCS - sont des contrats responsables**.**

Convention Médicale : ensemble de textes qui régit les liens entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie. Cet accord signé entre la Sécurité sociale, le gouvernement et les principaux syndicats des professions médicales fixe les tarifs de référence qui servent de base aux remboursements des frais de santé. Elle a été définie par un décret de 1966 et fait l'objet de renégociations régulières. La convention actuelle a été signée en 2016 et son échéance initiale en 2021 a été prorogée jusqu'au 31 mars 2023.

Cotisation : pour leurs mutuelles collectives obligatoires les employeurs ont le choix entre différents types de calcul des cotisations : cotisation unique, indexation sur les salaires, modulation du taux de participation patronale en fonction des salaires, régime différent en fonction de la catégorie du personnel.

En ce qui concerne les retraités le coût de la complémentaire santé est la plupart du temps fixé par l'assureur au départ du contrat en fonction du risque individuel considéré : sexe, âge, zone de résidence ; il évoluera en fonction de ces critères, l'âge étant un élément déterminant pour augmenter le montant de la cotisation perçue. Dans un souci d'équité **EKCS** a dès sa création pris le parti ne pas prendre ces critères en compte et de proposer un niveau de cotisation unique pour chaque catégorie d'adhérents.

CRDS : Contribution au Remboursement de la Dette Sociale. Elle est prélevée sur l'ensemble des revenus d'activité (salaires) et de remplacement (indemnités de chômage, retraites, etc). Il s'agit en fait d'un impôt sur le revenu permettant de rembourser la dette de la Sécurité Sociale.

CSG : Contribution Sociale Généralisée. Idem CRDS. Elle a pour objectif de financer la protection sociale.

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée ; permet d'organiser et de contrôler les honoraires libres des médecins, autrement dit, à encadrer leurs dépassements d'honoraires. Le **DPTAM** a remplacé le **CAS** et se matérialise par la signature par le médecin d'un contrat **OPTAM** ou **OPTAM-CO**.

DREES : La **D**irection de la **R**echerche, des **E**tudes, de l'**E**valuation et des **S**tatistiques est le service statistique ministériel dans les domaines de la santé et du social. Ses travaux ont pour but d'éclairer le débat public dans ces domaines. Elle est placée sous la tutelle du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités et du ministère de l'Economie.

EKCS (Etoile Kléber Complémentaire Santé) : Association Loi 1901 créée en mars 2005 pour gérer l'assurance complémentaire santé proposée aux retraités des filiales du groupe BNP PARIBAS.

FNMF : La Fédération Nationale de la Mutualité Française est le syndicat professionnel des **Mutuelles Santé**. 500 mutuelles sont adhérentes à la FNMF.

Forfait patientèle (FPMT) : Forfait Patientèle Médecin Traitant ; il s'agit d'une rémunération forfaitaire versée par l'Assurance Maladie aux médecins libéraux déclarés comme médecins traitants, quelle que soit leur spécialité médicale.

Il est réservé aux médecins du **Secteur 1** et à ceux ayant adhéré aux dispositifs **OPTAM** et **OPTAM-CO**.

Cette rémunération est annuelle, elle varie entre 6 et 70 € selon l'âge et les pathologies des patients qui ont déclaré le médecin à l'Assurance Maladie comme étant leur médecin traitant, l'ensemble de ces déclarants constituant la patientèle dudit médecin.

Les complémentaires santé participent au financement de ce forfait à hauteur de 0,8 % des cotisations de leurs adhérents.

FR : Frais Réels ; correspondent à l'intégralité des sommes payées dans le cadre des dépenses de santé.

GMC : voir HENNER-GMC

HCAAM : Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie « est une instance de réflexion et de propositions qui contribue, depuis 2003, à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. » (cf. site www.securite-sociale.fr/hcaam). Il comprend des membres représentant l'administration, les élus et tous les acteurs du système de santé. Il est actuellement (novembre 2021) chargé de mener une réflexion sur l'articulation entre la Sécurité Sociale et les complémentaires santé et de proposer une nouvelle répartition des prises en charges des frais de santé entre les deux acteurs du système, ce qui pourrait déboucher sur qui est appelé par les media « la Grande Sécu ».

Henner-GMC (La Garantie Médicale et Chirurgicale – groupe Henner) : opérateur spécialisé qui perçoit directement les cotisations des retraités adhérents et effectue les prestations de remboursement aux intéressés

au fur et à mesure de la réception des pièces justificatives. La société de courtage en assurance GMC a été créée en 1947 par Ernest Duffo ; en croissance régulière depuis, le groupe est devenu un acteur majeur sur le marché de la protection sociale. Présent à l'international et employant environ 1 500 personnes, l'entreprise a conservé une structure familiale, contrôlée par la famille Duffo ; son PDG est Charles Robinet-Duffo, descendant du fondateur.

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale. La réforme constitutionnelle de 1996 a donné au Parlement le pouvoir de contrôler l'évolution des dépenses de santé pour mettre fin au contraste entre l'importance de ses prérogatives pour les finances de l'État et son absence de toute influence sur les finances sociales. Le Parlement définit annuellement des objectifs de dépenses et recettes qui ne disposent pas du caractère normatif de la loi de finances proprement dite et qui peuvent de ce fait être dépassés si les circonstances l'exigent.

MR : **M**ontant **R**emboursé par la Sécurité Sociale. Une garantie exprimée en "- MR" signifie qu'elle est y compris remboursement Sécurité Sociale.

Mutuelle Santé : Régie par le code de la mutualité, la mutuelle santé, à but non lucratif, assure la couverture médicale de ses propres membres. Ces derniers participent aux assemblées générales et élisent des administrateurs bénévoles pour les représenter. Le montant des cotisations mensuelles est établi par le conseil d'administration, et donc indirectement par les adhérents eux-mêmes. Il n'est donc pas fonction du risque représenté par chaque assuré.

Mutuelle Santé Collective (ou Mutuelle Entreprise) : la Loi impose à tout employeur du secteur privé de proposer une complémentaire santé à ses salariés ; il doit prendre en charge au minimum 50 % du montant de la cotisation, le solde restant à la charge du salarié. L'adhésion à cette complémentaire collective est obligatoire ; la couverture des ayants-droits peut également être proposée.
Au moment du départ à la retraite du salarié, l'organisme assureur a l'obligation de lui adresser dans les deux mois suivant la date de cessation de son activité une proposition de maintien des garanties complémentaires santé dont il bénéficie.

Le nouveau retraité dispose alors d'un délai de six mois, à compter de la date de son départ de l'entreprise, pour faire la demande de maintien de cette couverture santé, sachant que la disparition de l'abondement de son ex-employeur renchérira le montant de sa cotisation.

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NOEMIE : Norme Ouverte d'Echanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs ; système de télétransmission des dossiers de remboursement entre la sécurité sociale et les complémentaires santé, mis en place grâce au déploiement de la Carte Vitale.

NGAP : **N**omenclature **G**énérale des **A**ctes **P**rofessionnels. Classification de l'ensemble des actes médicaux du secteur libéral remboursés par la Sécurité Sociale : les actes cliniques médicaux, les actes des chirurgiens-dentistes, Les actes des sages-femmes et ceux des auxiliaires médicaux.

La NGAP permet notamment la tarification des actes, chaque acte étant caractérisé par un code, un tarif unitaire et un coefficient. .

Ce répertoire est disponible dans la classification commune des actes médicaux (**CCAM**) qui regroupe tous les actes médicaux remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (**AMO**) et l'Assurance maladie complémentaire (**AMC**).

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie. Objectif de dépenses de santé à ne pas dépasser.

Il a été créé par les ordonnances de 1996, il est fixé chaque année par le Parlement, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale (**LFSS**). Il correspond aux prévisions de recettes et aux objectifs des dépenses de la sécurité sociale :

- les soins de ville,
- les établissements de santé publics et privés,
- les établissements médico-sociaux,
- les autres prises en charge.

OPTAM/OPTAM-CO : Depuis le 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (**CAS**) est remplacé par deux options tarifaires : l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (**OPTAM**), ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) ; la variante l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, Chirurgie et Obstétrique (**OPTAM-CO**), est ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique. Les médecins de secteur 1 non autorisés à pratiquer des honoraires libres peuvent également adhérer à l'**OPTAM**, qui, sous réserve de certaines obligations, garantit des remboursements plus rapides et des primes en cas de respect des engagements.

Panier 100 % Santé : Depuis le 1er janvier 2021, l'offre 100% Santé, que ce soit en audiologie, en optique ou en dentaire, est accessible à tous les français bénéficiant d'une complémentaire santé proposant un **contrat responsable** ou de la Complémentaire santé solidaire (C2S). Tous les équipements qui composent le panier 100% Santé sont pris en charge intégralement par la Sécurité sociale et les complémentaires santé.

Pasrau : acronyme de "**p**rélèvement **à** la **s**ource pour les **r**evenus **au**tres". Dispositif de prélèvement à la source par le fisc de tous les impôts dûs au titre de revenus autres que les salaires.

Pharmacien correspondant : Chaque patient peut désigner auprès de l'Assurance Maladie son **pharmacien correspondant** (pharmacien titulaire d'officine, gérant d'une pharmacie mutualiste ou de secours minière). Sa désignation s'effectue sur le site **Ameli** au moyen d'un formulaire Cerfa.

Le pharmacien correspondant est autorisé à :

- renouveler périodiquement des traitements d'une maladie de longue durée ;
- ajuster, si besoin, leur posologie.

L'ordonnance devra mentionner que le pharmacien peut faire le renouvellement ou le changement de posologie qui pourra être limité à une partie de l'ordonnance. En cas de nouvelle posologie, le pharmacien devra en informer le médecin traitant.

La durée totale de la prescription et de l'ensemble des renouvellements réalisés par le pharmacien correspondant ne devra pas dépasser un an.

Le pharmacien fera mention sur l'ordonnance du renouvellement et, le cas échéant, de l'adaptation de posologie réalisée.

PLV : Prix Limite de Vente d'un médicament ou d'un accessoire médical (dentaire, optique, prothèses, etc.) défini par la réglementation en vigueur.

Portabilité: dispositif qui permet à un salarié de continuer à bénéficier des garanties frais de santé en vigueur dans l'entreprise, dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail ou, selon le cas, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Important : la durée de portabilité ne peut pas excéder 12 mois (1 an).

Sortie de la portabilité : Au plus tard 2 mois après la fin de la période de portabilité, l'organisme assureur doit adresser à l'ex-salarié une proposition de maintien des garanties à titre individuel (appelé dispositif « *loi Evin* »).

Il s'agira d'un nouveau contrat purement individuel, payant, sans limite de durée et qui ne concernera que les frais de santé et non la prévoyance (risques liés au décès, à la dépendance, à l'invalidité et à l'incapacité).

Pour bénéficier de cette proposition, il faudra en faire la demande auprès de l'organisme assureur au plus tard 6 mois après la fin de la période de portabilité.

PSS : Plafond de la Sécurité Sociale. Il se décline en 6 niveaux : annuel (PASS), trimestriel (PTSS), mensuel (PMSS), hebdomadaire (PHSS), journalier (PJSS), horaire (PHSS). Il sert de base pour de nombreuses cotisations et prestations sociales. La valeur pour l'année est généralement connue en décembre de l'année précédente (valeur du PMSS en 2021 = 3 428 €).

PUMA (**P**rotection **U**niverselle **Ma**ladie – (ex **CMU**) Couverture santé à laquelle a droit toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière (citoyens européens et non européens en situation régulière).

RAC : Reste à Charge ; somme résiduelle finale à la charge de l'assuré après remboursements Sécurité Sociale et Complémentaire Santé. **FR** – **MR** – Prise en charge Complémentaire Santé = RAC.

Répartition : L'ensemble des régimes obligatoires de retraite de base ou complémentaire fonctionnent en France sur le **principe** de la **répartition** : les régimes redistribuent au cours d'une année, sous forme de pensions versées aux retraités, les cotisations encaissées la même année auprès des actifs.

Réserve d'égalisation : appelée également provision d'égalisation. Réserve prudentielle réglementée pour toute complémentaire santé. Elle est constituée pour faire face à une éventuelle forte augmentation des remboursements (pandémie, etc…), elle ne doit pas être inférieure à 3 ou 4 mois de prestations.

Réserve spécifique : constitué par transfert d'une fraction du résultat excédentaire du régime des actifs. Cette fraction est calculée par le rapport entre la durée globale de cotisation des actifs partant à la retraite et les durées de cotisation de l'ensemble des actifs des filiales du groupe BNP Paribas.

Sécurité Sociale : « Service public composé d'un ensemble d'institutions qui ont pour fonction de protéger

les individus des conséquences de divers événements ou situations, généralement qualifiés de risques sociaux » (*définition du Ministère des Solidarités et de la Santé*).
La Sécurité Sociale se subdivise en 5 branches :

- la branche maladie (**AM**) ; elle couvre les risques liés à la santé, la maternité, l'invalidité et le décès ;
- la branche famille (prestations familiales, handicap, logement…) ;
- la branche accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) ;
- la branche retraite (vieillesse et veuvage) ;
- La branche cotisation et recouvrement.

Ce système est basé sur le principe de la **répartition** et intègre, à des degrés divers, des mécanismes de **solidarité**. Il a été mis en place par les ordonnances promulguées les 4 et 19 octobre 1945, rédigées sur la base du programme proposé en mars 1944 par le Conseil National de la Résistance. Il a bien sur évolué au fil du temps et s'est adapté aux besoins et enjeux de la société, sans que ses principes fondateurs soient remis en cause.

Secteur 1 : Le médecin conventionné secteur 1 est un professionnel de santé qui a fait le choix d'appliquer les tarifs fixés par la Convention Médicale. En effet, la convention de secteur 1 impose de ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires.

Secteur 2 : Un médecin n'appliquant pas les tarifs fixés par la Convention Médicale est dit non conventionné secteur 2. Il applique des tarifs fixés librement. Ce secteur est également appelé « secteur conventionné à honoraires libres ».

Solidarité : L'organisation de la protection sociale en France est basée sur le principe de solidarité nationale. Il s'agit du lien moral qui unit les individus d'un même groupe, et qui forme le ciment de la « cohésion sociale » : pour qu'une société existe, il faut que ses membres éprouvent de la solidarité les uns envers les autres. Chaque citoyen cotise en fonction de ses moyens et bénéficie de cette protection sociale en fonction de ses besoins.

Soulte : dotation en capital effectué à la création d'EKCS par BNP PARIBAS pour financer partiellement le régime complémentaire santé des retraités, séparé de celui des actifs pour mise en conformité aux normes internationales de gestion des engagements sociaux. Cette soulte, d'un montant initial de 20 599 000 euros, a été versée dans un fonds collectif de réserve géré par l'assureur **AXA**. Les performances de ce fonds de capitalisation, liées à la gestion prudente par **EKCS**, ont eu pour effet de faire grossir ce patrimoine au fil des ans ; il est ainsi valorisé à 23.4 millions d'euros fin 2020. C'est sur cette soulte qu'est prélevé l'**abondement** versé aux adhérents pour réduire le montant de leur cotisation.

SwissLife : assureur garantissant le bon règlement par la **GMC** des prestations dues aux adhérents d'**EKCS**.

Taux de redistribution : pourcentage des prestations hors taxes versées aux adhérents par rapport aux cotisations perçues par la mutuelle. C'est le seul critère objectif permettant de comparer les complémentaires santé entre elles. Sa publication est obligatoire depuis

2020. Pour EKCS, ce taux est de 88 % en 2024, ce qui en fait l'un des meilleurs du marché.

Taxe COVID : La "taxe Covid" est une contribution demandée en 2020 et reconduite en 2021 par l'exécutif aux assureurs complémentaires santé pour compenser une partie du déficit de la Sécurité sociale eu égard aux diverses conséquences de la crise économique et sanitaire. Le gouvernement a considéré que les complémentaires ont réalisé des économies du fait de la baisse des dépenses de santé à la suite du report de soins des français durant le confinement.

T2A : La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics comme privés.
Lancée en 2004 dans le cadre du plan "Hôpital 2007", elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses.

TSCA : voir **TSA**.

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité ; il a été créé par le Ministère de la Santé pour égaliser les conditions de prise en charge au sein d'un groupe générique, en plus clair pour promouvoir la délivrance des médicaments génériques. Le **TFR** correspond au tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque. A noter que depuis 2006 le TFR est intégré dans la **BRSS**.

Tiers payant : Dispositif permettant à un assuré d'être dispensé de tout ou partie de ses frais médicaux, pris en charge par l'**Assurance Maladie** ou par sa

complémentaire santé. Lorsqu'il consulte un professionnel de santé ou qu'il achète des médicaments, le patient doit s'acquitter d'un certain nombre de frais médicaux. Les bénéficiaires du tiers payant sont dispensés de régler immédiatement le praticien ou le pharmacien.

Depuis le 1er janvier 2017, une généralisation du tiers payant a été mise en œuvre avec pour objectif de dispenser l'ensemble des patients d'avancer les frais lors d'une consultation chez un médecin. C'est l'Assurance maladie et les mutuelles de santé qui se chargent alors de verser les sommes dues aux professionnels de santé. Pour le moment, le dispositif n'est pas obligatoire et reste à la discrétion des praticiens qui ont la possibilité de proposer le tiers payant sur la part remboursée par l'Assurance maladie à tous leurs patients.

Le tiers payant obligatoire s'applique légalement dans les situations ou pour les profils suivants, souvent aux faibles ressources :

- les bénéficiaires de la **Complémentaire Santé Solidaire** (CSS) ;
- les bénéficiaires de l'**Aide Médicale de l'Etat** (AME) ;
- les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- les bénéficiaires d'actes de prévention dans le cadre de dépistages organisés ;
- les patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD) ;
- les mineurs de plus de 15 ans consultant un professionnel de santé pour la contraception ;
- les femmes enceintes - tous leurs soins sont pris en charge à 100% au titre de l'Assurance Maternité ;

- une hospitalisation dans un établissement sous convention avec l'Assurance maladie.

Il existe deux modes de tiers payant : intégral ou partiel. Dans le cas du tiers payant intégral (ou total), le patient n'a aucun frais à avancer au praticien lors d'une consultation ou au pharmacien lors d'achat de médicaments. En cas de tiers payant partiel, le patient doit s'acquitter du ticket modérateur. Celui-ci correspond à la part de frais qui reste à charge : il est la différence entre le tarif de responsabilité (de convention ou d'autorité) et le remboursement du régime obligatoire. Son montant varie en fonction de la nature des soins à rembourser, du type de médecin consulté, s'il est conventionné ou non, du respect ou non du parcours de soins coordonnés.

L'application du tiers payant peut rencontrer certaines limites. Par exemple, depuis 2007, un pharmacien est en droit de refuser d'appliquer le tiers payant si un assuré refuse un médicament générique au profit d'un original. Ce dernier devra alors avancer le coût des médicaments et en attendre le remboursement par la Sécurité sociale et sa mutuelle santé.

De la même manière, le non-respect du parcours de soins coordonnés peut empêcher l'application du tiers payant, sauf en cas d'urgence médicale. Si un patient n'a pas déclaré de médecin traitant ou qu'un autre médecin est consulté sans être orienté par le premier, il se retrouve hors du parcours de soins. Les consultations sont alors moins bien remboursées et les sommes dues sont récupérées ultérieurement par l'Assurance Maladie.

TM : Ticket Modérateur. Il représente la part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance Maladie dans la limite de la **BRSS**. Son taux varie en fonction des actes et/ou médicaments, de la situation personnelle, et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie.

TSA : **Taxe de Solidarité Additionnelle** (dite Rénovée). Taxe perçue par l'URSSAF auprès des mutuelles et organismes de santé.

Elle a été mise en place au 1er janvier 2016 par la fusion des deux taxes perçues par le fisc sur la branche :

- la **TSCA** (Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance), la taxe historique des compagnies d'assurance et des mutuelles de santé (mise en place en 1944) ;
- la **TSA** (Taxe de Solidarité Additionnelle) : anciennement contribution CMU, instituée en 1999 au moment de la mise en place de la **CMU**.

Le taux de la TSCA était de 7 % en 2015. Celui de la contribution CMU - TSA était passé de 1,75 % à l'origine à 5,9 % en 2009, puis 6,27 % au moment de la fusion.
En 2021 le taux de la TSA est de 13,27 % pour les contrats responsables, 20,27 % pour les autres.

Vignettes : L'efficacité et l'utilité des médicaments en vente sont sous le contrôle de la commission de transparence de la Haute Autorité de Santé qui les classe

selon un ensemble de critères par catégories appelées SMR (Service Médical Rendu) :

- gravité de la maladie que doit soulager ou soigner le médicament,
- efficacité présumée,
- intérêt pour la santé publique.
- effets indésirables.

Il existe 5 catégories de SMR : majeur, important, modéré, faible et insuffisant.

A chaque catégorie est affectée une vignette ou pastille de couleur qui doit être apposée sur l'emballage du médicament :

- Blanc : SMR majeur et important
- Bleu : SMR modéré
- Orange : SMR faible
- Pas de vignette : SMR insuffisant

Ces SMR déterminent le taux de remboursement des médicaments concernés.