

Lexique sur la protection maladie

Complément à l'article 13.1. Organisation générale du système français

LEXIQUE

Affiliation	Anciennement synonyme d'ouverture de droits à l'Assurance maladie (ne concerne donc pas les bénéficiaires de l'AME) auprès d'une caisse de Sécurité sociale, le terme est remplacé depuis la réforme PUMa (2015) par <i>Rattachement</i> pour ce qui concerne l'ouverture des droits à la prestation dénommée « <i>Prise en charge des frais de santé</i> ».
Aide médicale État (AME)	Protection maladie pour des étrangers démunis, inéligibles à l'assurance maladie faute de document de séjour en cours de validité. Ses bénéficiaires ne sont pas assurés sociaux et n'ont pas de carte Vitale. Voir repères ③ sur le schéma de l'article 13.1 Organisation générale du système français
Assurance agréée « visa »	Obligation (créée par l'article L311-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile), pour un étranger entrant en France sous couvert d'un visa, de disposer d'une assurance maladie couvrant les « dépenses médicales et hospitalières ».
Assurance maladie	La branche maladie de la Sécurité sociale, qui couvre les risques maladie, maternité, invalidité, décès, veuvage) se divise en deux groupes de prestations : - d'une part, la « prise en charge des frais de santé » (Livre I. du Code de la Sécurité sociale) assurant le paiement des dépenses de santé au profit des usagers (anciennement « prestations en nature de l'Assurance maladie »), ; - d'autre part l'« Assurance maladie au sens strict » (Livre III. du Code de la Sécurité sociale) visant les seules personnes en situation d'emploi, et assurant le paiement d'une rémunération de remplacement pendant les périodes d'arrêt de travail pour cause de maladie-maternité (indemnités journalières ou « prestation en espèces de l'Assurance maladie »). Le terme désigne également l'administration en charge de la gestion du Régime général (Caisse nationale d'assurance maladie, et réseau des caisses primaires et des caisses générales de sécurité sociale).
Assuré.e.s	Dans ce Guide : les assuré.e.s sont les personnes bénéficiaires d'un régime de Sécurité sociale, c'est-à-dire les bénéficiaires de la « <i>prise en charge des frais de santé</i> » par opposition aux bénéficiaires de l'AME (non-assurés sociaux).
Base (régimes de)	Synonymes de « <i>prise en charge des frais de santé</i> » par l'assurance maladie de la Sécurité sociale, protection maladie obligatoire, les régimes de base constituent le premier étage du financement des dépenses de santé. La part des frais de santé couverts par ces régimes s'appelle « part obligatoire ».
CMU	La réforme dite de la « Couverture maladie universelle (CMU) » a modifié l'architecture du système français en 1999. Ce terme est obsolète et ne correspond à aucune prestation depuis les réformes PUMa (2015) et de la Complémentaire-santé-solidaire (2019).
Complémentaire	Pour les assurés, les protections complémentaires constituent le deuxième étage de la protection santé, en complément des régimes de base. Elles sont portées par différents organismes complémentaires (OC ; mutuelles, organismes de prévoyance, assureurs privés). La part des frais de santé prise en charge par ces organismes s'appelle « part complémentaire » ou « ticket modérateur ». Ces organismes peuvent de surcroît compléter le financement des soins pour ceux dont le prix dépasse le tarif sécurité sociale (dépassement d'honoraires, dispositifs médicaux et prothèses,...).
Complémentaire-santé-solidaire ou C2S	Protection maladie complémentaire de service public, gratuite, sous condition de ressources, dont le contenu est défini par la loi. Elle vise à couvrir, en sus de l'assurance maladie (couverture de base), les assurés les plus pauvres (en emploi ou sans emploi). Le financement est assuré par l'État et une contribution des organismes complémentaires. Elle peut être gérée soit par la caisse

	d'assurance maladie (assureur unique base et complémentaire), soit par un organisme complémentaire privé inscrit sur une liste agréée établie par le préfet de chaque département.
Contribution forfaitaire de 2 euros	Somme forfaitaire pour chaque acte médical (dont la somme totale est plafonnée), restant à charge de l'assuré, et non-remboursée par les régimes d'assurance maladie de base ni par les protections complémentaires (art. L160-13 du Code de la sécurité sociale). Les bénéficiaires de la complémentaire-santé-solidaire et de l'AME en sont dispensés.
Coordination internationale	Certains accords internationaux entre Etats (Règlements de l'UE ou conventions bilatérales) organisent parfois, sous conditions strictes, une portabilité de la protection maladie acquise dans un pays de provenance vers un pays de séjour temporaire (vacances) ou un nouveau pays d'installation (transfert de résidence). Ce mécanisme permet d'organiser entre Etats la totalisation des périodes de cotisations versées de part et d'autre. C'est notamment le cas entre pays de l'UE et assimilés (voir 11.7. <i>Citoyens de l'UE et membres de famille</i>). C'est la caisse du nouveau pays qui est l'interlocuteur de l'usager (s'il en bénéficie), quand bien même la caisse payeuse serait au final la caisse du pays de provenance. Voir 14.6. <i>Bénéficiaires de droits dans un autre Etat</i> .
Couverture maladie universelle	Voir CMU
Dispense d'avance des frais	Voir infra <i>Tiers payant</i>
Forfait hospitalier journalier	Somme due par la personne hospitalisée pour ses frais quotidiens de nourriture et d'hébergement, généralement non pris en charge par les régimes maladie de base, mais couverts par la Complémentaire-santé-solidaire et l'AME.
Franchise médicale	Somme forfaitaire pour chaque délivrance de médicament ou appareillage (dont la somme totale est plafonnée), restant à charge de l'assuré, et non-remboursée par les régimes d'assurance maladie de base ni par les protections complémentaires (art. L160-13 du Code de la sécurité sociale). Les bénéficiaires de la Complémentaire-santé-solidaire et de l'AME en sont dispensés.
Humanitaire (Aide médicale Etat)	L'Aide médicale Etat sur décision du ministre, appelée parfois « Aide médicale humanitaire » désigne la possibilité de se voir accorder le bénéfice de l'Aide médicale Etat (repère ③ sur le schéma de l'article 13.1 Organisation générale du système) bien qu'on n'en remplisse pas les conditions. Cette disposition permet au ministre de décider le financement de tout ou partie des soins notamment pour une personne non-résidente en France. Voir 13.5. <i>Aide médicale Etat</i> .
Indemnité journalière (IJ)	Les indemnités journalières, ou prestations en espèces de l'Assurance maladie, sont versées par les caisses d'Assurance maladie pour compenser la perte de rémunération pendant un arrêt de travail prescrit par un médecin (elle concerne les arrêts de travail pour maladie, maternité, paternité, accident du travail et maladie professionnelles). Le bénéfice des IJ ne relève pas des règles relatives à la « prise en charge des frais de santé » et ne sont pas traitées dans ce Guide.
Immatriculation	Terme remplacé au sein du Code de la sécurité sociale à l'occasion de la réforme PUMa (2015) par le terme « identification ». Création du « numéro de Sécurité sociale » pour un.e nouvel.le assuré.e. Une fois immatriculée/identifiée, si la personne perd ses droits à la prise en charge des frais de santé (pérémpion), elle conserve son numéro à vie en cas de nouvelle ouverture des droits.
Médecin traitant	Médecin généraliste ou spécialiste choisi par le patient pour coordonner le parcours de soins, c'est-à-dire les différentes consultations et les examens nécessaires au suivi de la santé du patient.
Nature (prestation en)	Terme remplacé au sein du Code de la sécurité sociale à l'occasion de la réforme PUMa (2015) par le terme « <i>Prise en charge des frais de santé</i> ». Désigne la prestation de Sécurité sociale assurant le paiement des soins,

	médicaments, appareils et dispositif médicaux pris en charge par les régimes de base de la Sécurité sociale couvrant le risque maladie-maternité.
OC	Organisme complémentaire ; voir <i>Complémentaire</i>
Parcours de soins coordonné	S'il n'est pas orienté par son médecin traitant, le patient qui consulte de sa propre initiative un spécialiste (à l'exception notamment des consultations ophtalmologiques, gynécologiques et dentaires), ou réalise des examens médicaux, se trouve hors du parcours de soins coordonné. Il est sanctionné par une augmentation du prix et une diminution du remboursement de ces soins.
Portabilité des droits	Voir coordination internationale
Protection universelle maladie	Voir PUMa
Prise en charge des frais de santé	Couramment désigné comme la « sécu » et associé à la « Carte Vitale », le terme désigne la prestation assurant le paiement des dépenses individuelles de santé (soins, médicaments, appareils et dispositif médicaux) par le système collectif de protection sociale historique que sont les régimes de Sécurité sociale. Ce terme a remplacé, au sein du Code de la sécurité sociale à l'occasion de la réforme PUMa (2015), le terme « prestation en nature de l'Assurance maladie ». Cette prestation correspond aux repères ① et ② du schéma de l'article 13.1 Organisation générale du système. Dans ce guide, les informations techniques relatives à la prestation « prise en charge des frais de santé » sont consacrées au seul régime général sous l'autorité de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), régime qui n'est plus limité aux seuls travailleurs.
PUMa	L'acronyme « PUMa » (protection universelle maladie) désigne la réforme du Code de la sécurité sociale intervenue fin 2015. Le Code de la sécurité sociale ne mentionne ce terme qu'une fois (art. L200-1) pour désigner la « <i>Prise en charge des frais de santé</i> » par la Sécurité sociale (c'est-à-dire la couverture de base obligatoire de service public). Pour éviter les incompréhensions préjudiciables en matière d'accès aux droits, Il est recommandé d'éviter les termes « droits PUMa », « prestation PUMa », « ouverture (de droits) PUMa ». Le présent Guide utilise le vocable « assurance maladie » ou « <i>Prise en charge des frais de santé par la Sécurité sociale</i> » (CSS, article L160-1).
Régime général	Le plus important (par le nombre d'assuré.e.s bénéficiaires) des dix-sept régimes de base (un seul régime de base par personne). Il couvre les personnes assurées en raison de leur activité professionnelle dans le secteur privé, ainsi que les personnes (sans activité professionnelle) assurées en raison de leur résidence en France.
Secteur 1	Désigne les professionnels de santé en libéral (par opposition à hospitalier) dont le tarif des actes médicaux ne dépasse pas le tarif Sécurité sociale.
Secteur 2	Désigne les professionnels de santé en libéral (par opposition à hospitalier) autorisés à pratiquer des tarifs supérieurs aux tarifs Sécurité sociale. Le coût dépassant le tarif Sécurité sociale s'appelle « Dépassement d'honoraires ».
Soins urgents et vitaux	Dispositif figurant au code de l'action sociale et des familles pour financer, sous conditions, l'hôpital public ou privé ayant délivré des soins délivrés à un étranger sans assurance maladie ni AME à la date de ces soins. Voir repère ④ sur le schéma de l'article 13.1 Organisation générale du système.
Tarif Sécurité sociale	Appelé « tarif opposable », ou 100%, ou tarif de « responsabilité ». Il s'agit du prix fixé pour un acte de soins par convention entre les organismes publics d'assurance maladie et les professionnels de santé. L'assurance maladie (base) n'en prend en charge qu'une certaine proportion désignée comme « part obligatoire ».
Ticket modérateur	Somme d'argent correspondant aux frais de santé restant à charge de l'assuré, déduction faite du montant pris en charge par l'assurance maladie (base), dans l'objectif initial de modérer la consommation de soins. Les organismes complémentaires prennent en charge le ticket modérateur.

Tiers payant	Appelé aussi « dispense d'avance des frais », c'est un mécanisme administratif de paiement d'un professionnel de santé, par lequel ce dernier se fait payer son acte directement par le ou les assureurs du patient (tiers) et non pas par le patient lui-même. Le tiers payant peut porter sur la part obligatoire seulement (Assurance maladie) ou sur le montant total de l'acte en « tiers payant intégral » (sécurité sociale et complémentaire santé). Dans ce dernier cas, le patient ne débourse aucun argent pour être soigné, et n'a donc pas besoin de se faire rembourser.
--------------	--