

Les principes de l'Assurance maladie



L'Assurance maladie repose sur trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité.

En France, parmi les 66 millions d'habitants, combien bénéficient de prestations de l'Assurance maladie ?

- 1 Un tiers
- 2 La moitié
- 3 Tous

 Réponse : 3



L'Union nationale des caisses d'Assurance maladie, l'Uncam*, regroupe et coordonne depuis 2004 les trois principaux régimes d'Assurance maladie : le régime général, le Régime social des indépendants (Rsi*) et la Msa*.

La Msa est le régime social :

- 1 Agricole
- 2 D'Alsace-Moselle
- 3 Des artistes



Réponse : 1

* voir carte mémo



Le régime d'Assurance maladie est fixé en fonction du secteur d'activité de l'assuré. Le régime général concerne tous les salariés, sauf ceux du secteur agricole et ceux couverts par l'un des régimes spéciaux.

Quelle part de la population est couverte par le régime général ?

- 1 50 %
- 2 75 %
- 3 90 %

 Réponse : 3



Le budget de l'Assurance maladie

Le budget prévisionnel des dépenses de santé remboursées par l'Assurance maladie est voté tous les ans par le parlement. C'est l'Ondam, l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Il est d'environ :

- 1 60 milliards d'€
- 2 100 milliards d'€
- 3 180 milliards d'€

 Réponse : 3



Les dépenses de santé

La part de la richesse nationale (PIB) consacrée aux dépenses de santé est d'environ 18 % aux États-Unis, 12 % en Allemagne et 9 % au Royaume-Uni.

En France, elle est de :

- 1 9 %
- 2 12 %
- 3 18 %

 Réponse : 2



Les indemnités journalières

En cas d'absence liée à une maladie, un assuré peut percevoir des indemnités journalières pour compenser sa baisse de revenus. La base de calcul de la Sécurité sociale est de 50 % du salaire.

En cas de maternité, elle est de :

- 1 50 % du salaire
- 2 70 % du salaire
- 3 100 % du salaire

 Réponse : 3



Les dépenses de l'Assurance maladie

Les dépenses en soins médicaux sont d'environ 186 milliards d'euros par an.

Quelle part de ces dépenses représentent les indemnités journalières ?

- 1 6 %
- 2 12 %
- 3 30 %

 Réponse : 1



L'espérance de vie

L'espérance de vie continue de progresser en France : elle est de 85 ans pour les femmes et de 78 ans pour les hommes.

Elle augmente en moyenne tous les ans de :

- 1 1 mois
- 2 3 mois
- 3 1 an

 Réponse : 2



Les vaccins

La vaccination est une protection contre les maladies infectieuses graves. Elle permet aussi d'éviter la propagation de la maladie.

Le vaccin de la grippe est remboursé à 100 % pour :

- 1 Les moins de 10 ans
- 2 Les plus de 65 ans
- 3 Tous les Français

 Réponse : 2



L'Assurance maladie consacre une part importante de son budget à des actions de dépistage et de prévention. Par exemple, pour lutter contre le cancer du sein, une mammographie gratuite est proposée à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans.

À quelle fréquence ?

- 1 Tous les ans
- 2 Tous les 2 ans
- 3 Tous les 5 ans

 Réponse : 2

Les actions de prévention



L'Assurance maladie encourage les actions de prévention. Elle prend en charge à 100 % certains vaccins ou encore des analyses de dépistage des cancers.

Pour les jeunes de 20 à 25 ans, elle rembourse les traitements de substitution pour arrêter le tabac jusqu'à :

- 1 50 €
- 2 100 €
- 3 150 €

 Réponse : 3



La Couverture maladie universelle

La Couverture maladie universelle, la Cmu, favorise l'accès aux soins pour tous. Elle concerne les personnes qui ne peuvent pas bénéficier d'une assurance maladie de base.

La Cmu est gratuite pour :

- 1 Les plus démunis
- 2 Les plus de 65 ans
- 3 Les chômeurs

 Réponse : 1



La Cmu-c

La Couverture maladie universelle complémentaire, la Cmu-c, permet la prise en charge à 100 % des dépenses de santé. Elle est réservée aux personnes à faibles revenus.

Quel est le nombre de bénéficiaires ?

- 1 1,8 million
- 2 3,8 millions
- 3 4,8 millions

 Réponse : 3

Prestations en espèces et en nature



L'Assurance maladie sert deux types de prestations, en espèces et en nature. Les prestations en espèces compensent la diminution de revenus liée à un évènement de santé.

Les prestations en nature prennent en charge les dépenses :

- 1 De soins
- 2 D'hébergement
- 3 De repas

 Réponse : 1



Le ticket modérateur est la part des dépenses de santé non prise en charge par l'Assurance maladie de base. Il varie selon les actes, les médicaments, la situation du patient et le respect du parcours de soin.

Il concerne :

- 1 Tous les actes remboursables
- 2 Les actes chirurgicaux
- 3 Uniquement les médicaments

 Réponse : 1



Les taux de remboursement

Le taux de prise en charge par l'Assurance maladie varie selon la nature des actes médicaux et le type des dépenses.

La consultation chez le médecin traitant est remboursée à :

- 1 50 %
- 2 70 %
- 3 100 %

 Réponse : 2



La consommation de médicaments des Français est élevée : les ventes sont de 27 milliards d'euros par an. Dans 9 cas sur 10, une consultation de médecin donne lieu à une prescription médicale.

Combien de boîtes de médicaments sont consommées environ par an ?

- 1 500 millions
- 2 900 millions
- 3 3 milliards

 Réponse : 3



Les dépenses de santé d'un Français

En 2013, la consommation médicale totale par Français est de 2896€, dont 745€ de soins de ville, 509€ de médicaments et 1320€ de soins hospitaliers.

Le montant des frais dentaires est en moyenne de :

- 1 53 €
- 2 162 €
- 3 437 €

 Réponse : 2

Le reste à charge



La Sécurité sociale finance 76 % des frais de maladie des assurés. Une part des frais restants est remboursée par des organismes complémentaires.

Quel pourcentage reste en moyenne à la charge des assurés après l'intervention des mutuelles et des assureurs ?

- 1 1 %
- 2 9 %
- 3 20 %

 Réponse : 2



Le tiers-payant

Le tiers-payant dispense l'assuré de faire l'avance des frais médicaux : ils sont pris en charge directement par un organisme tiers.

Pour bénéficier du tiers-payant, il faut présenter :

- 1 La carte Vitale
- 2 La carte de la complémentaire
- 3 Les deux



Réponse : 3



Les ressources de l'hôpital

Depuis 2007, le financement des hôpitaux publics a changé.

Il est défini en fonction :

- 1 Des actes effectués
- 2 Des honoraires des médecins
- 3 Du nombre de journées d'hospitalisation.

 Réponse : 1



La France compte en moyenne un médecin pour 330 habitants mais leur répartition est inégale. Le pacte territoire santé de 2014 assure un revenu minimum aux jeunes médecins qui s'installent dans les régions n'ayant pas assez de généralistes.

Il est garanti pendant :

- 1 6 mois
- 2 2 ans
- 3 5 ans

 Réponse : 2

Le parcours de soins coordonnés



Le médecin traitant coordonne le parcours de santé de l'assuré : il le dirige vers un spécialiste si nécessaire. Si l'assuré consulte directement ce spécialiste, il sera moins remboursé.

Parmi ces spécialistes, lequel peut être consulté directement sans pénalité ?

- 1 Un ophtalmologiste
- 2 Un neurologue
- 3 Un radiologue

 Réponse : 1

La participation forfaitaire



Une participation forfaitaire de 1 € est retenue sur le remboursement d'une consultation ou d'un acte réalisé par un médecin généraliste ou un spécialiste, que le parcours de soins soit respecté ou non.

Le montant total des retenues annuelles est plafonné à :

- 1 10 €
- 2 50 €
- 3 100 €

 Réponse : 2



Le médecin traitant

À partir de 16 ans, chaque assuré est invité à déclarer auprès de l'Assurance maladie un médecin traitant, qui assurera la coordination de son parcours de soins.

Ceux qui ne le font pas sont :

- 1 Moins remboursés
- 2 Remboursés moins vite
- 3 Pas remboursés

 Réponse : 1



Pour bénéficier des prestations des différents organismes de la Sécurité sociale (Cpam*, Caf*, Caisse de retraite...), il faut avoir un numéro de Sécurité sociale.

C'est un identifiant unique, créé à la naissance pour la vie par :

- 1 L'Insee
- 2 L'Assurance maladie
- 3 La préfecture



Réponse : 1



La carte Vitale de l'assuré

Chaque assuré social a une carte Vitale à son nom. Elle permet un remboursement des frais médicaux en 5 jours grâce à la télétransmission.

Elle est attribuée à partir de :

- 1 16 ans
- 2 18 ans
- 3 21 ans

 Réponse : 1

La création de la carte Vitale



La carte Vitale est une carte à puce qui permet de justifier ses droits à l'Assurance maladie. Les remboursements de la Sécurité sociale sont plus simples et plus rapides et les informations sont transmises directement aux complémentaires santé.

Elle a été créée en :

- 1 1958
- 2 1998
- 3 2008

 Réponse : 2



La carte européenne

La carte européenne d'assurance maladie permet d'éviter l'avance des frais médicaux dans tous les pays de l'Union européenne.

Elle est valable :

- 1 6 mois
- 2 2 ans
- 3 Toute la vie

 Réponse : 2

L'ayant-droit



Un ayant-droit est une personne qui bénéficie de l'Assurance maladie du fait de son lien personnel avec un assuré. Il peut s'agir du conjoint, des enfants ou d'une personne à la charge de l'assuré.

Dans ce cas, elle doit être domiciliée chez lui depuis au moins :

- 1 2 mois
- 2 6 mois
- 3 1 an

 Réponse : 3



L'Assurance maladie rembourse les médicaments délivrés sur prescription par un praticien de santé. Il existe quatre taux de remboursement : 15 %, 30 %, 65 % et 100 %.

Ce taux est fonction :

- 1 Du service médical rendu
- 2 Du prix du médicament
- 3 De la nationalité du fabricant

Réponse : 1



Le médicament générique

Un médicament générique peut être commercialisé lorsque l'original n'est plus protégé par un brevet. Il est soumis aux mêmes normes de sécurité. Il est préconisé par la Sécurité sociale car il est moins cher.

En France, la baisse de prix est de l'ordre de :

- 1 20 %
- 2 60 %
- 3 80 %

 Réponse : 2



Le site Ameli

Le site Ameli, « l'Assurance maladie en ligne », permet de se renseigner facilement sur les prestations.

À partir de son compte, un assuré peut suivre ses remboursements et aussi :

- 1 Payer un médecin
- 2 Acheter des médicaments
- 3 Connaître le tarif des prestations

 Réponse : 3

Les Affections de longue durée



Les Affections de longue durée, les Ald, sont des pathologies graves qui nécessitent un traitement prolongé et des soins coûteux. Elles concernent 9,5 millions de patients et sont prises en charge à 100 %.

**Quelle part des dépenses de maladie
représentent-elles ?**

- 1 15 %
- 2 45 %
- 3 65 %

 Réponse : 3



Les victimes de l'amiante

L'amiante a été utilisée sans précaution avant d'être reconnue comme un problème de santé publique. Le Fiva est le fonds qui indemnise les victimes de l'amiante en fonction du préjudice subi.

Quel montant était déjà versé en 2014 ?

- 1 3,5 millions d'€
- 2 350 millions d'€
- 3 3,5 milliards d'€

 Réponse : 3



Vous êtes victime d'un accident causé par un tiers ?
La Cnam* doit être prévenue pour faire un recours
contre tiers auprès de la compagnie d'assurance du
responsable.

Cela lui permet :

- 1 De récupérer les sommes versées à l'assuré
- 2 D'augmenter le remboursement
- 3 D'offrir des dommages et intérêts

Réponse : 1

Le remboursement des lunettes



Les frais d'optique représentent un budget annuel de plus de 5 milliards d'euros dont moins de 4 % sont pris en charge par l'Assurance maladie. Après le remboursement des complémentaires, 25 % restent en moyenne à la charge des ménages.

Quel pourcentage de Français porte des lunettes ?

- 1 20 %
- 2 40 %
- 3 60 %

 Réponse : 3

Les risques professionnels

La branche Accidents du travail-Maladies professionnelles, l'At-Mp, est financée essentiellement par des cotisations, intégralement à la charge des entreprises.

Elles sont calculées selon :

- 1 Le risque lié à l'activité de l'entreprise
- 2 L'âge du salarié
- 3 L'implantation de l'entreprise



Réponse : 1



La couverture des accidents du travail

Depuis 1919, les maladies professionnelles sont prises en compte par les assurances sociales.

À la création de la Sécurité sociale, on a intégré aussi l'accident :

- 1 Domestique
- 2 De trajet
- 3 Près du lieu de travail

 Réponse : 2

Les maladies professionnelles



La branche Accidents du travail-Maladies professionnelles couvre plus de 18 millions de salariés. Depuis 2000, les accidents du travail avec arrêts de travail ont diminué de 20 %.

Sur la même période, le nombre de maladies professionnelles a augmenté de :

- 1 25 %
- 2 45 %
- 3 65 %

 Réponse : 3



Qui finance les risques professionnels ?

Chaque année, la Sécurité sociale verse environ 10 milliards d'euros de prestations au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Elles sont financées par les cotisations :

- 1 Des salariés
- 2 Des employeurs
- 3 Des salariés et des employeurs

 Réponse : 2



Les accidents du travail

Environ 770 000 sinistres par an donnent lieu à un arrêt maladie dont 81 % concernent des accidents du travail.

Les arrêts et leur durée sont décidés par :

- 1 L'employé
- 2 L'employeur
- 3 Le médecin

 Réponse : 3



Les Caisses d'assurances retraite et de santé au travail, les Carsat, déterminent les taux de cotisation accidents du travail-maladies professionnelles des entreprises.

Elles ont également la charge :

- 1 D'actions de prévention
- 2 Du recouvrement des cotisations
- 3 De la gestion de maisons de retraite



Réponse : 1



La couverture du risque professionnel

Les salariés sont couverts au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Dans ce cas, ils bénéficient d'une prise en charge des soins, d'indemnités et si nécessaire d'aides adaptées.

Ils seront remboursés à :

- 1 70 %
- 2 90 %
- 3 100 %

 Réponse : 3



Le remboursement des médicaments

La Sécurité sociale décide de rembourser un médicament une fois que son intérêt thérapeutique a été évalué.

Qui réalise cette évaluation ?

- 1 La Haute autorité de santé
- 2 La Caisse nationale d'assurance maladie
- 3 L'Assemblée nationale

 Réponse : 1