**Assurance maladie complémentaire**

**A.- les mutuelles**

***Objectifs****: Expliquer l'organisation, le financement et les prestations de la protection complémentaire.*

 L’organisation institutionnelle de la Sécurité sociale mise en place en 1945 laisse un espace à d’autres modes de prise en charge des risques sociaux. En effet, à partir du moment où les régimes obligatoires de base ne couvrent pas l’intégralité de ces risques, des organismes ont assuré une protection sociale complémentaire à la Sécurité sociale de base. Ils représentent aujourd’hui un élément important du système social français : outre le caractère obligatoire de certains d’entre eux, le recours à une couverture sociale complémentaire est indispensable pour bénéficier de prestations à un niveau satisfaisant.

La protection complémentaire est dispensée par les mutuelles (60 %), les assurances privées (25 %) et par les institutions de prévoyance (15 %).

1. **Définition**

Les mutuelles sont des groupements de droit privé à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide tout en respectant le Code de la Mutualité.

Attention à ne pas les confondre avec les mutuelles d'assurance (MAClF, MAIF, MATMUT...) qui relèvent du Code des Assurances.

1. **Fonctionnement**

La gestion est faite par des administrateurs bénévoles, élus par des adhérents ou par des délégués, eux-mêmes élus par les adhérents et les personnels administratifs.

* *L'assemblée générale* : composée des adhérents ou de leurs délégués, se réunit au moins une fois par an, sur convocation du conseil d'administration. Elle est seule compétente pour modifier les statuts, le règlement des services et œuvres sociales... et voter des décisions essentielles.
* *Le conseil d'administration* : élu par l'assemblée générale, est chargé d'appliquer la loi, les statuts et les décisions de l'assemblée générale, et d'accomplir tous les actes nécessaires à la gestion courante.
* *Le président* : élu par le CA en son sein. Il représente le groupement mutualiste.
* Pas de sélection personnalisée des risques à l'adhésion et pas de conditions tarifaires personnalisées ; pas de sélection, ni d'exclusion des adhérents.
* Possibilité de constituer entre elles des unions (ex. Départementales), elles-mêmes susceptibles de se grouper en fédérations (ex. Fédération nationale de la mutualité française FNMF ; Fédération des mutuelles de France FMF).
* Conseil supérieur de la mutualité, dont le rôle est consultatif, est instauré auprès du ministre chargé de la santé.
1. **Financement**
* Au moyen des cotisations des adhérents déterminées par l'assemblée générale.
* Application d'une tarification unique pour le risque maladie appliquant le principe de solidarité.
* Contrôle financier exercé par la Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance (CCMIP), - devenue ACAM, (Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles) - s'il s'agit d'une structure mutualiste gérant une caisse autonome, d'un groupement important en termes d'activité ou d’une fédération.
1. **Rôles**
* Organiser pour et avec les mutualistes afin de répondre à leurs besoins sociaux.
* Action d'intérêt général en favorisant l'accès aux soins de tous et l'amélioration de la protection de l'ad­hérent des risques « vie» (risques liés à la durée de la vie humaine : décès, retraite, épargne) et des risques « non-vie» (risques non liés à la durée de la vie humaine : maladie, invalidité, caution de prêts bancaires, chômage, assistance et protection juridique).
* Offrir des services à caractère sanitaire, social, médico-social ou culturel (cliniques, centres dentaires ou d'optique, maison de retraite, centre de vacances...).
* Correspondant de sécurité sociale quelquefois.
* Action sociale en encourageant la maternité, la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou handicapées, ou de façons diverses. Participent au développement culturel, moral, intellectuel et physique des adhérents et l'amélioration de leurs conditions de vie.

**B.- Les institutions de prévoyance**

1. **Définition**

Les institutions de prévoyance sont des organismes paritaires à but non lucratif, personnes morales de droit privé conformément aux dispositions des articles L. 931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

1. **Fonctionnement**

Les institutions de prévoyance sont agréées par le ministère de la Santé et de la Protection sociale.

Les institutions de prévoyance relèvent des directives européennes « Assurance », elles sont soumises aux mêmes règles techniques que toute entreprise d'assurance :

* conseil d'administration composé des représentants des employeurs et des salariés, réunis en collèges pour mettre en œuvre et gérer des garanties pour le compte des entreprises et des salariés.
* assemblée générale (délégués des adhérents et participants) pour approuver les comptes et la gestion. Les institutions de prévoyance réalisent la plus grande part de leur activité dans le cadre de contrats collectifs d'entreprise.
1. **Financement**
* Principe de répartition.
* Prélèvement de cotisations assises sur les salaires et acquittées par le salarié et par l'employeur.
1. **Rôles**

Couvrir les conséquences des risques des deux branches :

* la branche Vie (retraites par capitalisation, décès) ; elle permet le versement d'un capital, d'une rente au conjoint ou d'une rente d'éducation au profit des enfants, attribue également des compléments de prestations de retraite à ceux versés par les régimes de base (avantages de retraite complémentaires ou supplémentaires) ou encore des indemnités de fin de carrière ;
* la branche Non-Vie en assurant pour sa part des remboursements de frais de santé et les conséquences des risques résultant de maladies ou d'accidents (incapacité, invalidité. ..). Ces prestations complètent celles de la Sécurité sociale ou couvrent d'autres risques (chômage ou autre.. .). Elle peut apporter des prestations permettant de garantir le maintien de l'intégralité du salaire en cas d'arrêt de travail, en complément des indemnités journalières versées par l'assurance maladie, d'incapacité de travail (en complément des prestations de la Sécurité sociale qui sont plafonnées dans le temps) et en cas d'invalidité (en complément de la rente versée par le régime général).

**C.- Les compagnies d'assurances privées**

1. **Définition**

Ce sont des personnes morales de droit privé à but lucratif, régies par le code des assurances, sociétés commerciales qui ont pour vocation de réaliser des bénéfices et de les redistribuer à leurs actionnaires.

1. **Fonctionnement**
* Dirigées par des dirigeants rémunérés désignés par les actionnaires.
* Réseau d'agents d'assurance ou de courtiers commissionnés pour distribuer leurs produits d'assurance.
* Gestion de la société d'assurances par des actionnaires ou des sociétaires (dans le cas des mutuelles d'assu­rances).

L'adhérent souscrit une police d'assurance, c'est-à-dire un contrat avec la compagnie d'assurance qui indique les conditions dans lesquelles le contrat s'applique lorsque l'événement ou le sinistre se produit.

* Pratique possible de la sélection du risque et des assurés.
1. **Financement**

Les compagnies d'assurance gèrent le risque et personnalisent souvent les tarifs appelés primes (selon les tranches d'âge ou en fonction du risque que l'individu encourt, analyse des antécédents médicaux, etc.) : c'est le principe de l'équité actuarielle, par opposition au principe de solidarité, que défendent les mutuelles.

1. **Rôles**

Assurer les biens, les responsabilités et les personnes en permettant à leurs adhérents de faire face aux conséquences financières de certains risques :

* maladie (remboursements complémentaires à l'assurance maladie),
* vieillesse (retraites complémentaires par capitalisation),
* décès (assurances vie...)