



4.5 Choix des formules de couverture et calcul des cotisations correspondantes

4.5.1 Liste des copaiements

Le ticket modérateur

Lorsque le système de micro-assurance santé prend seulement en charge un pourcentage des dépenses, le complément à la charge de l'adhérent s'appelle ticket modérateur. Le ticket modérateur permet de modérer la consommation de soins de santé de l'individu (dans la mesure où celui-ci a quelque chose à payer, il est tenté de limiter sa consommation).

Exemple de garantie avec ticket modérateur: La garantie «Hospitalisation» est de 80% des dépenses engagées et le ticket modérateur de 20%. Ainsi, si les dépenses sont de 100 000 UM, le système prend en charge 80%, soit 80 000 UM et l'adhérent doit déboursier 20%, soit 20 000 UM.

Le plafond ou le forfait (= limitation en montant)

Le plafond ou forfait consiste à prendre en charge 100% des dépenses, dans la limite d'un forfait monétaire par cas, par séance, par jour ou par an.

Exemples de garanties avec forfait: La garantie «Consultation» est «100% des dépenses engagées limitées à 600 UM par consultation». La garantie «Frais de séjour à l'hôpital» est «100% des dépenses engagées limitées à 150 UM par journée d'hospitalisation». La garantie «Optique» est «100% des dépenses engagées limitées à 3000 UM par an et par personne».

Application numérique pour la garantie «Consultation»: si le tarif de la consultation est de 500 UM (< 600 UM), le système prend en charge 100% des dépenses, soit 500 UM et l'adhérent ne débourse rien. Si le tarif de la consultation est de 800 UM (> 600 UM), le système prend en charge le forfait, soit 600 UM et l'adhérent doit déboursier la différence entre le tarif de la consultation et le forfait soit 200 UM.

La limitation en nombre de jours, de cas ou de séances

La limitation en nombre consiste à restreindre la prise en charge à un nombre maximal de jours, de cas ou de séances par personne et par an.

Exemples de garanties avec une limitation en nombre: La garantie «Consultation prénatale» est «100% des dépenses engagées dans la limite de 3 consultations prénatales par femme enceinte et par an». La garantie «Frais de séjour à l'hôpital» est «80% des dépenses engagées limitées à douze jours d'hospitalisation par personne et par an».

Application numérique pour la garantie «Consultation prénatale»: si la patiente consomme 2 consultations prénatales, le système prend en charge 100% des dépenses et l'adhérent ne débourse rien. Si la patiente consomme 4 consultations prénatales, le système prend en charge 100% des dépenses pour les trois premières, en revanche la quatrième est à la charge de l'adhérent.

La franchise monétaire à chaque utilisation, la franchise monétaire annuelle et la franchise en nombre (de jours, de cas, de séances)

La franchise monétaire à chaque utilisation

La franchise monétaire à chaque utilisation consiste à prendre en charge 100% des dépenses moins un montant, exprimé en unités monétaires et appelé franchise, qui reste toujours à la charge de l'adhérent et qui n'est pas proportionnel aux dépenses réellement effectuées. Ce type de copaiement ne favorise pas l'accessibilité des soins.

Exemple de franchise monétaire: La garantie «Chirurgie» est de 100% des dépenses engagées moins un montant de franchise de 2000 UM.

Application numérique: si les frais de chirurgie sont de 1500 UM (< 2000 UM), le système ne prend rien en charge et l'adhérent doit déboursier 1500 UM. Si les frais de chirurgie sont de 3000 UM, le système prend en charge 1000 UM (3000 - 2000 UM) et le montant de la franchise (2000 UM) reste à la charge de l'adhérent.

La franchise monétaire annuelle

La franchise monétaire annuelle consiste à ne commencer à prendre en charge les dépenses de santé que lorsque les frais engagés par l'assuré au cours de l'année ont dépassé un montant (la franchise) qui reste à sa charge. Ce type de copaiement comporte un inconvénient majeur: il contribue à rendre la couverture peu visible.

Exemple de franchise monétaire annuelle: La garantie «Consultations et pharmacie» est de 100% des dépenses engagées au-delà d'une franchise annuelle de 3000 UM.

Application numérique: au cours de l'année, un assuré connaît quatre épisodes de maladie. Lors du premier épisode, il dépense 1000 UM en consultation et médicaments; il n'est pas remboursé. Lors du deuxième épisode, il dépense 1500 UM. Ses dépenses cumulées depuis le début de l'année sont de 1000 UM + 1500 UM = 2500 UM. Il n'est pas remboursé. Lors du troisième épisode, il dépense 1200 UM. Ses dépenses cumulées depuis le début de l'année sont de 2500 UM + 1200 UM = 3700 UM > 3000 UM. Il est donc remboursé de 700 UM et le montant de la franchise annuelle (3000 UM) reste à sa charge. Lors du quatrième épisode, il dépense 1500 UM et il est intégralement pris en charge.

La franchise en nombre

La franchise en nombre consiste de manière analogue à prendre en charge 100 % des dépenses moins un nombre de séances, de cas ou de jours, qui reste toujours à la charge de l'adhérent.

Exemple de franchise en nombre: La garantie «Frais de séjour à l'hôpital» est de 100% des dépenses engagées, à l'exclusion du premier jour d'hospitalisation qui n'est jamais pris en charge.

Application numérique: si le patient est hospitalisé 3 jours, les dépenses correspondant au premier jour sont entièrement à sa charge. En revanche, le système de micro-assurance santé prend en charge les deuxième et troisième jours d'hospitalisation.

