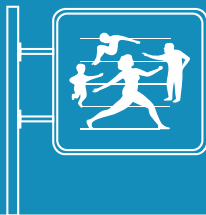


mon
parcours
d'assuré



Mon guide de l'Assurance Maladie

Toutes les clefs pour comprendre
comment fonctionne notre système de santé
et l'accès aux soins.



SÉCURITÉ SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**

VAL-D'OISE

mon parcours d'assuré

La qualité de l'offre de service aux assurés constitue une priorité affirmée pour l'Assurance Maladie.

Le guide que vous avez entre les mains vise à donner à chaque assuré du Régime Général les informations nécessaires pour mieux s'orienter dans le parcours de soins et accéder à ses droits, afin que chacun puisse se positionner comme acteur de sa propre santé.

Ce guide est un nouvel outil qui a vocation à vous permettre de faire le lien entre les différentes informations que vous pouvez retrouver sur notre site ameli.fr ou bien au sein des différentes brochures disponibles dans nos agences d'accueil.

Notre volonté est que ce guide paraisse régulièrement avec mise à jour des dernières évolutions réglementaires. Il donne à chaque assuré « les clefs pour comprendre comment fonctionne notre système de santé et l'accès aux soins ».

Nous espérons qu'il vous apportera satisfaction et vous souhaitons bonne lecture et bonne utilisation.

Sommaire



Les différents acteurs
du système de santé
page 5

1

Mes remboursements -
comment ça marche ?
page 9

2

Les complémentaires santé -
comment m'y retrouver ?
page 19

3

J'ai des difficultés d'accès aux soins ?
L'Assurance Maladie est là pour m'aider
page 25

4

Glossaire
page 25

5



Les différents acteurs du système de santé

L'Assurance Maladie est le dispositif de solidarité obligatoire qui permet à chacun de faire face aux risques financiers consécutifs à la dégradation (temporaire ou permanente) de son état de santé.

Il est constitué de trois principaux régimes : le Régime Général (qui concerne quatre français sur cinq), le Régime Agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI).

Il existe aussi de nombreux autres régimes dits « spéciaux » : le régime de la SNCF, de la RATP, d'EDF-GDF, etc.

Au delà de ce dispositif de solidarité pour tous, il existe des complémentaires santé qui prennent en charge tout ou partie du montant restant à charge après remboursement par l'Assurance Maladie.

Les différents acteurs du système de santé

LES MÉDECINS

Les médecins généralistes : ce sont les médecins de famille qui assurent le suivi et les soins médicaux généraux de leurs patients.

Les médecins spécialistes : ce sont, par exemple, les radiologues, les dermatologues ou les chirurgiens, vers qui votre médecin généraliste peut vous diriger.

Si vous avez plus de 16 ans, il est nécessaire de déclarer un médecin traitant, généraliste ou spécialiste, pour bénéficier des taux de remboursements non minorés par la Sécurité Sociale et d'un meilleur suivi dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Le rôle du médecin traitant est de vous accompagner dans votre parcours de soins, en vous orientant notamment vers le professionnel de santé le plus apte à traiter votre pathologie.

Votre médecin traitant pourra également vous sensibiliser sur les problématiques de prévention adaptées à votre situation (âge, grossesse, etc.).



BON À SAVOIR

Si je suis loin de mon lieu de résidence, dans une situation d'urgence ou si mon médecin est remplacé, ma consultation me sera remboursée normalement à 70%.



BON À SAVOIR

Il n'est pas nécessaire de passer par son médecin traitant avant de prendre rendez vous avec un ophtalmologue, un chirurgien-dentiste, un gynécologue, une sage-femme, un stomatologue, un psychiatre (pour les 16-25 ans) ou encore un pédiatre (pour les enfants de moins de 16 ans). Ces praticiens peuvent être consultés en direct.



LES AUTRES CATÉGORIES DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le terme « professionnels de santé » regroupe également les professions suivantes : chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier, pharmacien, masseur kinésithérapeute, pédicure, ambulancier, etc. Ils vous accompagnent tout au long de votre parcours de soins coordonnés.



J'Y PENSE

Je me rends sur le site ameli.fr et je télécharge ma « déclaration de choix du médecin traitant ». Une fois remplie, je la présente au médecin que je souhaite désigner comme médecin traitant.

Pour trouver le professionnel de santé ou l'établissement de soins le plus proche de chez moi, je consulte :





Mes remboursements comment ça marche ?

LA CARTE VITALE

Pratique et sûre, la carte Vitale simplifie vos remboursements de soins et réduit leur délai de traitement. A partir de 16 ans, chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie reçoit une carte Vitale à son nom avec sa photo.

La carte Vitale possède également l'avantage de pouvoir, dans certains cas, vous faire bénéficier du tiers payant, autrement dit d'une dispense d'avance de frais sur la part dite « Sécurité Sociale » et éventuellement sur la part « complémentaire » (hors dépassements d'honoraires).

Dans ce cas, ce sont l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé qui règlent directement le praticien, l'établissement de soins ou le pharmacien.



J'Y PENSE

Je mets à jour ma carte Vitale une fois par an en début d'année et à chaque changement de situation (changement d'état civil, maternité, affection de longue durée, etc.), pour une prise en charge conforme à mes droits. Pour cela, je me rends dans une pharmacie disposant d'une borne de mise à jour, ou dans l'un des accueils de ma Caisse d'Assurance Maladie.

Mes remboursements - comment ça marche ?

L'ASSURANCE MALADIE : CE QU'ELLE PREND EN CHARGE ET CE QU'ELLE NE REMBOURSE PAS.

L'Assurance Maladie prend en charge...

Lors d'une dépense pour des soins médicaux, l'Assurance Maladie rembourse la part dite « Sécurité Sociale ».

La part « Sécurité Sociale » est fonction pour chaque prestation prise en charge :

- d'une Base de Remboursement (BR), aussi appelée « tarif de la Sécurité Sociale »
- *multipliée par* un taux de remboursement¹
- *moins* la participation forfaitaire de 1 € ou la franchise médicale²

Exemple :

Dans le cas général, votre consultation chez votre médecin traitant généraliste vous coûte 23 €.

Pour cet acte :

- la Base de Remboursement de l'acte est de 23 €³
- le taux de remboursement est de 70%
- la participation forfaitaire est de 1 €

=> La part dite « Sécurité Sociale », remboursée par l'Assurance Maladie, est alors de $23 \text{ €} \times 70\% - 1 \text{ €} = 15,10 \text{ €}$.



BON À SAVOIR

J'ouvre mon compte en ligne sur ameli.fr et j'accède à de nombreux services ! En créant mon compte personnel, je consulte mes remboursements de soins en temps réel, c'est simple et rapide ! Mon compte ameli me permet également de correspondre par e-mail avec ma Caisse, d'imprimer une attestation de droits, ou encore de commander ma Carte européenne d'assurance maladie (CEAM).

¹ Le taux de remboursement peut varier davantage en fonction du respect du parcours de soins coordonnés

² Cf. la rubrique « mais ne rembourse pas »

³ Si le médecin est conventionné

Mais ne rembourse pas...

- La participation forfaitaire de 1€ et la franchise médicale

La participation forfaitaire et la franchise médicale ont été mises en place pour responsabiliser les assurés vis-à-vis du coût supporté par l'Assurance Maladie pour chaque prestation de soins.

Le tableau ci-dessous détaille les champs d'application de ces deux dispositifs dont le principe de base est similaire :



	La participation forfaitaire de 1€	La franchise médicale
A quel moment est-ce que je la paye ?	<ul style="list-style-type: none">- Lors de toute consultation ou acte réalisés par un médecin spécialiste ou généraliste- Lors de tout examen de radiologie- Lors d'analyses de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none">- Lors de l'achat de médicaments : 0,5 € par boîte- Lors de tout acte paramédical : 0,5 € par acte- Lors de tout transport sanitaire : 2 € par transport
A combien est-elle plafonnée ?	<p>Un plafond annuel : 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernées</p> <p>Un plafond journalier : 4 € par jour pour un même professionnel de santé</p>	<p>Un plafond annuel : 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernées</p> <p>Un plafond journalier :</p> <ul style="list-style-type: none">- 2 € par jour sur les actes paramédicaux- 4 € par jour pour les transports sanitaires

Exemple :

Vous consultez votre médecin (généraliste ou spécialiste) qui vous prescrit l'achat de deux boîtes de médicaments :

- la participation forfaitaire à votre charge est de 1 € (suite à la consultation, elle est déduite de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale)
- la franchise médicale à votre charge est de $2 \times 0,50 \text{ €} = 1 \text{ €}$ (pour les deux boîtes de médicaments)



BON À SAVOIR

La participation forfaitaire de 1 € n'est pas remboursée par les organismes complémentaires de santé dans le cadre de leurs contrats responsables. Vous pouvez vous renseigner auprès de votre organisme complémentaire.

Mes remboursements - comment ça marche ?

- Le ticket modérateur et le forfait 18 €

Le **ticket modérateur** correspond au montant restant à votre charge (hors dépassements d'honoraires) après le remboursement de l'Assurance Maladie. Il s'applique sur tous les soins et frais médicaux remboursables, qu'il s'agisse d'une consultation chez un médecin, d'un achat de médicaments sur prescription médicale, etc.

Exemple :

Pour une consultation chez votre médecin traitant généraliste conventionné, ce ticket modérateur est de 23 € - 15,10 € - 1 € de participation forfaitaire, soit 6,90 €.

Toutefois, pour plusieurs actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une **participation forfaitaire de 18 €**. Cette participation forfaitaire s'applique notamment aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €, ou aux frais d'hospitalisation en établissement de santé au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €.

Exemples d'actes concernés :

La photocoagulation au laser dont le tarif est de 125,40 €, l'ablation d'un nodule de la thyroïde (avec anesthésie) dont le tarif est de 205 € euros ou l'appendicectomie par celioscopie (avec anesthésie) dont le tarif est de 284,09 €.

- Le forfait hospitalier

Le **forfait hospitalier** représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. En hôpital et en clinique, ce forfait est de 18 € par jour (13,50 € en soins psychiatriques). L'Assurance Maladie ne rembourse pas ce forfait.



BON À SAVOIR

Les conditions d'exonération de la participation forfaitaire, de la franchise médicale, du ticket modérateur, du forfait de 18 € et du forfait hospitalier sont disponibles sur le site ameli.fr rubrique : « assurés / soins et remboursements / ce qui est à votre charge ».

Pour en savoir plus sur ce que rembourse l'Assurance Maladie, rendez-vous sur la rubrique «soins et remboursements» du site ameli.fr dédié aux assurés



ameli-direct.fr

- La part « complémentaire »

L'Assurance Maladie ne rembourse donc pas toutes vos dépenses de santé. La part dite « complémentaire » est le montant restant à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie (notamment le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires) que vous rembourse votre complémentaire santé.



Ainsi, vous pouvez souscrire à une complémentaire santé qui, selon le choix de votre contrat, peut vous rembourser totalement ou partiellement :

- le ticket modérateur des consultations et des autres frais engendrés par une hospitalisation
- le ticket modérateur des soins d'optique et/ou dentaires
- les dépassements d'honoraires
- l'achat de certains médicaments
- le forfait hospitalier
- etc.

Ainsi, pour que le coût des dépenses de santé restant à votre charge ne soit jamais un obstacle à votre accès aux soins, il est important de souscrire à une complémentaire santé.



BON À SAVOIR

Calcul du reste à charge =

- dépenses de soins
- somme remboursée par l'Assurance Maladie
- somme remboursée par votre éventuelle complémentaire santé.

Le reste à charge correspond donc à ce que vous dépensez effectivement (ticket modérateur, dépassements d'honoraires, franchise médicale, etc.). Il peut donc varier fortement en fonction de la souscription ou non à une complémentaire santé et de la nature du contrat souscrit.

Mes remboursements - comment ça marche ?

Exemple : 6 assurés se rendent chez leur médecin généraliste de secteur 1
Ils n'ont pas tous le même statut auprès de l'Assurance

<p>Paul a déclaré un médecin traitant et a une complémentaire santé.</p>	<p>Jean et Lisa ont déclaré un médecin traitant mais n'ont pas de complémentaire santé.</p>	
<p>Il présente sa carte Vitale bien mise à jour.</p>	<p>Jean présente sa carte Vitale bien mise à jour.</p>	<p>Lisa a oublié sa carte Vitale.</p>
<p>Il paye les 23 € de la consultation.</p>	<p>Il paye les 23 € de la consultation.</p>	<p>Elle paye les 23 € de la consultation.</p>
<p>Dans un délai d'une semaine, l'Assurance Maladie lui remboursera 15,10 € (70% de 23 € moins 1 € de participation forfaitaire) par virement.</p>	<p>Dans un délai d'une semaine, l'Assurance Maladie lui remboursera 15,10 € (70% de 23 € moins 1 € de participation forfaitaire) par virement.</p>	<p>Ayant oublié sa carte Vitale, Lisa doit envoyer sa feuille de soins papier à l'Assurance Maladie. Le délai de remboursement des 15,10 € sera d'environ 15 jours.</p>
<p>Son ticket modérateur est de 6,90 € (30% de 23 €).</p>	<p>Son ticket modérateur est de 6,90 €.</p>	<p>Son ticket modérateur est de 6,90 €.</p>
<p>Sa complémentaire santé lui rembourse 6,90 €.</p>	<p>Jean n'a pas de complémentaire santé.</p>	<p>Lisa n'a pas de complémentaire santé.</p>
<p>Paul a un reste à charge de 1 € ce qui correspond à la participation forfaitaire obligatoire*.</p>	<p>Jean a un reste à charge de 7,90 € dont 1 € de participation forfaitaire*.</p>	<p>Lisa a un reste à charge de 7,90 € dont 1 € de participation forfaitaire*.</p>

* La participation forfaitaire n'est jamais prise en charge par les complémentaires santé dans le cadre de leurs contrats responsables

(il ne pratique donc pas, sauf exceptions, de dépassements d'honoraires).

Maladie. A chacun, la consultation est facturée 23 €

Lucie n'a pas déclaré de médecin traitant mais a une complémentaire santé.	Antoine a déclaré un médecin traitant et bénéficie d'une complémentaire santé grâce à la CMUC.	Marie a déclaré un médecin traitant et a une complémentaire santé grâce à l'ACS (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé).
Elle présente sa carte Vitale bien mise à jour.	Il présente sa carte Vitale bien mise à jour.	Elle présente sa carte Vitale bien mise à jour.
Elle paye les 23 € de la consultation.	Il bénéficie d'une dispense d'avance de frais, donc ne paye rien au moment de la consultation.	Grâce à l'ACS, Marie bénéficie du tiers payant social. Ainsi lors de la consultation elle ne paye que les 6,90 € correspondant au ticket modérateur.
N'ayant pas de médecin traitant, Lucie se situe hors du parcours de soins coordonnés. L'Assurance Maladie ne lui rembourse que 5,90 € (30% de 23 € moins 1 € de participation forfaitaire).	Étant bénéficiaire de la CMUC, ses soins sont pris en charge à 100%, et il n'a pas à payer la participation forfaitaire de 1 €.	
Son ticket modérateur est de 16,10 €.		Son ticket modérateur est de 6,90 €.
Sa complémentaire santé lui rembourse 6,90 €.		La complémentaire santé à laquelle elle a souscrit grâce à l'ACS lui rembourse 6,90 €.
Lucie a un reste à charge de 10,20 € dont 1 € de participation forfaitaire.*	Antoine n'a pas de reste à charge.	Marie a un reste à charge de 1 €, ce qui correspond à la participation forfaitaire* et qui sera récupéré sur ses remboursements futurs.**

** Car elle a bénéficié du tiers payant social

Mes remboursements - comment ça marche ?

- Les dépassements d'honoraires

Un médecin conventionné avec l'Assurance Maladie peut faire partie de deux secteurs de tarification différents :

- **Secteur 1** : le médecin applique le tarif conventionnel fixé par l'Assurance Maladie, et le remboursement s'effectue comme expliqué dans les exemples précédents.

- **Secteur 2** : le médecin pratique des honoraires libres fixés avec « tact et mesure ». La différence avec le tarif conventionnel est ce qu'on appelle le dépassement d'honoraires. Ce dépassement n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie, mais peut l'être par certaines complémentaires santé.

Certains médecins sont « non conventionnés », c'est-à-dire qu'ils n'ont pas adhéré à la convention médicale nationale. Dans ce secteur très minoritaire (moins de 1 % des généralistes et spécialistes), le praticien fixe librement ses honoraires. Le patient est remboursé par l'Assurance Maladie sur la base d'un tarif dit "d'autorité" qui s'avère très faible. En revanche, les prescriptions sont prises en charge.



Pour ne pas être surpris, je choisis mon professionnel de santé et me renseigne sur sa tarification en consultant :



ameli-direct.fr



BON À SAVOIR



RAPPELS SUR LA PRATIQUE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Une pratique occasionnelle pour les médecins de secteur 1 qui peuvent pratiquer un dépassement d'honoraires dans deux situations :

- Depuis 1971, ils peuvent pratiquer des dépassements exceptionnels (DE) pour exigence particulière du malade, c'est-à-dire lors d'une **visite médicalement injustifiée** ou d'une **consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet**. Le montant de ce dépassement n'est pas plafonné.
- Depuis 2005, ils peuvent pratiquer des dépassements autorisés (DA) lorsque le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés et notamment, pour les médecins spécialistes, le passage préalable par le médecin traitant. Ce dépassement ne peut se cumuler avec le DE, et son montant est plafonné à 17.5% du tarif opposable.

Une pratique régulière pour les médecins de secteur 2 : Le secteur 2, ou secteur « conventionné à honoraires libres » a été créé par la convention médicale de 1980. Il offre la possibilité aux médecins de rester dans le secteur conventionnel sans pour autant pratiquer les tarifs opposables de l'Assurance Maladie.

Les possibilités de dépassement sont permanentes : les tarifs pratiqués sont **libres et fixés par le médecin** avec « tact et mesure ». En échange, une partie des cotisations sociales ne sont plus prises en charge par les CPAM. L'Assurance Maladie rembourse en revanche le patient sur la base du tarif opposable.

Le secteur 2 a rencontré un vif succès auprès des médecins. Accusé de créer des inégalités dans l'accès aux soins des patients, son accès a été limité au cours de la 5^{ème} convention médicale nationale de 1990. Tous les médecins installés entre 1980 et 1990 ont donc pu choisir leur secteur de conventionnement au moment de leur installation.

En revanche, depuis 1990, seuls les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux peuvent, au moment de leur installation uniquement, choisir de s'installer en secteur 2.



Les complémentaires santé comment m'y retrouver ?

LES DIFFÉRENTS TYPES DE COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Il existe trois types de complémentaires santé :

Les mutuelles : ce sont des organismes à but non lucratif, régis par le code de la mutualité. Leurs fonds proviennent des cotisations des membres. Plus d'informations sur le site de la Mutualité Française : www.mutualite.fr.

Les sociétés d'assurance : ce sont des entreprises commerciales, régies par le code des assurances. Plus d'informations sur le site de la Fédération française des sociétés d'assurance : www.ffsa.fr.

Les institutions de prévoyance : ce sont des sociétés à but non lucratif. Les contrats d'assurance qu'elles proposent sont dits « collectifs » : ils n'existent que dans le cadre d'une entreprise ou d'une branche professionnelle. Plus d'informations sur le site du Centre technique des institutions de prévoyance : www.ctip.asso.fr.



BON À SAVOIR

Il existe de nombreux sites Internet « comparateurs » de devis vous permettant de simuler en ligne les coûts des différents contrats des complémentaires santé en fonction des garanties proposées.

Complémentaires santé - comment m'y retrouver ?

Comment choisir sa complémentaire santé ?

Pour bien choisir sa complémentaire santé, il est important de procéder par étapes :

Étape 1 : Évaluez vos risques de dépenses de soins en anticipant, autant que possible, vos besoins futurs et en vous référant à votre consommation passée : nombre de médecins (généralistes ou spécialistes) consultés chaque année, consommation de médicaments, renouvellement de lunettes, besoin de soins dentaires, etc.

Étape 2 : Soyez attentifs aux tarifs en veillant à comparer les devis de différentes complémentaires santé. Votre choix pourra s'effectuer en fonction du niveau de prise en charge :

- Des besoins en prestations identifiés à l'étape 1 (niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires, des soins optiques, dentaires, etc.)
- Des soins non prévisibles (prise en charge du forfait hospitalier lié à une hospitalisation suite à un accident par exemple)

Comprendre les tarifs de remboursement des complémentaires santé

Pour chaque dépense de soins possible (consultation, hospitalisation, dentaire, etc...) les offres des complémentaires santé sont présentées :

- Soit sous la forme de forfaits (un montant fixe en €)
- Soit sous la forme de pourcentages : une garantie exprimée en pourcentages de la Base de Remboursement (BR) peut inclure ou exclure le remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire. Les pourcentages mentionnés n'ont pas toujours la même signification et sont souvent présentés comme tels :

- **Assurance Maladie obligatoire incluse :**
100% de la BR - RSS, 200% de la BR - RSS, etc.
- **Assurance Maladie obligatoire exclue :**
100% de la BR, 200% de la BR, etc.

Si vous avez un **forfait annuel** de 100 € par an pour vos verres + montures ou lentilles, cela signifie que votre complémentaire santé vous remboursera jusqu'à 100 € dans l'année pour ce type de dépenses.

S'agissant des pourcentages, la BR est la Base de Remboursement qui correspond aux tarifs fixés par l'Assurance Maladie⁴. Elle est fonction de votre situation dans le parcours de soins coordonnés et de la discipline du professionnel de santé.

⁴Pour plus d'informations sur la BR, rendez-vous au chapitre « Mes remboursements - comment ça « marche ? » de ce guide.

Le RSS est le remboursement effectif de l'Assurance Maladie (« Remboursement Sécurité Sociale »), correspondant à un pourcentage de la BR.



BON À SAVOIR

Certaines complémentaires santé utilisent l'expression « Tarif Conventionné » (TC) à la place de « Base de Remboursement » (BR).

Exemple : Dans le cas d'une consultation chez votre médecin traitant généraliste conventionné, la BR est de 23 €. Ainsi :

- Si, pour les consultations médicales, votre complémentaire santé vous rembourse jusqu'à 100 % de la BR - RSS, cela signifie qu'elle prend en charge la part complémentaire à hauteur de $[(100\% \times 23 \text{ €}) - (70\% \times 23 \text{ €})]$ soit 6.90 € au total.
- Si, pour les consultations médicales, votre complémentaire santé vous rembourse jusqu'à 200 % de la BR - RSS, cela signifie qu'elle prend en charge la part complémentaire et les dépassements d'honoraires (dans le cas où votre médecin est en secteur 2) à hauteur de $[(200\% \times 23 \text{ €}) - (70\% \times 23 \text{ €})]$ soit 29.90 € au total.
- Si, pour les consultations médicales, votre complémentaire santé vous rembourse jusqu'à 200 % de la BR, cela signifie qu'elle prend en charge la part complémentaire et les dépassements d'honoraires (dans le cas où votre médecin est en secteur 2) à hauteur de 46 € au total.

Ainsi :

- Si vous ne consultez que des médecins pratiquant le tarif de base de la Sécurité Sociale (médecins de secteur 1), une mutuelle avec garantie à 100% de la BR - RSS suffit à couvrir le reste à charge lié au ticket modérateur.
- Si vous consultez des médecins du secteur 2 pratiquant d'importants dépassements d'honoraires, il est préférable de souscrire à une formule complémentaire santé avec garantie à 150% ou plus de la BR.

Complémentaires santé - comment m'y retrouver ?

Exemple : 6 assurés se rendent chez leur dermatologue de secteur 2 (c'est-à-dire auprès de l'Assurance Maladie. A chacun, la consultation est facturée

<p>Paul a une complémentaire santé. Il consulte son dermatologue après avoir été orienté par son médecin traitant.</p>	<p>Jean n'a pas de complémentaire santé et il consulte son dermatologue sans avoir été orienté par son médecin traitant.</p>	<p>Lisa n'a pas de complémentaire santé mais elle consulte son dermatologue après avoir été orientée par son médecin traitant.</p>
<p>Il présente sa carte Vitale bien mise à jour.</p>	<p>Il présente sa carte Vitale bien mise à jour.</p>	<p>Elle a oublié sa carte Vitale.</p>
<p>Il paye les 100 € de la consultation.</p>	<p>Il paye les 100 € de la consultation.</p>	<p>Elle paye les 100 € de la consultation.</p>
<p>Dans un délai d'une semaine, l'Assurance Maladie lui remboursera 31,20 € (70% de 46 € moins 1 € de participation forfaitaire) par virement.</p>	<p>Dans un délai d'une semaine, l'Assurance Maladie lui remboursera 12,80 € (30% de 46 € moins 1 € de participation forfaitaire).</p>	<p>Ayant oublié sa carte Vitale, Lisa doit envoyer sa feuille de soins papiers à l'Assurance Maladie. Le délai de remboursement des 31,20 € (70% de 46 € moins 1 € de participation forfaitaire) sera d'environ 15 jours.</p>
<p>Son ticket modérateur est de 67,80 €.</p>	<p>Son ticket modérateur est de 87,20 €.</p>	<p>Son ticket modérateur est de 67,80 €.</p>
<p>Sa complémentaire santé, qui prend en charge la part complémentaire et les dépassements à hauteur de 150% de la BR - RSS, lui rembourse (150% x 46 €) - 31,20 € soit 37,80 €.</p>	<p>Jean n'a pas de complémentaire santé.</p>	<p>Lisa n'a pas de complémentaire santé.</p>
<p>Paul a un reste à charge de 30 €, dont 1 € de participation forfaitaire obligatoire*.</p>	<p>Jean a un reste à charge de 87,20 € dont 1 € de participation forfaitaire*.</p>	<p>Lisa a un reste à charge de 67,80 € dont 1 € de participation forfaitaire*.</p>

* La participation forfaitaire n'est jamais prise en charge par les complémentaires santé dans le cadre de leurs contrats responsables

qui pratique des dépassements d'honoraires). Ils n'ont pas tous le même statut
 100 € pour un acte pris en charge à hauteur de 46 € par l'Assurance Maladie.

Lucie n'a pas déclaré de médecin traitant mais a une complémentaire santé.	Antoine bénéficie d'une complémentaire santé grâce à la CMUC. Il consulte son dermatologue après avoir été orienté par son médecin traitant.	Marie a une complémentaire santé grâce à l'ACS (<i>Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé</i>). Elle consulte son dermatologue après avoir été orienté par son médecin traitant.
Elle présente sa carte Vitale bien mise à jour.	Il présente sa carte Vitale bien mise à jour.	Elle présente sa carte Vitale bien mise à jour.
Elle paye les 100 € de la consultation.	Il bénéficie d'une dispense d'avance de frais, donc ne paye rien au moment de la consultation. Son dermatologue ne peut lui facturer de dépassements d'honoraires.	Grâce à l'ACS, Marie bénéficie du tiers payant social. Aussi, lors de la consultation, elle ne paye que les 68,80 € correspondant au ticket modérateur (67,80 €) et à la participation forfaitaire de 1 €.
N'ayant pas de médecin traitant, Lucie se situe hors du parcours de soins coordonnés. L'Assurance Maladie ne lui rembourse que 12,80 € (30% de 46 € moins 1 € de participation forfaitaire).	Étant bénéficiaire de la CMUC, ses soins sont pris en charge à 100%, et il n'a pas à payer la participation forfaitaire de 1 €.	
Son ticket modérateur est de 86,20 €.		Son ticket modérateur est de 67,80 €
Sa complémentaire santé qui prend en charge les dépassements à hauteur de 100 % de la BR lui rembourse 46 €		La complémentaire santé à laquelle elle a souscrit grâce à l'ACS, et qui prend en charge les dépassements à hauteur de 200 % de la BR - RSS, lui rembourse $(200\% \times 46 \text{ €}) - 31.20 \text{ €}$ soit 60,80 €
Lucie a un reste à charge de 41,20 €, dont 1 € de participation forfaitaire.*	Antoine n'a pas de reste à charge.	Marie a un reste à charge de 7 € dont 1 € de participation forfaitaire obligatoire* qui sera récupéré sur ses remboursements futurs.**

** Car elle a bénéficié du tiers payant social



J'ai des difficultés d'accès aux soins ? L'Assurance Maladie est là pour m'aider

Vous n'êtes pas couvert par le régime général de l'Assurance Maladie ? Ou alors vous n'avez pas les moyens de souscrire à une complémentaire santé ? L'Assurance Maladie peut vous aider.

LES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS

La Couverture maladie universelle (CMU)

La Couverture maladie universelle dite « de base » (par opposition à « complémentaire ») permet l'accès à une couverture maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas de droits ouverts à un régime de santé obligatoire par ailleurs (au titre d'une activité professionnelle ou comme ayant droit par exemple). Une cotisation en fonction des revenus est requise.



BON À SAVOIR

Plus d'informations sur la CMU sur ameli.fr, onglet « Soins et remboursements » des pages réservées aux assurés, ou par téléphone au 3646.

J'ai des difficultés d'accès aux soins ?

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

La CMUC facilite l'accès aux soins des personnes aux faibles ressources et résidant en France de façon stable et régulière depuis plus de 3 mois, en jouant le rôle d'une complémentaire santé. Elle est gratuite, sous conditions de ressources, et les soins sont pris en charge à 100 % (par l'Assurance Maladie et la complémentaire santé choisie) avec une dispense d'avance de frais, y compris pour la part complémentaire et le forfait journalier hospitalier.

De plus, les professionnels de santé ne peuvent appliquer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMUC, sauf exigences particulières du patient.

Pour bénéficier de la CMUC, trois conditions sont nécessaires :

- vous habitez en France depuis plus de 3 mois
- vous êtes en situation régulière
- le revenu mensuel de votre foyer ne dépasse pas un montant maximum⁵

L'Aide pour une complémentaire santé (ACS)

L'ACS est une aide financière annuelle destinée aux personnes ayant de faibles ressources pour l'acquisition d'un contrat auprès d'une complémentaire santé. L'Assurance Maladie délivre pour chaque personne composant le foyer et selon l'âge, un « chèque santé », d'une valeur allant de 100 € à 500 €⁶.

Ce dispositif permet de prendre en charge une partie des frais de souscription à une complémentaire santé, et ainsi de profiter de remboursements de soins plus élevés.

Parallèlement, vous bénéficiez également du « tiers payant social », autrement dit, vous n'avez plus à avancer les frais sur la part dite « Sécurité Sociale ».



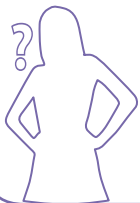
BON À SAVOIR

Le « chèque santé » n'est pas un chèque ordinaire. Il n'est utilisable que pour souscrire à une complémentaire santé.

⁵Pour connaître ces montants, consultez le site ameli.fr

⁶Au 1^{er} avril 2012. Montants susceptibles d'évoluer => retrouvez tous les montants mis à jour sur le site ameli.fr

L'Assurance Maladie est là pour m'aider



Quatre conditions doivent être remplies pour être éligible à l'ACS :

- vous habitez en France depuis plus de 3 mois
- vous êtes en situation régulière
- vos ressources des 12 mois précédant la demande sont comprises entre le plafond de la CMUC et un certain pourcentage au dessus de ce plafond⁷
- vous ne bénéficiez pas d'une complémentaire santé obligatoire dans le cadre de votre emploi

Comment effectuer une demande de CMUC ou d'ACS ?

Après avoir calculé ou estimé vos ressources, si vous pensez pouvoir bénéficier de la CMUC ou de l'ACS, il vous suffit de remplir le formulaire « Demande de Couverture maladie universelle complémentaire et demande d'Aide pour une complémentaire santé » numéro S 3711 disponible sur le site ameli.fr ou dans une agence d'accueil.

Cette demande de Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou d'Aide pour une complémentaire santé (ACS) devra être accompagnée de toutes les pièces justificatives et du formulaire de choix de l'organisme complémentaire (S 3712 pour la CMUC et éventuellement S 3713⁸, disponibles sur ameli.fr).

Il vous faudra ensuite remettre ce formulaire à la CPAM du Val d'Oise par courrier ou en vous rendant dans l'une des agences d'accueil du département si vous souhaitez bénéficier de l'accompagnement d'un conseiller clientèle pour le remplissage du dossier.



BON À SAVOIR

La CPAM du Val d'Oise dispose maintenant d'une adresse unique à laquelle envoyer tous vos courriers, afin que vos demandes soient traitées plus rapidement :

Assurance Maladie du Val d'Oise
95 017 Cergy-Pontoise Cedex

⁷Consultez le site ameli.fr

⁸Dans le cas où tous les membres du foyer ne choisissent pas le même organisme complémentaire

J'ai des difficultés d'accès aux soins ?

L'Assurance Maladie est là pour m'aider

La réponse à ma demande

C'est votre Caisse d'Assurance Maladie qui vous dira si vous pouvez bénéficier de la CMUC ou de l'ACS. Ainsi, sous un délai de deux mois, vous recevrez de votre Caisse d'assurance maladie un courrier vous indiquant l'une de ces trois options :

- « Attribution de la CMU Complémentaire » : votre situation vous permet de bénéficier du régime de la CMUC.
- « Refus à la CMU Complémentaire » et « Attribution d'une Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé » : votre niveau de ressources est trop élevé pour bénéficier de la CMUC, mais vous recevez le « chèque santé » de l'ACS pour vous aider à souscrire à une complémentaire santé.
- « Refus à la CMU Complémentaire » et « Refus d'attribution d'une Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé » : les conditions ne sont remplies pour aucun des deux dispositifs.



GLOSSAIRE

- **ACS** : Aide pour une complémentaire santé
- **CMU** : Couverture maladie universelle
- **CMUC** : Couverture maladie universelle complémentaire
- **CEAM** : Carte européenne d'assurance maladie
- **Contrats responsables** : Ce nouveau type de garanties complémentaires a été instauré pour accompagner le dispositif du médecin traitant. Son but est de «responsabiliser» les patients et leur complémentaire santé, d'où leur nom de «contrat responsable». En contrepartie, les contrats responsables assurent des bénéfices pour ses adhérents : ils garantissent un bon niveau de remboursement complémentaire sur des prestations importantes : consultations en cabinet de ville, médicaments à vignette blanche, biologie et analyses médicales.
- **Forfait hospitalier** : cf. page 12
- **Part Sécurité Sociale** : cf. page 10
- **Part complémentaire** : cf. page 13
- **Participation forfaitaire de 1 € et franchise médicale** : cf. page 11
- **Reste à charge** : cf. page 11
- **Secteur 1** : cf. page 16
- **Secteur 2** : cf. page 16
- **Tiers payant** : le système du tiers payant dispense l'assuré, sous certaines conditions, de faire l'avance des frais médicaux.
- **Tiers payant social** : Il est destiné aux assurés ayant des revenus modestes et bénéficiant du dispositif d'ACS. Il dispense de l'avance des frais pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonné par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique. Cette dispense d'avance de frais ne s'applique qu'à la part des remboursements prise en charge par l'Assurance Maladie et ne s'applique pas à la part complémentaire.
- **Ticket modérateur et forfait 18 €** : cf. page 12

Notes - Notes - Notes - Notes - Notes



A series of horizontal blue lines spanning the width of the page, providing a template for writing notes. There are 15 lines in total, starting from the top blue line and extending down to the bottom of the page.

Pour en savoir plus...

J'appelle le **3646**
pour poser des questions
à un conseiller de
ma **Caisse
d'Assurance
Maladie**

*Prix d'un appel local depuis un poste fixe

J'effectue mes démarches et
j'accède à mes services
en ligne 24h/24 sur

 **ameli.fr**
L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE

J'adresse
toute correspondance
à l'adresse suivante :

Assurance Maladie du Val d'Oise
95017 Cergy-Pontoise Cedex