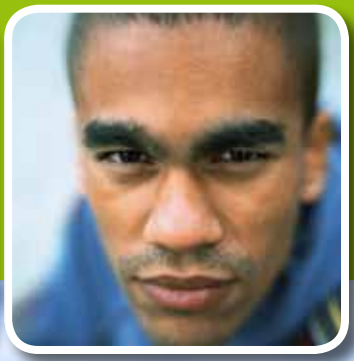


Votre CPAM vous informe

Remboursements : ce qui reste à votre charge

Le ticket modérateur
La participation forfaitaire de 1 euro
La franchise médicale
Le forfait de 18 euros
Le forfait hospitalier

SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie

Sommaire

- Le ticket modérateur p. 2
- La participation forfaitaire de 1 € p. 4
- La franchise médicale p. 6
- Le forfait de 18 € p. 8
- Le forfait hospitalier p. 10
- Récapitulatif p. 12

Ce document décrit les dispositions en vigueur au 1er janvier 2011.
Le droit de la Sécurité Sociale évoluant, il est conseillé de s'informer auprès de la CPAM des modifications ayant pu intervenir depuis cette date.

Le ticket modérateur

Le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie. Son taux varie en fontion des actes et médicaments, de votre situation et du respect ou non du parcours de soins coordonnés.

A quoi s'applique-t-il ?

Il s'applique **à 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. Son montant varie en fonction :

- des actes et des médicaments,
- de votre situation personnelle et médicale,
- du respect ou non du parcours de soins.

Dans certains cas (soins en rapport avec une Affection de Longue Durée exonérante, un Accident du Travail...), vous pouvez être exonéré du ticket modérateur et être remboursé à 100 %.

A noter : Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie.

Le remboursement par une complémentaire

Si vous possédez une complémentaire santé, elle peut prendre en charge tout ou partie de votre ticket modérateur.

Le ticket modérateur est pris en charge par la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ou l' AME (Aide Médicale de l'État).

Les cas de majoration

Si vous êtes hors du parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez directement un autre médecin (hors spécialités en accès direct autorisé), **le ticket modérateur est majoré : vous êtes moins bien remboursé.**

Les organismes complémentaires de santé ne prennent pas en charge ces majorations.

N'oubliez pas d'ajouter au ticket modérateur qui reste à votre charge, le montant de la franchise sur les médicaments (cf. page 6).

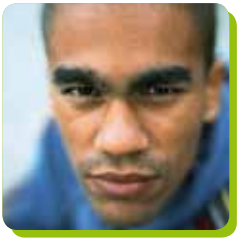
Vos questions...

Quand je consulte mon médecin traitant, combien suis-je remboursée ?

Quand vous consultez votre médecin traitant, si par exemple c'est un médecin généraliste conventionné en secteur 1, vous réglez 23 € (tarif au 1er janvier 2011).
Sur ce montant, l'Assurance Maladie vous rembourse 70 % (16,10 €), moins 1€ au titre de la participation forfaitaire (cf. p4). **Votre remboursement est donc de 15,10 €** et le montant du ticket modérateur restant à votre charge est de **7,90 €**.

Je n'ai pas choisi de médecin traitant, est-ce que cela impacte mes remboursements ?

Oui, cela diminue la part remboursée par l'Assurance Maladie. Par exemple, si vous consultez un médecin généraliste conventionné en secteur 1, votre consultation ne sera plus remboursée qu'à 30 % par l'Assurance Maladie (6.90 €), moins 1€ au titre de la participation forfaitaire.
Votre remboursement sera donc de 5,90 € et le montant restant à votre charge sera de **17,10 €.**



Et pour les médicaments, comment le ticket modérateur est-il appliqué ?

A chaque vignette correspond un type de médicament et un taux de remboursement :
. la vignette blanche barrée concerne les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux, ils sont remboursés à 100 % ;
. la vignette blanche correspond à un taux de remboursement de 65 % et s'applique à la plupart des médicaments courants ;
. la vignette bleue est décernée aux médicaments dont le service médical n'a pas été reconnu comme majeur. Le remboursement est dans ce cas de 30 % .
. la vignette orange est décernée aux médicaments dont l'efficacité médicale est considérée comme faible ou insuffisante par la Haute Autorité de Santé. Le remboursement est dans ce cas de 15 %.

La participation forfaitaire de 1 €

Pour préserver notre système de santé, une participation forfaitaire de 1 € est déduite de vos remboursements pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin et sur vos analyses.

Qui est concerné ?

Tout le monde sauf :

- les enfants de moins de 18 ans ;
- les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (du 1er jour du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement) ;
- les bénéficiaires de la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ou de l' AME (Aide Médicale de l'État).

Sur quels actes médicaux ?

La participation forfaitaire de 1 € s'applique :

- à toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste, y compris les examens de radiologie (que vous respectiez le parcours de soins ou non, que les actes aient lieu au cabinet, à votre domicile, dans un centre de santé, en consultation externe ou aux urgences à l'hôpital) ;
- aux analyses de biologie médicale, pour chaque recherche effectuée.

La participation forfaitaire est plafonnée

Le montant de la participation forfaitaire est plafonné pour chaque bénéficiaire à :

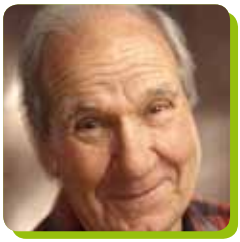
- 4 € par jour et par professionnel de santé,
- 50 € par année civile (du 1er janvier au 31 décembre).

Modalités

La participation forfaitaire est déduite automatiquement du montant de vos remboursements. Elle apparaît en déduction sur les relevés de remboursement adressés par votre Caisse d'Assurance Maladie.

A noter : la participation forfaitaire 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. Si le montant à rembourser par l'Assurance Maladie est inférieur à 1 € (par exemple, remboursement d'une consultation chez un médecin non conventionné) la participation forfaitaire de 1 € ne sera pas appliquée.

Vos questions...



Mon médecin m'a prescrit un bilan sanguin. Quel montant sera déduit de mon remboursement au titre de la participation forfaitaire ?

Une prescription d'analyse biologique comporte souvent plusieurs types de recherche. Si le bilan qui vous a été prescrit rentre dans ce cadre, la participation forfaitaire de 1 € sera prélevée pour chaque recherche réalisée, dans la limite de 4 € par jour et par laboratoire exécutant.

Si je consulte plusieurs médecins différents au cours de la même journée, la participation forfaitaire me sera-t-elle décomptée à chaque fois ?

Oui. Par exemple, si vous consultez deux médecins dans la journée, 2 € vous seront décomptés.

Quand j'ai une radio à faire au centre de radiologie, je bénéficie du tiers payant. Comment la participation forfaitaire est-elle prélevée ?

En cas de tiers payant, la CPAM prélève le montant de la participation forfaitaire sur votre prochain remboursement ou vos indemnités journalières.
Les relevés de remboursement de soins adressés par la CPAM (ou consultables en ligne sur www.ameli.fr) vous précisent systématiquement la date et la nature de l'acte auquel se rapporte la participation forfaitaire.

La franchise médicale

La franchise médicale est une somme qui est déduite de vos remboursements de médicaments, d'actes paramédicaux et de transports sanitaires.

Quels montants ?

Le montant déduit de vos remboursements est de :

- **0,50 €** par boîte de médicaments, flacon ou préparation ;
- **0,50 €** par acte paramédical (tous les actes effectués par les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures podologues) ;
- **2 €** par transport sanitaire, pour chaque trajet (soit 4 € pour un aller-retour).

Qui est concerné ?

Tout le monde sauf :

- les enfants de moins de 18 ans ;
- les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement) ;
- les bénéficiaires de la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ou de l' AME (Aide Médicale de l'État).

La franchise est plafonnée

Le montant de la franchise est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. On ne peut pas déduire :

- plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux,
- plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Modalités

Le montant des franchises est déduit automatiquement du montant de vos remboursements. Il apparaît en déduction sur les relevés de remboursement adressés par votre Caisse d'Assurance Maladie.

A noter : les franchises ne sont pas remboursées par les organismes complémentaires de santé dans le cadre de leurs «contrats responsables». Vous pouvez vous renseigner auprès de votre organisme complémentaire.

Vos questions...

Je bénéficie du tiers payant à la pharmacie, donc je ne fais pas l'avance des frais. Comment la franchise est-elle prélevée ?

Si vous bénéficiez du tiers payant, la CPAM prélève le montant de la franchise sur vos prochains remboursements ou vos indemnités journalières.
Les relevés de remboursement de soins adressés par la CPAM (ou consultables en ligne sur www.ameli.fr) vous précisent systématiquement la date et la nature de l'acte auquel se rapporte la franchise.

Est-ce que les franchises et la participation forfaitaire s'additionnent ?

Oui, les franchises et la participation forfaitaire se cumulent. Par exemple, si vous consultez un médecin et qu'il vous prescrit 4 boîtes de médicaments, la participation forfaitaire de 1 € sur la consultation s'ajoute à la franchise sur les boîtes de médicaments (4 x 0,50 cts = 2 €).
3€ au total seront déduits de votre remboursement.

Si une infirmière se déplace à domicile et réalise plusieurs actes (injection intramusculaire, pansement, ...), la franchise est-elle prélevée pour chaque acte ?

Oui, la franchise s'applique pour chaque acte mais elle est plafonnée à 2 € par jour pour un même professionnel de santé pour le même patient.
Par exemple, si la même infirmière passe le matin et le soir pour effectuer trois actes pour un même patient, la franchise ne pourra excéder 2 € pour la journée même si ce sont 6 actes qui ont été réalisés.

Le forfait de 18 €

Un forfait de 18 € est à votre charge lorsque vous bénéficiez d'actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.

Sur quels actes s'applique le forfait de 18 € ?

Il s'applique sur les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € :

- qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé, dans un hôpital ou une clinique dans le cadre de consultations externes ;
- ou au cours d'une hospitalisation (hôpital ou clinique).

Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, leurs tarifs peuvent se cumuler. Le forfait de 18 € s'applique ainsi dès lors que le montant final est égal ou supérieur à 120 €. Il ne s'applique qu'une fois par séance.

Qui est concerné ?

Tout le monde sauf les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100% en raison de leur situation ou de leur état de santé (Accidents du Travail, pensions d'invalidité...).

Exceptions et exonérations

Certains actes et certains frais ne rentrent pas dans le champ d'application du forfait de 18 € et sont pris en charge à 100 % (par exemple des actes de radiodiagnostic, de scanographie, de scintigraphie...).

Comment régler le forfait 18 € ?

En cas de tiers payant, le professionnel de santé ou l'établissement de santé peut vous demander de régler directement le forfait de 18 €.

Votre mutuelle ou votre complémentaire santé peut prendre en charge le forfait de 18 €. Renseignez-vous auprès d'elle.

Ce forfait est notamment pris en charge par la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ou de l' AME (Aide Médicale de l'État).

Vos questions...

En cas d'hospitalisation, si je subis plusieurs actes concernés par le forfait 18 €, celui-ci s'applique-t-il pour chaque acte ?

Non. En cas d'hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique), lorsqu'un ou plusieurs actes d'un tarif égal ou supérieur à 120 € sont effectués pendant le séjour, le forfait de 18 € ne s'applique qu'une seule fois par séjour, pour l'ensemble des frais d'hospitalisation.

Mon médecin m'a prescrit une radio de la colonne vertébrale. Devrai-je régler le forfait de 18 € ?

Non, tous les actes de radiologie sont exonérés de ce forfait. En cas de doute, renseignez-vous auprès de votre Caisse d'Assurance Maladie.

Le forfait hospitalier

Pour tout séjour supérieur à 24 h dans un établissement de santé, un forfait journalier hospitalier vous est demandé.

Un montant unique dès la 1ère nuit

Le forfait hospitalier est dû pour tout séjour supérieur à 24 h dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie.
Le forfait hospitalier, fixé par arrêté ministériel du 1er janvier 2010, est de :

- 18 € par jour en hôpital ou en clinique,
- 13,50 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

L'Assurance Maladie ne rembourse pas ce forfait. Il est parfois pris en charge par les mutuelles ou les complémentaires santé, renseignez-vous auprès de votre complémentaire.

Qui est concerné ?

Tout le monde sauf :

- les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (pendant les 4 derniers mois de grossesse, pour l'accouchement et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement) ;
- les bénéficiaires de la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ou de l' AME (Aide Médicale de l'État) ;
- les enfants nouveaux-nés hospitalisés dans les 30 jours qui suivent leur naissance ;
- les enfants handicapés de moins de 20 ans, s'ils sont hébergés dans un établissement d'éducation spécialisée ou professionnelle ;
- en cas d'hospitalisation due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- en cas de soins dans le cadre d'une hospitalisation à domicile.
- les titulaires d'une pension militaire ;
- les assurés du régime Alsace Moselle.

Vos questions...

Je suis titulaire d'une pension d'invalidité. Suis-je concerné par le forfait de 18 € et le forfait hospitalier ?

Les exonérations prévues pour chaque forfait ne sont pas sytématiquement les mêmes. Ainsi, en tant que titulaire d'une pension d'invalidité, vous êtes exonéré du forfait de 18 €, mais vous devrez régler le forfait hospitalier. Pour savoir si votre situation vous permet d'être exonéré du forfait 18 € ou du forfait hospitalier, contactez votre Caisse d'Assurance Maladie.

Je dois me faire arracher les dents de sagesse à la clinique. Vais-je régler le forfait hospitalier ?

Votre intervention va certainement se dérouler dans la journée : vous arriverez tôt le matin (ou la veille en fin de journée) et vous repartirez en fin d'après-midi, donc votre séjour aura duré moins de 24 h à la clinique. Vous ne devrez pas régler le forfait hospitalier.

Récapitulatif

	Ticket modérateur	Participation forfaitaire (1 €)	Franchise médicale	
Assurés et bénéficiaires non concernés (ou « pris en charge»)	. Prise en charge à 100% (soins en rapport avec une ALD exonérante, un Accident du Travail, Assurance maternité du 6ème mois de grossesse au 12ème jour après l'accouchement...) . Bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME…	. Jeunes de moins de 18 ans . Assurance maternité, du 1er jour du 6ème mois de grossesse au 12ème jour après l'accouchement . Bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME	. Jeunes de moins de 18 ans . Assurance maternité, du 1er jour du 6ème mois de grossesse au 12ème jour après l'accouchement . Bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME	
Prestations concernées	Tous les soins et frais médicaux remboursables	. Actes médicaux . Actes de biologie médicale . Examens radiologiques	Médicaments et préparations magistrales (pharmacie de ville ou hospitalière)	Transports (sauf transports en urgence)
	Certains actes en sont exonérés : renseignez-vous			
Montant par acte	Varie en fonction de l'acte	1 €	0,50 € par boîte ou préparation magistrale	2 € par trajet
Plafond journalier (1)	–	4 €	–	4 €
Plafond annuel	50 €			

(1) plafond journalier : actes réalisés pour un même assuré par un même professionnel de santé au cours de la même journée.

	Forfait 18 euros	Forfait hospitalier
	. Prise en charge à 100% (soins en rapport avec une ALD exonérante, un Accident du Travail, pensionnés d'invalidité, Assurance maternité du 6ème mois de grossesse au 12ème jour après l'accouchement...) . Bénéficiaire de la CMU-C, de l'AME.	. Assurance maternité, les 4 derniers mois de grossesse, pour l'accouchement et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement . Accident de Travail/Maladie Prof. . Enfant handicapé de moins de 20 ans hébergé dans un établissement d'éducation spécialisée ou professionnelle . Pensionné militaire . Hospitalisation à domicile . Enfant nouveau-né hospitalisé dans les 30 jours après sa naissance . Bénéficiaire de la CMU-C, de l'AME . Assuré du régime Alsace-Moselle
Actes infirmiers, de kinésithérapie, d'orthophonie, d'orthoptie, de pédicurie	Actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.	Tout séjour supérieur à 24 h dans un établissement hospitalier public ou privé.
auprès de votre Caisse Primaire d' Assurance Maladie.		
0,50 € par acte	18 €	. 18 €/jour en hôpital ou en clinique . 13,50 €/jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.
2 €	_	_
	Une participation par séance de soins.	_

CPAM de l'Ariège
1 avenue de Sibian
09015 Foix Cedex

CPAM du Gers
11 rue de Châteaudun
32012 Auch Cedex

CPAM de la Haute-Garonne
3 bd Léopold Escande
31093 Toulouse Cedex

CPAM des Hautes-Pyrénées
8 Place Bois
65021 Tarbes cedex 9

Un numéro tout simple pour nous joindre
36 46
Prix d'un appel local depuis un poste fixe

MAJ Dép Reste à charge_022011_SIRC. Crédit photo : Thinkstockphotos

Suivez en temps réel le détail de vos remboursements :
« Mon compte » sur ameli.fr