



PARCOURS : LA PREVENTION ET LES SOINS SANTÉ

Prévention, soins, indemnités en cas de maladie... L'accès à la santé est un droit fondamental. Panorama d'un parcours de soin pour mieux comprendre ses droits.

DEMARCHES

Affiliation	
Statuts	Le numéro de sécurité sociale sert à chaque assuré dans ses relations avec sa caisse d'assurance maladie et le monde médical
	La protection universelle maladie (Puma) garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Depuis 2016 la Puma remplace le statut d' ayant droit majeur et la CMU
	L'affiliation à la sécurité sociale dépend du statut (salarié, chômeur, étudiant, indépendant, etc.) : il est donc important pour bénéficier de ses droits de signaler sa situation auprès de sa caisse primaire d'assurance maladie et de vérifier la bonne mise à jour de sa carte vitale
Cartes	La carte vitale (verte) est la carte personnelle qui permet à chaque assuré de réaliser ses démarches santé et de recevoir ses remboursements. On peut la demander à partir de 16 ans. Nb : les cartes émises après 2007 comportent la photo du titulaire. Pour autant les versions précédentes restent valides (elles ne sont changées qu'en cas de perte/vol/dégradation)
	La carte européenne d'assurance maladie (bleue) permet la prise en charge des soins de santé partout en Europe (27 pays de l'Union, Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse) en évitant l'avance des frais médicaux et en facilitant les remboursements. Elle se demande en ligne, par téléphone ou auprès de sa CPAM et est valable 2 ans
Remboursements	
Sécurité sociale	Une somme forfaitaire de 1€ est à la charge de l'assuré pour la réalisation de tout acte médical, et le forfait hospitalier en cas d'hospitalisation de plus de 24h. Le reste est pris en charge par la sécurité sociale et la complémentaire santé
	Tiers payant : il est possible à l'assuré d'éviter d'avancer les frais médicaux pris en charge par la sécurité sociale en présentant à la place sa carte vitale
	Le remboursement des médicaments est pris en charge par l'assurance maladie sur prescription médicale et s'ils figurent sur la liste des médicaments remboursables fixée par arrêté ministériel
Complémentaire	Le remboursement des frais médicaux non-couverts par la sécurité sociale est pris en charge (pour tout ou partie) par une institution de prévoyance, une mutuelle ou une société d'assurances, moyennant cotisation

Médecins	
Choisir un médecin traitant	Le médecin traitant assure le suivi médical coordonné (le cas échéant la mise en relation avec d'autres médecins spécialistes, hospitaliers, etc.) de l'assuré et met en place avec lui des actions de prévention personnalisée. C'est l'assuré lui-même qui le choisit et le déclare auprès de sa caisse d'assurance maladie (formulaire téléchargeable http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3704.pdf)
Spécialistes	Les spécialistes font l'objet d'une tarification spécifique en fonction de la spécialité. Le tarif du spécialiste consulté par l'assuré hors parcours de soin coordonné (sans référence à son médecin traitant) peut également être majoré. Mais il est quand même possible de consulter certaines spécialités sans prescription médicale préalable de la part de son généraliste : gynécologue, ophtalmologiste, dentiste et psychiatrie pour les patient entre 16 et 25 ans

FOCUS

Le remboursement des frais médicaux : détail

Prise en charge 70%	La base du remboursement de la caisse d'assurance maladie est de 70%
Prise en charge 100%	- les personnes prises en charge dans le cadre d'une maladie longue durée (ALD) - les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois - les bénéficiaires de la Puma (ex. CMU) ou de l'AME (aide médicale d'Etat)
<i>Ex. consultation médecin traitant tarif généraliste secteur 1</i>	23 € Montant de la consultation
	15,10 € Part remboursée par la sécurité sociale (part obligatoire)
	6,90 € Part complémentaire (pris en charge par la mutuelle, ou en l'absence de mutuelle, à la charge de l'assuré)
	1 € Participation forfaitaire à la charge de l'assuré
Hospitalisation	
Forfait hospitalier	Le forfait hospitalier est la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien durant son hospitalisation. Il est tarifé par journée d'hospitalisation y compris le jour de sortie. Il peut éventuellement être pris en charge par la mutuelle ou la complémentaire santé si le contrat le prévoit
Tarifs conventionnés secteur 1	
Le médecin applique le tarif de la sécurité sociale sans dépassement d'honoraires	
Tarifs conventionnés secteur 2	
Le médecin applique des tarifs susceptibles de dépassements d'honoraires (dans le cadre du conventionnement. Les tarifs doivent tout de même être fixés « avec tact et mesure » : le taux de remboursement par l'assurance maladie est identique au secteur 1, mais les dépassements ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale	
Tarifs secteur déconventionné	
Le médecin applique des tarifs libres avec dépassement d'honoraires : la sécurité sociale a fixé un tarif de remboursement d'autorité équivalent à 16 % des honoraires	

PRESTATIONS

Indemnités journalières	
Indemnités journalières maladie	En cas de congé de travail pour maladie le salarié peut percevoir des indemnités journalières (passé le délai de carence de 3 jours) qui compensent la perte de salaire. Elles sont calculées sur la base du salaire brut
Indemnités journalières maternité / paternité et d'accueil de l'enfant	Le/a salarié-e en congé maternité ou paternité perçoit des indemnités journalières pendant son congé. Pour cela il ou elle doit ce avoir cessé toute activité pendant un certain temps et remplir les conditions requises (durée d'immatriculation, heures de travail, montant des cotisations...)
Complémentaire	
Complémentaire santé	La cotisation auprès de la complémentaire santé est à la charge de l'assuré. Depuis 2016 les employeurs sont dans l'obligation d'offrir une couverture complémentaire collective à leurs salariés
CMU-C	La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est une complémentaire santé gratuite accordée sous conditions de ressources
ACS	L'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS) est une aide financière sous condition de ressources qui permet de payer ses cotisations à une complémentaire santé
Droits connexes	
Tarifs sociaux énergie	Les personnes aux faibles ressources, et notamment les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, peuvent bénéficier de tarifs électricité et gaz naturel réduits : CAF, MSA, CCAS

SERVICES

- Médecin traitant : (*soins, suivi santé*)
- CPAM : (*démarches et remboursements*)
- PMI: (*protection maternelle infantile, permanence gratuite pour les moins de 6 ans*)

FOIRE AUX QUESTIONS

« J'ai bien une carte vitale mais à chaque fois que le médecin ou le pharmacien tentent de la lire, ça ne marche pas... »

« Si vous constatez un problème avec votre carte, vous devez contacter votre caisse pour vérifier que la carte vitale n'est pas abîmée. S'il y a vraiment un problème technique, vous leur rendez votre ancienne carte et votre caisse vous envoie le formulaire pour la renouveler.

« Nos enfants sont actuellement enregistrés sur la carte vitale de ma femme, ce qui n'est pas vraiment pratique lorsque c'est moi qui les amène chez le médecins... soit j'avance les frais, soit je

dois lui emprunter sa carte. Est il possible qu'un enfant soit inscrit sur les cartes de ses deux parents ? »

« Si vous êtes tous deux assurés, il n'y a pas de problème. Les soins des enfants peuvent être pris indifféremment sur le compte de l'un ou l'autre des parents. Pour les enregistrer chacun sur vos comptes respectifs, il existe un formulaire : S 3705 *Demande de rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents assurés* à demander et retourner à votre caisse »

« Je déménage et change de département : est-ce que j'ai des démarches particulières à réaliser ? »

« Indiquez ce changement de domicile à votre caisse d'assurance maladie. Votre dossier sera ensuite repris en gestion par la nouvelle caisse, et vous n'aurez plus qu'à mettre à jour votre carte vitale. »

LETTRES TYPES

Lettres d'information à l'assurance maladie : changement de médecin traitant et arrêt de travail

Adresse Code postal, ville CPAM Adresse, Code postal, ville Ville, date Madame, Monsieur, <i>Par la présente, je vous informe que je viens de changer de médecin traitant, pour des raisons qui me sont personnelles.</i> <i>Suivi(e) précédemment par le docteur (nom), exerçant au (adresse), je consulterai désormais le docteur (nom, titre : généraliste, spécialiste), exerçant au (adresse).</i> <i>Je vous joins à cet effet, un nouveau formulaire de « Déclaration de choix du médecin traitant », rempli et signé conjointement.</i> <i>Je vous prie de mettre à jour mon dossier afin que je puisse bénéficier du parcours de soin coordonnés.</i> (Formule de politesse) Signature	Adresse Code postal, ville CPAM Adresse, Code postal, ville Ville, date Madame, Monsieur, <i>Mon médecin vient de me donner un avis d'arrêt de travail de (préciser nombre de jours et période d'arrêt). Je vous transmets ci-joint les volets 1 et 2 remplis et complétés.</i> <i>[A rajouter en situation de chômage indemnisé]</i> <i>Je vous joins pour justificatif et versement des indemnités : mes trois derniers bulletins de salaire précédant mon chômage ainsi que ma notification d'admission à Pôle emploi et mon dernier relevé de situation.</i> (Formule de politesse) Signature
---	--

TELECHARGEMENTS :

A télécharger : plaquette et affiche « jeunes : ma sécu »
<http://familles-de-france.org/node/3047>

Informations et démarches : <http://www.ameli.fr/>

MODE D'EMPLOI DETACHABLE

A nos associations qui accompagnent les familles lors des différents événements qui les touchent : ces parcours sont constitués sous la forme de dossiers de 4 pages pour une utilisation pratique et adaptable afin de vous aider dans vos activités d'information et de renseignement.

Sommaire :

1. Présentation du parcours :
le rappel des principales étapes et les démarches à ne pas rater.
2. Liste des droits :
une mention des principaux droits et prestations, ainsi qu'un focus pour mieux connaître certaines aides spécifiques.
3. Mise à disposition d'outils :
des lettres-types, une foire aux questions, des sites utiles et des outils complémentaires en téléchargement.
4. Référencement des services :
les organismes et les services à référencer près de chez vous.

Mode d'emploi :

Pour mieux adapter la réponse aux familles :

- Les cas présentés ne sont pas exhaustifs, et tous les droits ne s'appliquent peut-être pas à chaque situation.

A situation donnée, faites le tri entre les droits qui peuvent être ouverts : vous pourrez joindre à ce dossier les fiches pratiques disponibles en téléchargement <http://www.familles-de-france.org/politique-familiale>, ou sur le site des organismes.

- les services sont renseignés de manière à les rendre plus accessibles aux familles. Un espace est destiné à ce que vous complétiez les adresses, coordonnées et permanences ... près de chez vous. Cette partie peut être complétée d'autres organismes le cas échéant.

- des sites utiles et des outils complémentaires sont renseignés en fin de dossier pour vous aider dans vos recherches