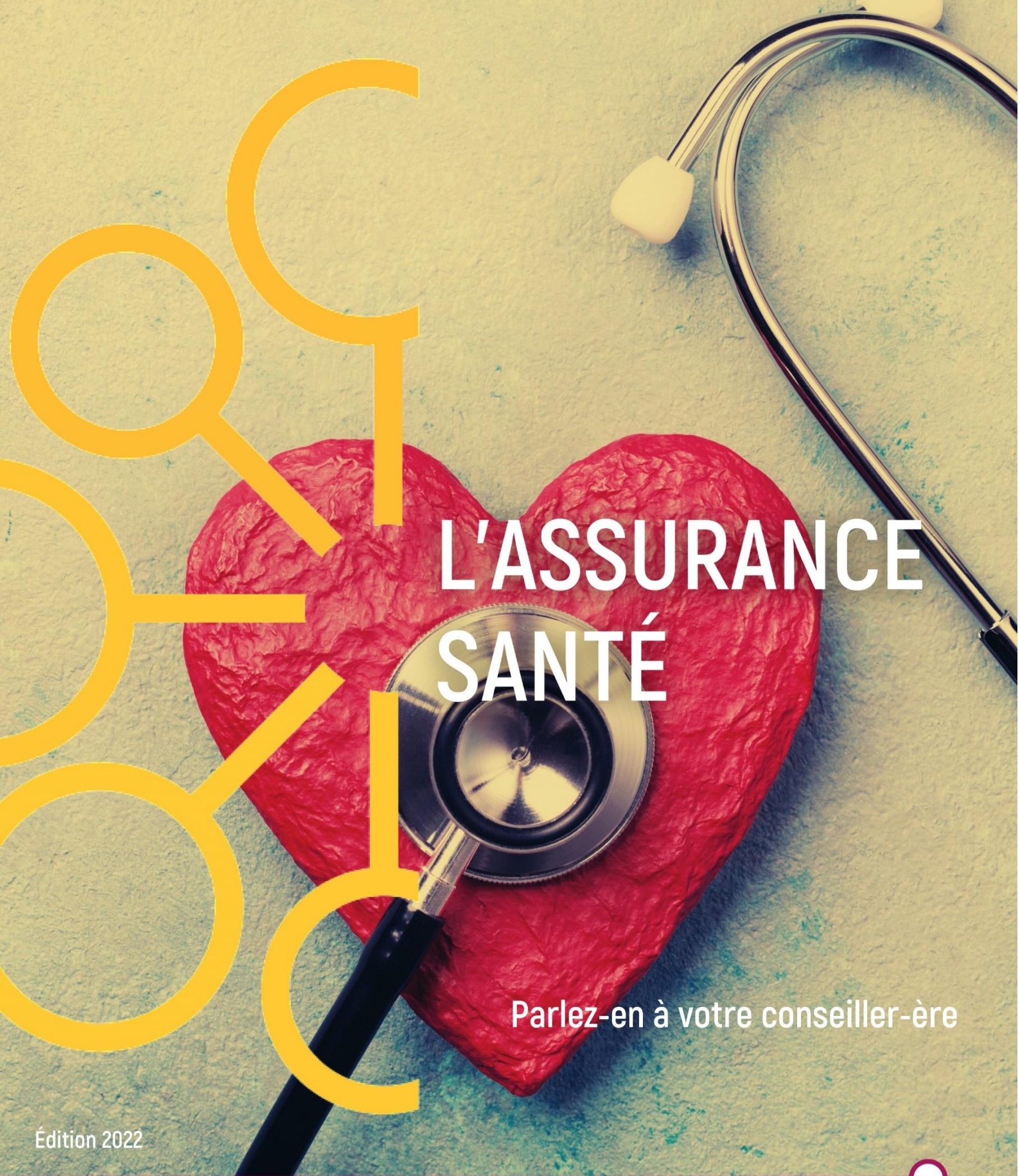




L'ASSURANCE SANTÉ

Parlez-en à votre conseiller-ère

Édition 2022



et les 19 communes adhérentes

Qu'est-ce que l'assurance santé ?

C'est un régime obligatoire et il en existe deux :

- ✓ Le régime obligatoire correspond à l'assurance de la Sécurité sociale,
- ✓ Le régime complémentaire appelé aussi mutuelle ou complémentaire santé est celui qu'on décide de contracter en supplément pour obtenir un meilleur remboursement.

A ces deux régimes s'ajoutent le régime spécifique de la couverture complémentaire solidaire attribuée aux seules personnes répondant aux critères de ressources prévus pour en bénéficier (CMU-C).

La Sécu, c'est quoi ?

Depuis sa création en 1945, la Sécurité sociale est un système basé sur le principe de la solidarité nationale.

C'est pour cette raison qu'une cotisation de Sécurité sociale est retenue sur le salaire

Elle est obligatoire pour toute personne qui travaille et réside en France.

Lors de l'affiliation à la Sécu, vous recevez un numéro d'immatriculation obtenu automatiquement :

- ✓ Dès que vous avez 16 ans,
- ✓ A titre individuel, dès votre majorité,
- ✓ Lors d'une première embauche.



Les conditions pour bénéficier de la Sécurité sociale ?

- ✓ Vous devez être à jour de vos cotisations,
- ✓ Vous pouvez bénéficier de la Sécurité sociale sans cotiser, si vous êtes ayant-droit d'un assuré social.

Qui sont les ayants droits d'un assuré social ?

Un ayant droit est une personne bénéficiant de la protection sociale d'un assuré social en cas de maladie ou de maternité.

Vous êtes un-e ayant droit :

- ✓ Jusqu'à 16 ans sauf si vous travaillez,
- ✓ Jusqu'à 18 ans si vous êtes en apprentissage,
- ✓ Jusqu'à 20 ans si vous êtes étudiant-e.

Au-delà de vos 16 ans et même après vos 20 ans, votre assurance maladie dépendra de votre situation personnelle :

- ✓ Étudiant-e
Vous relevez du régime étudiant de Sécurité sociale.
- ✓ Stagiaire
Les modalités varient selon que vous percevez ou non une gratification et selon son montant.
- ✓ Apprenti-e
Vous bénéficiez des mêmes droits qu'un-e salarié-e.
- ✓ Salarié-e
Vous bénéficiez des prestations de l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès, accidents de travail et maladies professionnelles, sous réserve de justifier d'un

nombre minimum d'heure de travail salarié ou d'un certain montant de cotisations

Des règles particulières s'appliquent, s'il s'agit de votre premier emploi, si vous êtes salarié intérimaire ou si votre emploi est saisonnier.

- ✓ Vous êtes sans emploi : les modalités de votre protection sociale varient si vous percevez ou non une allocation chômage versée par Pôle emploi.
- ✓ Vous êtes sans emploi et à la charge d'un assuré social : vous pouvez, sous certaines conditions, être ayant droit de celui-ci. A ce titre, vous bénéficiez du remboursement de vos soins en cas de maladie ou de maternité.

Que prend en charge la Sécurité sociale pour les ayants droits ? Les prestations nature.

Ce sont les soins médicaux et paramédicaux, les examens et les prescriptions.

Les opérations de prévention.

Ce sont des examens de santé gratuits personnalisés en fonction de votre âge, de vos antécédents familiaux, de vos habitudes de vie... Faire le point sur votre santé, c'est privilégier la prévention.

Les indemnités journalières (IJ)

C'est la somme versée par la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail, de perte d'emploi ou de congé maternité. Les ayants droits n'y ont pas droit.

Qu'est-ce que la carte Vitale ?

La carte Vitale est un document gratuit, nominatif et confidentiel. Envoyée à chaque individu âgé de 16 ans, elle simplifie et accélère les démarches de remboursement.

Mise à jour

Une fois par an minimum. Cette opération actualise vos droits et garantit la prise en charge des dépenses de santé.

La mise à jour est obligatoire en cas de changement de situation (personnelle, familiale et professionnelle).

Où la mettre à jour

Dans les bornes installées dans toutes les caisses d'assurance maladie, les pharmacies et dans les établissements de santé (hôpitaux, cliniques). Insérez votre carte dans la borne et suivez les indications.

Que contient la carte Vitale ?

La carte vitale ne contient aucun renseignement médical mais comporte toutes les informations administratives nécessaires à la prise en charge des soins :

- ✓ Vos nom, prénoms et votre date de naissance,
- ✓ Votre numéro de Sécurité sociale,
- ✓ L'identité des bénéficiaires,
- ✓ L'organisme d'affiliation qui dépend de votre situation et de votre activité professionnelle,
- ✓ La caisse de remboursement, vous êtes rattaché à la caisse primaire d'assurance maladie

(CPAM) de votre lieu de résidence ou de travail en fonction de votre situation personnelle et professionnelle,

- ✓ Le ticket modérateur,
- ✓ La durée des droits.

Les informations figurant sur la carte sont confidentielles. Seul un professionnel disposant d'un accès informatique peut les consulter.

A quoi sert la carte Vitale ?

La carte Vitale n'est pas un moyen de paiement. Elle vous permet d'être remboursé par la Sécu d'une partie de vos frais. La partie qui reste à votre charge s'appelle le « ticket modérateur ». C'est pourquoi vous devez, systématiquement, présenter votre carte vitale afin de justifier de vos droits.

Attention

Assurez-vous d'être couvert pour l'hospitalisation, car celle-ci n'est pas forcément inscrite sur la carte vitale.

A noter

Le remboursement est versé directement sur votre compte, lorsque vous avez fourni un relevé d'identité bancaire à votre caisse.

- ✓ Si vous êtes l'assuré social, le remboursement s'effectuera sur votre compte bancaire.
- ✓ Si vous êtes ayant-droit et si vous avez utilisé votre propre carte Vitale, le remboursement reste normalement versé sur le compte de l'assuré social. Cependant, sur votre demande, vous pouvez être remboursé sur un compte personne

En cas de changement de banque, prévenez votre caisse d'assurance maladie et envoyez un nouveau relevé d'identité bancaire

Médecin traitant - parcours de soins coordonnés

C'est qui ?

Le rôle du médecin traitant est de coordonner le « parcours de soins », c'est-à-dire les consultations et les examens nécessaires au suivi de votre santé.

Tout assuré social de plus de 16 ans doit choisir son médecin traitant.

Pourquoi ?

Votre médecin traitant est celui qui vous soigne habituellement et vous connaît donc bien.

En allant le consulter en 1er lieu pour tout problème de santé, vous bénéficierez d'un suivi médical et d'une prévention personnalisée.

Si besoin, le médecin traitant vous adressera à un médecin spécialiste plus apte à traiter votre situation.

De plus, le non-respect du parcours de soins entraîne un remboursement moins important de vos consultations de la part de la Sécu.

Quelles démarches faut-il faire ?

Déclarer votre médecin traitant, c'est simple. Avec le médecin que

vous avez choisi, remplissez et signez, le formulaire de déclaration de choix du médecin traitant et adressez ce document à la Sécu.

Exceptions

Dans certains cas, le parcours de soins coordonnés n'est pas obligatoire (le médecin doit alors indiquer le motif sur votre feuille de soins) :

- ✓ En cas d'urgence,
- ✓ En cas d'éloignement de votre domicile (déplacement, vacances, ...)
- ✓ Lorsque votre médecin traitant est absent ou indisponible,
- ✓ Pour les « Accès direct spécifique », un ophtalmologue, un gynécologue, un psychiatre, un dentiste etc. Même pour consulter des spécialistes, vous devez avoir déclaré un médecin traitant pour être mieux remboursé.

Sur présentation de votre carte Vitale, votre médecin établit une feuille de soins électronique.

Vous réglez vos honoraires et votre médecin transmet la feuille de soins à la Sécu. Vous êtes remboursé directement sur votre compte bancaire.

Si toutefois votre médecin n'accepte pas la carte vitale, vous

devez compléter et signer votre feuille de soins et la transmettre à la Sécurité sociale

Remboursement Des soins

La Sécu rembourse les consultations sur la base d'un tarif fixe. Suivre le parcours de soins coordonnés, c'est la garantie de bénéficier de meilleures conditions et remboursements qui dépendent de plusieurs critères :

- ✓ Respect du parcours de soin,
- ✓ Médecin généraliste ou spécialiste,
- ✓ Médecin conventionné ou pas.

La Sécu établie, avec les professionnels de santé, une convention qui fixe les tarifs de chaque acte médical.

Un médecin est « conventionné » lorsqu'il adhère à cette convention, et respecte les tarifs établis. A l'inverse, un médecin non conventionné fixe ses propres tarifs, sans tenir compte de la convention.

Des médicaments

Achetés en pharmacie, ils peuvent être remboursés par l'Assurance maladie si certaines conditions (liées au médicament, à sa prescription et à sa délivrance) sont respectées.

Le taux de remboursement dépend du service médical rendu du médicament.

Bénéficiaires

Vos médicaments peuvent être remboursés en tout ou partie, si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- ✓ Vous êtes affilié à la Sécurité sociale,
- ✓ Vous êtes ayant droit d'une personne affiliée,
- ✓ Vous êtes bénéficiaire de la Protection universelle maladie (PUMA).

Médicaments concernés

Un médicament est remboursé s'il figure sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

Attention

Si vous refusez le médicament générique proposé par le pharmacien, sauf exception, vous ne bénéficiez pas du tiers- payant.

Démarches pour obtenir le remboursement

Pour que les médicaments soient remboursés, la feuille de soins doit être transmise à votre caisse, le plus souvent, le pharmacien la transmet par voie électronique.

Sinon, vous devez l'envoyer par courrier à votre Caisse d'assurance maladie.

Taux de remboursement

Le taux de remboursement d'un médicament dépend de sa classification dans l'une des catégories.

Information sur le prix et le taux de remboursement

L'information sur le prix et le taux de remboursement de chaque médicament figure sur une facture imprimée par le pharmacien au verso de l'ordonnance (facture appelée « ticket Vitale »).

En cas d'achat de médicaments sans ordonnance, l'information est disponible en pharmacie.

La participation forfaitaire de 1 €

Pour préserver notre système de santé, une participation forfaitaire de 1 € vous est demandée si vous êtes âgé de plus de 18 ans.

Elle s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné à 50 € par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et par personne.

Les relevés de remboursement de soins que votre Caisse d'assurance maladie vous adresse précisent systématiquement la date et la nature de l'acte auquel se rapporte la participation de 1 €.

Le forfait hospitalier

Le forfait hospitalier représente votre participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par votre hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

Montant du forfait hospitalier en 2022.

Fixé par arrêté ministériel, il est de 20 €/ jour en hôpital ou en clinique

Il n'est pas remboursé par l'assurance maladie. Il peut éventuellement être pris en charge par votre mutuelle ou votre complémentaire santé si le contrat que vous avez souscrit le prévoit.

Le ticket modérateur

Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'assurance maladie.

Son taux varie en fonction des actes et médicaments, de votre situation, et du respect ou non du parcours de soins coordonnés.

Votre complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur.

Il est de 19.61 € en 2022.

Ce montant peut être pris en charge par la complémentaire santé.

La franchise médicale

La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par votre caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Elle est plafonnée à 50 €/an.

Attention

À compter du 1er janvier 2021, l'actuel ticket modérateur pour les urgences devient le « forfait patient urgence » (FPU) dû par tous les patients, à chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

Présentation des dispositifs qui améliorent la prise en charge de vos soins en fonction de votre situation

La Protection universelle maladie (PUMA)

Elle permet à tous les français ou étrangers résidant en France (sous certaines conditions) de bénéficier d'une couverture de santé équivalente à tous les assurés sociaux.

Vous êtes avec la PUMA affilié soit par des critères d'activité professionnelle quelle que soit la durée, soit par le fait de résider de manière stable et régulière sur le territoire.

Cela permet ainsi une continuité dans vos droits sans période d'interruption en cas de changement de situation.

Pour bénéficier de la Protection universelle maladie il faut remplir des conditions :

- ✓ Résider en France de manière régulière
- ✓ Il faut avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou avoir entamé des démarches pour

- ✓ obtenir un titre de séjour.
- ✓ Résider en France de manière stable
- ✓ Il faut résider en France métropolitaine ou en Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Saint Barthélemy ou Saint-Martin, de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.
- ✓ Ne pas être affilié à un autre régime d'assurance maladie en tant que titulaire ou ayant droit.

Vos droits

La PUMA vous permet d'être remboursé de vos frais de santé (y compris à l'hôpital) dans les mêmes conditions que les autres assurés.

Concrètement, vous payez directement vos dépenses de santé (consultations médicales, médicaments, examens médicaux ...).

L'assurance maladie vous rembourse la part obligatoire appelée « part Sécurité sociale ».

Il reste à votre charge la part complémentaire, et le forfait journalier en cas d'hospitalisation, la participation forfaitaire et les franchises médicales.

Exemple

Votre médecin généraliste vous facture 25 € la consultation,

- 17,50 € vous sont remboursés (part Sécurité sociale) ;
- 7,50 € sont à votre charge (part complémentaire) ;
- 1 € participation forfaitaire à votre charge
- De plus, si vous êtes seulement bénéficiaire de la PUMA, vous devez faire l'avance de la totalité des frais, soit 25 €, à votre médecin.

Attention

Les remboursements sont effectués sur la base des tarifs de la Sécurité sociale.

Les dépassements d'honoraires éventuels restent donc à votre charge.

La Complémentaire santé solidaire (CMU-C)

C'est une aide sociale qui peut s'apparenter à une mutuelle gratuite.

En effet, elle permet de prendre en charge la part complémentaire des soins reconnus par l'assurance maladie :

- ✓ consultations, frais hospitaliers, forfait

journalier, soins et prothèses dentaires, lunettes, appareils auditifs, et l'ensemble des prescriptions (pharmacie, analyses médicales etc.).

Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, il faut remplir trois conditions :

- ✓ Résider en France de manière régulière
- ✓ Il faut avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou bien avoir entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour ;
- ✓ Résider en France de manière stable
- ✓ Il faut résider en France métropolitaine ou en Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Saint Barthélemy ou Saint-Martin, de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. ;
- ✓ Avoir des ressources inférieures à un plafond

Vous bénéficiez de la Complémentaire si vos revenus des 12 derniers mois ne dépassent pas le plafond fixé à 9 203 € pour une personne seule en 2022.

Bénéficiaire du RSA (Revenu de solidarité active), vous avez accès de plein droit à la Complémentaire santé solidaire.

Vos droits

Vos dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la Sécurité sociale.

De plus, la Complémentaire inclut des forfaits de prise en charge pour vos soins dentaires, vos lunettes, vos prothèses auditives...

Exemple:

Votre médecin généraliste vous facture 25 € la consultation,

- 17,50 € vous sont remboursés (part Sécurité sociale) ;
- 7,50 € sont remboursés par la Complémentaire (part complémentaire) ;
- 1 € exonéré pour les bénéficiaires de la Complémentaire (participation forfaitaire)

Et la Complémentaire vous dispense d'avancer les frais lors d'une visite chez le médecin, dentiste...

La Complémentaire est accordée pour une durée d'un an, même si au cours de l'année votre situation change.

Ensuite, il faut faire la demande de renouvellement.

Si vous êtes bénéficiaire du RSA, le renouvellement est automatique depuis le 1^{er} janvier 2019.

+d'info

<https://www.ameli.fr/>

<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/cmu-c-demarche.php>



Pour plus d'informations,
contactez-nous !

MISSION LOCALE DU PAYS SALONNAIS

50, rue Saint Lazare
13300 Salon-de-Provence

Tél. : 04.90.56.28.21

E-mail : contact@ml-salon.fr



/ mlpayssalonnais



/ MlpsSalon



/ ML Prod

www.ml-salon.org