

Petit guide sur les droits de santé et les principales structures socio sanitaires de la Ville.

Ce guide à destination des professionnels locaux a été réalisé par l'Atelier Santé Ville d'Aubervilliers suite aux demandes des participants au groupe de travail sur l'accès aux droits de santé et aux soins. Ce document n'a ni la prétention ni l'objectif d'être exhaustif. Un projet plus ambitieux concernant la réalisation d'un guide plus complet est en cours de réflexion.

Nous vous rappelons que l'étude de l'accès aux droits de santé d'une personne est un cas individuel, n'hésitez pas à contacter le service téléphonique de l'Assurance Maladie dont dépend l'assuré.

Assurance Maladie : 36 46

Site Internet : ameli.fr

Caisse d'Assurance maladie d'Aubervilliers : 2 rue des écoles

Droits à la couverture maladie

CMU : Couverture Maladie Universelle « de base »

Conditions pour en bénéficier :

- ▶ Etre en situation régulière
- ▶ Résider de façon stable en France depuis plus de 3 mois
- ▶ Ne pas être couvert par un régime de sécurité sociale
- ▶ Pas de conditions de ressources

Donne droit à :

- ▶ Affiliation au régime général de l'Assurance Maladie
- ▶ Accès aux prestations en nature des assurances maladie-maternité sans exonération du Ticket Modérateur (TM)

Spécificité :

- ▶ Ne prend pas en charge le forfait journalier

CMU- C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

Conditions :

- ▶ Etre en situation régulière
- ▶ Résider de façon stable en France depuis plus de 3 mois
- ▶ Percevoir des ressources (évaluées sur les revenus des 12 derniers mois) inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer (voir tableau ci-dessous)

Donne droit à :

- ▶ Prise en charge à 100% des soins avec exonération du TM dans la limite du tarif sécurité sociale
- ▶ Prise en charge du forfait journalier, panier de biens et services (prothèses dentaires et auditives, optiques) au tarif sécurité sociale.

Pour les bénéficiaires du RSA :

Les allocataires du RSA « socle » et RSA « majoré » ne percevant pas d'autre revenu ont droit à la CMU-C sans réexamen des conditions de ressources.
 Les allocataires du RSA « activité » et RSA « activité majorée » sont soumis aux conditions de ressources. Dans les deux cas, il faut en faire la demande, l'ouverture n'est pas automatique.

Validité :

- ▶ 1 an, renouvellement à faire 2 mois avant l'échéance des droits.



Plafond mensuel et annuel de ressources pour l'attribution de la CMU complémentaire applicable au 1^{er} juillet 2013

Nombre de personnes composant le foyer	Mensuel	Annuel
1 personne	716 euros	8593 euros
2 personnes	1074 euros	12889 euros
3 personnes	1289 euros	15467 euros
4 personnes	1504 euros	18015 euros
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 286,43 euros	+3437,18 euros

AME : Aide Médicale de l'Etat

Conditions :

- ▶ Etre étranger en situation irrégulière de séjour
- ▶ Justifier de son identité
- ▶ Résider de façon stable en France depuis plus de 3 mois (les mineurs sont exemptés de ce délai avec une ouverture immédiate des droits)
- ▶ Percevoir des ressources (évaluées sur les revenus des 12 derniers mois) inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer (même plafond que la CMU-C)

Donne droit à :

- ▶ Prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitaliers avec dispense d'avance de frais dans la limite des tarifs de la sécurité sociale.
- ▶ Exonération du forfait journalier, de la participation forfaitaire et de la franchise médicale.

Spécificités :

- ▶ Pas d'application du dispositif du médecin traitant
- ▶ Panier de soins réduit : pas de prise en charge des cures thermales, de la procréation médicalement assistée, réduction du panier de soins pour les prothèses dentaires, acoustiques, oculaires et orthopédiques.

Validité :

1 an, renouvellement à faire 2 mois avant l'échéance

ACS : Aide pour une Complémentaire Santé

Conditions :

- ▶ Être en situation régulière
- ▶ Résider en France de façon stable depuis plus de 3 mois
- ▶ Percevoir des ressources ne dépassant pas de 35% le plafond d'attribution de la CMU-C

Donne droit à :

- ▶ Déduction annuelle (montant progressif en fonction de l'âge) sur votre cotisation à une complémentaire santé (mutuelle)
- ▶ Dispense d'avance des frais, pendant 18 mois, pour les soins médicaux effectués dans le cadre du parcours de soins coordonnés. La dispense de frais s'applique uniquement sur la part obligatoire.

Validité :

▶ 1 an, renouvellement à faire 2 mois avant l'échéance des droits

La Cramif organise mensuellement dans les locaux de la Direction de la Santé Publique une information collective pour les bénéficiaires de l'ACS.

De plus la permanence UFC, que choisir, peut informer les assurés sur les différentes mutuelles les premiers et troisièmes jeudis du mois, de 18h à 20h à la Boutique de quartier Vilette/4 Chemins, tél : 01.48.11.32.24

Plafond mensuel et annuel de ressources pour l'attribution de l'ACS au 1^{er} juillet 2013



Nombre de personnes composant le foyer	Mensuel	Annuel
1 personne	967 euros	11600 euros
2 personnes	1450 euros	17401 euros
3 personnes	1740 euros	20881 euros
4 personnes	2030 euros	24361 euros
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 386, 683euros	+4640,196 euros

Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME peuvent bénéficier de la **Tarifcation Solidarité Transport**, pour faire la demande, contacter le 0 800 948 999 (numéro gratuit depuis un poste fixe). Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS peuvent également bénéficier du Tarif de Première Nécessité (TPN), pour toute question à ce sujet, contacter le 0800 333 123 (numéro gratuit depuis un poste fixe)

Qu'est ce que le parcours de soins coordonnés ?

En choisissant un médecin traitant, l'assuré fait le choix d'un suivi médical coordonné et d'une prévention personnalisée. Le médecin traitant n'est pas que le spécialiste de 1^{er} recours de l'assuré puisqu'il :

- Coordonne ses soins et assure que son suivi médical est optimal
- L'oriente dans le parcours de soins coordonnés : il le met si besoin en relation avec d'autres praticiens généralistes ou spécialistes dits alors « médecins correspondants »
- Connaît et gère son dossier médical
- Assure une prévention personnalisée en fonction de son style de vie, âge, antécédents familiaux.

Quels avantages pour l'assuré ?

- Il est mieux soigné grâce au suivi coordonné
- En choisissant un médecin traitant déclaré et en le consultant en premier, le taux de remboursement des consultations est maintenu. En revanche, si l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant ou ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, l'assuré sera moins bien remboursé par l'Assurance Maladie lors d'une consultation.

Par exemple, une consultation chez un médecin généraliste conventionné exerçant en secteur 1 coûte 23 euros :

- S'il s'agit du médecin traitant déclaré, l'assuré est dans le parcours de soins coordonnés. L'assurance maladie rembourse **70%** du tarif de la consultation, moins 1 euro au titre de la participation forfaitaire, soit un remboursement de **15,10€**
- Si l'assuré n'a pas de médecin traitant déclaré, il est hors du parcours de soins coordonnés. L'assurance maladie ne rembourse que **30%** du tarif de la consultation, moins 1 euro au titre de la participation forfaitaire, soit un remboursement de **5,90€**

Situations particulières

- **Ophthalmologue, gynécologue, stomatologue** : si l'assuré a déclaré un médecin traitant, il peut consulter directement ces spécialistes, le taux habituel de remboursement est maintenu, le médecin spécialiste cochera la case « accès direct spécifique » sur la feuille de soins.
- **Psychiatre, neuropsychiatre** : même procédé seulement si l'assuré a entre **16 et 25 ans**.

Dérogations

En cas d'urgence, de médecin traitant absent, d'éloignement géographique du domicile habituel, l'assuré peut s'adresser au médecin de son choix, il sera remboursé normalement.

Les personnes dans les situations suivantes ne sont concernées ni par la déclaration du médecin traitant, ni par le parcours de soins coordonnés :

- Mineur de moins de 16 ans
- Bénéficiaire de l'Aide Médicale de l'Etat
- Etranger de passage sur le territoire français
- Affilié à une caisse de sécurité sociale des territoires d'outre Mer (TOM)

Chaque assuré social est libre de changer de médecin traitant. Il faut faire auprès de sa caisse d'Assurance Maladie une nouvelle déclaration de médecin traitant conjointement avec le nouveau médecin choisi.

Qu'est ce que le forfait hospitalier ?

Le forfait hospitalier représente la participation financière à la charge du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Ce forfait s'applique pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, il s'élève à :

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

Le forfait hospitalier peut être pris en charge par les mutuelles complémentaires

Exonération du forfait hospitalier dans les situations suivantes

- Femme enceinte hospitalisée pendant les quatre derniers mois de grossesse et pendant douze jours après l'accouchement.
- Bénéficiaires de la CMUC et de l'AME
- Titulaires d'une pension militaire, personnes hospitalisées à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.
- Enfant handicapé âgé de moins de 20 ans hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle.
- Enfant hospitalisé dans les 30 jours suivant sa naissance.

Que sont les franchises médicales ?

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

Cette franchise est plafonnée à 50€ par an.
Le montant de la franchise est de :

- 0,50 euro par boîte de médicaments
- 0,50 euro par acte paramédical
- 2 euros par transport sanitaire.

Non application de la franchise médicale pour :

- Bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME
- Enfants et jeunes de moins de 18 ans
- Femmes prises en charge dans le cadre de la maternité
- Titulaires d'une pension militaire d'invalidité, pour les soins délivrés gratuitement par l'Etat et nécessités par les infirmités donnant lieu à pension.