

SÉCURITÉ SOCIALE



**L'Assurance
Maladie**

ALLIER

AU FIL DE VOTRE VIE L'ASSURANCE MALADIE



édition
2017
2018

Vous et vos Droits



*Le Guide Rusé
de la CPAM*

ameli.fr



**l'Assurance
Maladie**



Votre budget est en mauvaise santé ? **L'ACS peut vous aider.**



Pas d'avance de frais
chez les professionnels de santé
ni de dépassement d'honoraires
chez le médecin.



Une aide pour payer
une complémentaire santé
ou une mutuelle.



Des tarifs avantageux
pour l'électricité et le gaz.

Renseignez-vous sur l'ACS auprès d'un conseiller.

ameli.fr

Sommaire

3 VOTRE VIE FAMILIALE

- 4 – Le mariage
Le Pacte civil de solidarité (Pacs)
Le concubinage
- 5 – L'arrivée d'un enfant
- 6 – Les étapes clés de vos démarches
avec la Caf et la CPAM
- 7 – Le congé maternité
- 8 – Le droit aux indemnités journalières
maternité
- 8 – Le congé de paternité et d'accueil
de l'enfant
- 9 – L'adoption
- 10– L'enfant de moins de 16 ans
- 10– L'enfant entre 16 et 20 ans
- 10– L'enfant de 20 ans ou plus, étudiant
- 11– Le divorce ou la séparation
- 11– La fin de vie d'un proche
- 11– La perte d'un proche
- 12– Le déménagement

13 VOTRE VIE PROFESSIONNELLE

- 14– L'apprenti ou le stagiaire
- 14– Le premier emploi
- 15– Le détachement professionnel
à l'étranger et l'expatriation
- 15– Le travail saisonnier
- 15– Le travailleur de nationalité étrangère
- 16– Le frontalier suisse
- 16– La cessation d'activité non salariée
- 17– Le licenciement, la fin de contrat
ou la démission
- 17– La création ou la reprise d'entreprise
- 18– Les droits en l'absence d'activité
salariée
- 18– Le volontariat civil ou militaire
- 18– La retraite

19 VOTRE SANTÉ

- 20– La maladie
- 22– L'hospitalisation
- 22– L'accident causé par un tiers
- 23– L'accident du travail
- 23– La maladie professionnelle
- 24– L'invalidité
- 24– Le handicap
- 24– Les soins à l'étranger

25 VOS REMBOURSEMENTS

- 26– Le médecin traitant et le parcours
de soins coordonnés
- 27– La carte Vitale
- 28– Les participations forfaitaires
et les franchises
- 29– Les aides pour vos dépenses de santé :
la CMUC, l'ACS et l'AME

32 LES MOTS CLÉS DE L'ASSURANCE MALADIE

! Informations
sous réserve
de modifications
réglementaires
ultérieures.





Entre nous



**MON COMPTE
SUR [AMELI.FR](https://ameli.fr),
C'EST AUSSI UNE
APPLICATION
POUR
SMARTPHONE**



VOUS ACCOMPAGNER AU RYTHME DE VOTRE VIE

Votre vie est rythmée par des événements personnels (arrivée d'un enfant, déménagement), professionnels (premier emploi, cessation d'activité, création d'entreprise, retraite). Elle peut être aussi ponctuée par des aléas (maladie, accident).

Pour vous accompagner dans ces moments, il y a l'Assurance Maladie.

Au fil de votre vie, ce guide vous propose des informations pratiques pour faciliter vos démarches.

N'hésitez pas à consulter également notre site ameli.fr et à ouvrir votre compte personnel.

Directeurs de la publication :

Yves Petit (01) – Sandra Auzannet Aubineau (03) – Pierre Duplatre (26)
Frédérique Miny (42) – Stéphan Di Iorio (43) – Christian Fabre (63)
Emmanuelle Lafoux (69) – Odile Pinero (73) – Sandrine Cabot (74)

Création et réalisation :

NH DESIGN / www.nicolashuguet.fr - 06 17 44 53 01

Crédits photos :

iStock / NH Design.

Impression :

Imaye graphic / Dépôt légal : déc. 2016

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce guide.





**Vous êtes perdu ?
N'ayez crainte,
et suivez le guide.**

Votre Vie Familiale





Votre Vie Familiale

LE MARIAGE, LE PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ (PACS), LE CONCUBINAGE

➤ Si vous et votre conjoint(e) ou votre concubin(e) exercez une activité salariée, vous êtes tous les deux assurés sociaux.

➤ Si l'un d'entre vous n'exerce pas d'activité salariée, il a droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel sous réserve de résider en France de manière stable et régulière.

A défaut d'activité professionnelle, toute personne peut bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé. Pour cela, elle doit justifier de son identité et d'une résidence stable et régulière.

On entend par résidence stable, une résidence ininterrompue sur le territoire français depuis plus de 3 mois.

Toute personne ressortissante d'un état hors Espace Economique Européen ou Suisse doit fournir un justificatif de la régularité de son séjour en France (titre de séjour, récépissé de demande de titre de séjour, convocation en préfecture...).



L'ARRIVÉE D'UN ENFANT

Vous devez déclarer votre grossesse au moyen du formulaire « premier examen prénatal » remis par le médecin ou la sage-femme.

Adressez-le dès que possible à votre organisme d'Assurance Maladie et à votre Caisse d'allocations familiales (Caf), au plus tard au cours de la 14^e semaine de grossesse afin que vos droits soient étudiés.

► Les indemnités journalières

Pour en bénéficier, vous devez justifier de 10 mois d'immatriculation à la date présumée d'accouchement et avoir effectué 150 heures de travail salarié au cours des 3 mois civils ou des 90 jours, ou avoir cotisé sur la base de 1015 fois le Smic horaires au cours des 6 mois qui précèdent la date présumée de début de grossesse ou la date du repos prénatal.

► Les remboursements

Du début de votre grossesse jusqu'à la fin du 5^e mois de grossesse, vos frais médicaux sont remboursés aux tarifs habituels. En revanche, les examens médicaux obligatoires dans le cadre du suivi de votre grossesse sont pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité, notamment :

- les consultations prénatales obligatoires (une avant la fin du 3^e mois de grossesse, puis une par mois à partir du 4^e mois de grossesse jusqu'à la date de l'accouchement),
- les séances de préparation à la naissance et à la parentalité,
- les examens biologiques complémentaires (y compris ceux du futur père).

3 examens échographiques sont remboursables au titre de l'Assurance Maladie :

- les 2 premières échographies réalisées avant la fin du 5^e mois de grossesse sont prises en charge à 70 %,
- à partir du 6^e mois de grossesse, la 3^e échographie est prise en charge à 100 %.

Si nécessaire, le caryotype fœtal et l'amniocentèse, qui pourraient vous être proposés pour la recherche de certaines maladies génétiques, sont pris en charge à 100 %.

Du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après la date réelle de votre accouchement, tous vos soins (honoraires médicaux et autres prestations) sont pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité, dans la limite des tarifs de l'Assurance Maladie. Les prestations réglées dans le cadre de l'assurance maternité sont dispensées de participation forfaitaire et de franchise à compter du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement.





LES ÉTAPES CLÉS DE VOS DÉMARCHES AVEC LA CAF ET LA CPAM

Je déclare ma grossesse dans les 14 premières semaines

CAF + CPAM
Mettre à jour carte Vitale pour 100 % maternité



Je prends mon congé maternité

CPAM / Revenu de remplacement
(sous réserve d'ouverture de droits)

Je reçois la prime de naissance dès la naissance de l'enfant

CAF
Prime Paje (sous condition de ressources)



Je déclare la naissance de mon enfant en envoyant un justificatif

CAF + CPAM / Paje mensuelle (prestation sous condition de ressources) + mettre à jour carte Vitale

Je prends mon congé paternité et d'accueil de l'enfant

CPAM / Revenu de remplacement (sous réserve d'ouverture de droits)

Je cesse ou je réduis mon activité professionnelle

CAF
Cica, Colca ou PreParE (prestation sous certaines conditions)

Je fais garder mon enfant par une assistante maternelle ou une garde à domicile

CAF
Cmg (sous condition de ressources)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET DÉMARCHES EN LIGNE SUR :

> **caf.fr**

Renseignements et formulaires Paje (Prestation d'accueil du jeune enfant), Cica ou Colca (Complément – optionnel – libre choix d'activité), PreParE (Prestation partagée d'éducation de l'enfant), Cmg (Complément mode de garde), déclaration de grossesse et de naissance en ligne.

> **mon-enfant.fr**

Recherche d'une structure d'accueil pour la garde de votre enfant (partenaire bénéficiant d'un soutien financier de la Caf) et estimation du coût de garde en crèche ou par une assistante maternelle agréée.

> **ameli.fr**

Consultation du dossier «Vous allez avoir un enfant» et téléchargement des guides maternité. Déclaration de naissance en ligne.



LE CONGÉ MATERNITÉ

Type de grossesse	Durée totale du congé (en semaines)	Période prénatale (en semaines)	Période postnatale (en semaines)
Naissance d'un enfant, portant à 1 ou 2 le nombre d'enfants à charge	16	6	10
L'assurée ou le ménage assume déjà la charge d'au moins 2 enfants ou l'assurée a déjà mis au monde au moins 2 enfants nés viables	26	8 (a)	18
Des jumeaux *	34	12 (b)	22
Des triplés * ou plus	46	24	22

* Quel que soit le nombre d'enfants à charge ou nés viables.

(a) Cette période peut être augmentée de 2 semaines au maximum, mais la période postnatale est réduite d'autant.

(b) Cette période peut être augmentée de 4 semaines au maximum mais la période postnatale est réduite d'autant.

Sous certaines conditions, un report de congé est possible. Il peut être de quelques jours à 3 semaines et vient augmenter d'autant la période postnatale.

Si votre état de santé le justifie, votre médecin peut vous prescrire 14 jours de repos avant le début de la période prénatale. C'est ce que l'on appelle le "repos pathologique".

❶ CAS PARTICULIERS

➤ **Accouchement prématuré**

La durée totale de votre congé maternité n'est pas réduite : les jours de repos non pris au titre du congé prénatal sont ajoutés au congé postnatal.

➤ **Enfant prématuré hospitalisé**

Lorsque l'accouchement intervient plus de 6 semaines avant la date initialement prévue et si votre enfant est hospitalisé dans un service de néonatalité ou de réanimation néonatale, vous pouvez bénéficier d'une période d'indemnisation supplémentaire.

Pour cela, adressez à votre caisse d'Assurance Maladie le bulletin d'hospitalisation de votre enfant.

➤ **Enfant hospitalisé au-delà de sa 6^e semaine**

Vous avez la possibilité de reprendre le travail puis d'utiliser le reliquat du congé postnatal à partir du jour où votre enfant quitte l'hôpital.

➤ **Enfant né sans vie**

En l'absence d'acte de naissance, seul un certificat médical indiquant que l'enfant était viable entraînera le prolongement du congé maternité.



LE DROIT AUX INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MATERNITÉ

L'indemnité journalière est calculée sur la base des 3 mois de salaire précédant votre repos prénatal si vous êtes salariée, ou précédant la date de rupture de votre contrat de travail si vous êtes au chômage. Dès le début de votre congé prénatal, si vous êtes en activité salariée, votre employeur fait parvenir à l'Assurance Maladie une attestation de salaire. Pensez à vérifier auprès de lui qu'il a bien effectué cette démarche. C'est sur la base des éléments portés sur cette attestation que l'Assurance Maladie détermine si vous pouvez bénéficier des indemnités journalières et en calcule le montant.

Si vous avez cessé votre activité depuis moins de 12 mois ou si vous percevez ou avez bénéficié au cours des 12 derniers mois d'une indemnisation par Pôle emploi, contactez votre caisse d'Assurance Maladie pour connaître vos droits aux indemnités journalières.

LE CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant a pour objet l'indemnisation d'un certain nombre de jours de congés pour :

- le père,
 - le conjoint de la mère,
 - la personne liée à elle par un Pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, dans les 4 mois qui suivent la naissance d'un enfant.
- Ce congé s'ajoute aux 3 jours de congés de naissance prévus par le droit du travail. Ce congé est de 11 jours (18 jours au plus en cas de naissance multiple). Il est non fractionnable. Le congé doit débiter avant l'expiration du délai de 4 mois à compter de la naissance de l'enfant et il peut se poursuivre au-delà des 4 mois. Vous devez informer par courrier

votre employeur de la date et de la durée du congé, 1 mois minimum avant la date choisie du début du congé. Renseignez-vous auprès de votre caisse d'Assurance Maladie pour connaître les formalités. Les conditions d'ouverture des droits et le calcul de l'indemnité journalière sont identiques à ceux retenus dans le cadre de la maternité.

❗ CAS PARTICULIERS

➤ **En cas d'hospitalisation de votre enfant à sa naissance :** vous pouvez demander le report du congé paternité et d'accueil de l'enfant à la fin de l'hospitalisation. Dans ce cas, le délai de 4 mois ne court qu'à compter de la sortie de l'enfant.

➤ **En cas de décès de la mère :** Vous pouvez bénéficier du congé maternité restant entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation. Vous pouvez également demander le report de votre congé paternité et d'accueil de l'enfant à la date de fin du congé maternité. Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ces dispositions, elles peuvent alors être appliquées au conjoint salarié de la mère ou à la personne liée par un Pacte ou vivant maritalement avec elle.

➤ **Enfant né sans vie :** vous pouvez bénéficier du congé paternité et d'accueil de l'enfant sous réserve de fournir à votre caisse d'Assurance Maladie la copie de l'acte d'enfant sans vie et un certificat médical attestant de la viabilité de l'enfant.



L'ADOPTION

Le congé d'adoption vous est accordé lorsqu'un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou un organisme d'adoption autorisé vous confie un enfant de moins de 15 ans en vue de son adoption.

➤ Vous et votre conjoint(e) êtes assurés sociaux

Règle générale : les parents, assurés d'un régime obligatoire, peuvent tous les deux avoir l'enfant de moins de 16 ans sur leur carte Vitale. Le rattachement à un seul des deux parents est également possible. La demande se fait avec le formulaire « *demande de rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents assurés* » (formulaire S3705 disponible sur ameli.fr).

➤ Vous êtes salarié

Vous pouvez prétendre à des indemnités journalières à partir de la date d'entrée de votre enfant au foyer (ou dans les 7 jours qui précèdent son arrivée) si :

- vous êtes immatriculé depuis 10 mois à la date de l'arrivée de l'enfant au foyer,
- vous avez effectué 150 heures de travail dans le trimestre qui précède le congé d'adoption.

Le repos débute à compter de l'arrivée de votre enfant au foyer au cours des 7 jours précédents. Les indemnités journalières peuvent être attribuées :

- aux assurés célibataires adoptants quel que soit leur sexe,
- par répartition entre les adoptants, le père et la mère. Dans ce cas, la durée du congé d'adoption est augmentée de 11 jours.



LA DURÉE D'INDEMNISATION

Nombre d'enfants adoptés	Enfants à charge après l'adoption	Durée du congé d'adoption (en semaines)
1 enfant	1 ou 2 enfants à charge	10
	Au moins 3 enfants à charge	18
Plusieurs enfants	Quel que soit le nombre d'enfants à charge	22



L'ENFANT DE MOINS DE 16 ANS

➤ **Règle générale** : les parents, assurés d'un régime obligatoire, peuvent tous les deux avoir l'enfant de moins de 16 ans sur leur carte Vitale.

Le rattachement à un seul des deux parents est également possible.

La demande est réalisée à l'aide du formulaire « *demande de rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents assurés* » (formulaire S3705 disponible sur ameli.fr).

Sur demande des parents, une carte Vitale peut être attribuée à l'enfant à partir de 12 ans.

L'ENFANT ENTRE 16 ET 20 ANS

➤ **L'enfant de 16 ans** : il reçoit sa propre carte Vitale comportant sa photo et son numéro d'immatriculation. Il peut bénéficier à titre personnel de la prise en charge de ses frais de santé. Il doit choisir un médecin traitant.

➤ **L'enfant entre 16 et 20 ans** : s'il poursuit ses études dans un établissement d'enseignement supérieur agréé relevant du régime étudiant, il bénéficie de la qualité d'assuré et relève de la sécurité sociale étudiante. Son dossier est géré par l'une des sections locales mutualistes étudiantes. Il n'a pas de cotisation étudiante à acquitter jusqu'à l'année de ses 20 ans.

Si ses parents relèvent du Régime Social des Indépendants (RSI), son dossier est géré jusqu'à ses 20 ans par cet organisme et non par une mutuelle étudiante.

S'il ne poursuit pas d'études et n'a pas d'activité professionnelle, il devient assuré en propre sous condition de résidence et reste géré par l'organisme qui lui servait les prestations auparavant. Il bénéficie ainsi à titre personnel des remboursements de ses soins.

S'il est scolarisé (hors études supérieures régime étudiant) et n'a pas d'activité professionnelle, il reste rattaché au régime de ses parents jusqu'à ses 18 ans.

L'ENFANT DE 20 ANS OU PLUS, ÉTUDIANT

(du 1^{er} septembre au 31 août de l'année suivante)

➤ **S'il est inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur agréé**, il entre dans un régime obligatoire étudiant. Dès son inscription administrative, il doit s'inscrire auprès d'une mutuelle étudiante et s'acquitter de sa cotisation. Cette inscription annuelle doit être réalisée à chaque rentrée universitaire, et ce, jusqu'à l'âge de 28 ans maximum.

➤ **S'il termine ou arrête ses études**, il devient assuré en propre sous condition de résidence.

LE DIVORCE, LA SÉPARATION OU LA RUPTURE DE PACS

- Si vous exercez une activité professionnelle, vous êtes pris en charge à ce titre par le régime de votre activité.
- Si vous n'exercez pas d'activité professionnelle, vous avez droit à la prise en charge de vos frais de santé à titre personnel, dès lors que vous résidez en France de manière stable et régulière.



LA FIN DE VIE D'UN PROCHE

Tout salarié peut bénéficier du congé de solidarité familiale pour assister un proche qui souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou qui est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable. Le congé est accordé pour une durée de 3 mois, renouvelable une fois (6 mois maximum). Pendant toute la durée du congé, le contrat de travail est suspendu et le salarié n'est pas rémunéré. Il est cependant possible de percevoir, sur une période de 21 jours maximum, l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

Pour bénéficier de ce congé, il vous suffit d'adresser à votre employeur une lettre recommandée avec avis de réception l'informant de votre demande. Joignez aussi un certificat médical établi par le médecin traitant de la personne que vous souhaitez assister. Pendant toute la durée du congé, vous continuez à bénéficier de vos droits à l'Assurance Maladie.

LA PERTE D'UN PROCHE

- Un capital décès peut être versé si la personne décédée :
 - exerçait une activité salariée,
 - ou percevait une indemnisation par Pôle emploi,
 - ou était titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail (taux d'incapacité d'au moins 66,66 %)
 - ou était en situation de maintien de droits.

Le versement est attribué aux bénéficiaires selon un ordre de priorité. Sont prioritaires les personnes qui, au jour du décès, étaient à la charge de l'assuré. Le montant du capital est forfaitaire et s'élève à 3 404 euros. Le capital décès n'est pas attribué automatiquement. Demandez à votre caisse d'Assurance Maladie un dossier de demande capital décès (*formulaire S3180 disponible sur ameli.fr*).

- La demande doit être faite dans un délai de 1 mois pour les bénéficiaires prioritaires et dans un délai de 2 ans pour les bénéficiaires non prioritaires.
- Si vous êtes bénéficiaire du capital décès, vous êtes couvert par l'Assurance Maladie, soit au titre de votre activité professionnelle, soit au titre de votre résidence stable et régulière en France.



Ordre légal de versement du capital décès pour les bénéficiaires à charge (bénéficiaires prioritaires) Ordre de versement s'il existe plusieurs bénéficiaires prioritaires

Conjoint ou partenaire auquel le défunt était lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs)	Même séparé de droit ou de fait ou partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) à la date du décès.
Enfants (y compris les enfants adoptifs, recueillis ou pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur)	Partage en autant de parts égales que d'enfants qui le demandent dans un délai d'un mois.
Ascendants (parents ou grands-parents)	Partage en autant de parts égales que d'ascendants qui le demandent dans un délai d'un mois.
Toute personne à charge totale, permanente et effective de l'assuré (concubin, collatéral, allié, cohabitant)	Partage en autant de parts égales que de personnes qui le demandent dans un délai d'un mois.

Ordre légal de versement du capital décès pour les bénéficiaires non prioritaires (à défaut de bénéficiaires prioritaires) Ordre de versement si tous les bénéficiaires sont non prioritaires

Conjoint ou partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs)	Non séparé de droit ou de fait ou partenaire auquel le défunt était lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) à la date du décès.
Descendants (enfants légitimes, naturels, reconnus, adoptifs)	Partage en autant de parts égales que de descendants qui le demandent dans un délai de 2 ans.
Ascendants (parents ou grands-parents)	Partage en autant de parts égales que d'ascendants qui le demandent dans un délai de 2 ans.

LE DÉMÉNAGEMENT

Vous devez déclarer (par Internet sur ameli.fr, par courrier...) votre nouvelle adresse à la caisse d'Assurance Maladie de votre département.
Mettez à jour votre carte Vitale dès confirmation par votre caisse que votre changement a été enregistré.



A man in a blue and white plaid shirt over a white t-shirt and blue jeans, standing on a large fox's head. He is holding a string attached to a small object hanging above him, looking up at it with his arms raised.

Quoi qu'il puisse arriver,
je veille sur vous
même au travail !

A large, detailed close-up of a fox's head, looking upwards and to the right. The fox has orange fur with white underparts and a black collar around its neck.

Votre Vie Professionnelle



Votre Vie Professionnelle

La mise en place de la Protection universelle maladie a supprimé les conditions de durée minimale de travail. Ainsi, dès lors que vous exercez une activité professionnelle, vous avez droit à la prise en charge de vos frais de santé sans rupture.

L'APPRENTI OU LE STAGIAIRE

➤ Vous êtes apprenti

Vous êtes considéré comme un salarié. Adressez à votre caisse d'Assurance Maladie :

- une copie de votre contrat d'apprentissage ou vos justificatifs de salaire,
- un Relevé d'identité bancaire (Rib),
- le formulaire de changement de situation complété (téléchargeable sur notre site ameli.fr).

➤ Vous êtes stagiaire

Il existe différents types de stages :

- de formation,
- d'insertion,
- dans le cadre des études.

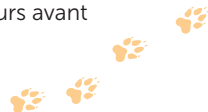
Tous n'offrent pas la même protection sociale. Renseignez-vous sur notre site ameli.fr ou auprès de votre caisse d'Assurance Maladie.

LE PREMIER EMPLOI

➤ S'il s'agit de votre premier emploi,

vos droits au remboursement de vos frais de santé sont ouverts immédiatement, sur présentation de votre contrat de travail ou bulletins de salaire.

Votre employeur doit transmettre à l'Urssaf (ou à la MSA pour les salariés agricoles) la « *Déclaration préalable à l'embauche* », au plus tôt 8 jours avant votre embauche.





De votre côté, présentez à votre caisse d'Assurance Maladie :

- vos justificatifs de salaire ou contrat,
- un Relevé d'identité bancaire (Rib),
- le formulaire de changement de situation complété (téléchargeable sur notre site ameli.fr).

➤ Si un numéro provisoire vous est attribué, informez votre employeur dès que le numéro définitif vous est communiqué.

LE DÉTACHEMENT PROFESSIONNEL À L'ÉTRANGER ET L'EXPATRIATION

➤ Vous êtes salarié d'une entreprise française et vous résidez en France. Pendant la durée de votre détachement, vous continuez de cotiser au régime français de Sécurité Sociale. Vous et votre famille bénéficiez de la protection sociale française.

➤ Vous êtes expatrié si :

- vous êtes recruté par une entreprise étrangère pour travailler à l'étranger,
- votre employeur vous a envoyé à l'étranger pour une durée limitée et n'a pas choisi le régime du détachement,
- la durée maximale de votre détachement est atteinte,
- vous partez vivre à l'étranger.

Vous dépendez alors du régime de Sécurité Sociale du pays où vous travaillez.

Pour continuer à bénéficier du régime de l'assurance maladie française, vous pouvez vous assurer auprès de la Caisse des Français de l'Étranger (BP 100 - 77950 Rubelles - 01 64 71 70 00).

LE TRAVAIL SAISONNIER

➤ Vous effectuez un travail saisonnier salarié : à ce titre, vous bénéficiez de la prise en charge de vos frais de santé sans condition de durée minimale d'activité.



LE TRAVAILLEUR DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE

➤ Si vous travaillez pour la première fois en France, votre employeur doit faire une demande d'immatriculation à l'aide de la Déclaration préalable à l'embauche. Pour cela, vous devez présenter à votre employeur :

- un justificatif d'identité et un extrait d'acte de naissance si vous êtes originaire d'un pays de l'Espace économique européen (EEE) ou de Suisse,
- un titre de séjour d'une validité supérieure à 3 mois si vous n'êtes pas originaire de l'EEE ou de Suisse.

➤ Fournissez également à votre caisse d'Assurance Maladie :

- un extrait d'acte de naissance, accompagné d'un titre de séjour en cours de validité si vous n'êtes pas originaire de l'EEE ou de Suisse,
- un justificatif d'état civil,
- un justificatif d'activité salariée,
- un Rib.

➤ Si vous n'avez pas d'activité salariale vos droits au remboursement des frais de santé sont soumis à une condition de résidence sur le territoire français au minimum de 3 mois.



LE FRONTALIER SUISSE

Les ressortissants communautaires qui travaillent en Suisse et qui résident en France bénéficient, dans le cadre des accords européens, d'un droit d'option entre le régime de sécurité sociale suisse et le régime français pour l'assurance maladie-maternité (prestations en nature). Ce droit d'option concerne également les titulaires de pensions ou rentes suisses.

A noter que les accidents du travail, les maladies professionnelles, l'invalidité ou la perte de gain (maladie et maternité) relèvent obligatoirement du régime général de sécurité sociale suisse ; ils ne sont pas concernés par le droit d'option.

Depuis le 1^{er} juin 2014, le droit d'option a évolué. La possibilité de choisir entre l'affiliation auprès de l'assurance maladie suisse ou française est maintenue, mais la possibilité de s'affilier en France auprès d'une assurance privée prend fin. L'affiliation en France se fera uniquement auprès de l'Assurance Maladie.



LA CESSATION D'ACTIVITÉ NON SALARIÉE

(Exploitant agricole, commerçant, artisan, profession indépendante...)

➤ Vous n'exercez aucune activité, vous restez affilié à votre régime de rattachement MSA ou RSI

➤ Vous reprenez une activité salariée, adressez à votre nouvelle caisse d'Assurance Maladie :

- le formulaire de changement de situation téléchargeable sur notre site ameli.fr
- les justificatifs de votre nouvelle activité (bulletins de salaire ou contrat travail)
- un Relevé d'identité bancaire (Rib).



+ D'INFOS

Pour plus d'informations sur votre affiliation, sur le calcul de vos cotisations et la prise en charge de vos soins, connectez-vous sur ameli.fr « Droits et démarches – rubrique A l'étranger ».



SOMMAIRE

- II- Ma Caisse d'Assurance Maladie
- III- Vous informer
- V- Vous accompagner
- VI- Prévention santé
- VII- Informations pratiques

MA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE



● UN SITE INTERNET **ameli.fr**

- Mon compte ameli
- Rubrique Votre caisse
- Je m'informe sur les droits et démarches, les services de CPAM.

● UNE APPLI MON COMPTE **AMELI MOBILE**

- Pour effectuer mes démarches, où que je sois, j'utilise mon compte ameli sur mobile ou tablette.
- Je crée mon compte et je suis mes remboursements en temps réel !

APPLI ANDROID SUR
Google play

Available on the
App Store



● POUR NOUS ÉCRIRE UNE SEULE ADRESSE :

CPAM DE L'ALLIER
9-11, RUE ACHILLE-ROCHE
03010 MOULINS CEDEX

● POUR NOUS JOINDRE UN SEUL NUMÉRO :

3646

Service 0,06 € / min
+ prix appel

du lundi au vendredi
de 8h à 17h30



NOUS RENCONTRER

ACCUEILS CPAM

Lundi, mercredi, jeudi et vendredi :
de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h
Mardi, de 10h à 12h30 et de 13h30 à 17h. Espace libre-service et accueil sur rendez-vous uniquement.

MOULINS

2 place Maréchal de Lattre de Tassigny

VICHY

18-20 avenue Victoria

MONTLUÇON

70-72 avenue de la République

COMMENTRY

Résidence Jean-Jacques Rousseau

Lundi, mercredi, jeudi et vendredi : de 9h à 12h et de 13h30 à 16h. Mardi : de 13h30 à 16h.

NOS AUTRES LIGNES DE CONTACTS

- sur www.ameli.fr
- vos démarches rapides sur mon Compte Assuré
- vos demandes formulées par mail, à partir de mon Compte Assuré (réponse sous 48h)

- vos demandes de renseignements généraux.

UN ESPACE LIBRE SERVICE

Chaque accueil est équipé d'un espace libre-service animé par un agent d'accueil et qui comporte :

- une **borne multi services** accessible avec le code de votre compte ameli
- des **ordinateurs en libre-service avec accès à ameli.fr**, Mon Compte Ameli, aux sites internet de la Caf, de Pôle Emploi, de la Carsat.
- une **imprimante** pour éditer les documents et scanner les justificatifs nécessaires à l'émission de votre carte Vitale.

ACCUEIL SUR RENDEZ-VOUS

La caisse de l'Allier a développé sur chaque site une offre de service attentionnée. Pour toute situation nécessitant un examen approfondi, un rendez-vous vous sera proposé pour vous accompagner dans vos démarches.

POINTS VISIO PUBLIC

Sans rendez vous, mardi et jeudi de 10h à 12h et de 14h à 16h30

La Cpm offre un service d'accueil de proximité et de qualité aux habitants des zones rurales. Le service est identique à celui offert dans les agences : étude des droits, indemnités journalières, aides individuelles, Cmu complémentaire, etc...

LE MONTET

Maison de service au public
1 Place du 8 mai
Du mardi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 18h00
www.bocagesud.weebly.com

LE MAYET DE MONTAGNE

Maison de service au public
26 rue Roger Dégoulange
Du lundi au jeudi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 ; Le vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 16h30
www.montagne-bourbonnaise-auvergne.com

GANNAT

Maison du Service et de la Solidarité
14-16 allée des tilleuls
Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 18h00
www.bassin-gannat.com

HURIEL

Maison de service au public
6 rue des Calaubys
Lundi 8h30-12h00 / 14h00-16h30
Mardi 8h00-12h00 / 13h00-17h00
Mercredi 8h00-12h00 / 14h00-16h00
Jeudi 8h00-12h00 / 14h00-17h00
Vendredi 9h00-12h00 / 14h00-18h00
www.cc-pays-hurriel.com

MARCIILLAT EN COMBRAILLE

Maison du Service et de la Solidarité
Place Pierre Bitard
Du mardi au samedi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30
www.comcom-marciillatcombraille.fr

LE DONJON

Maison de service au public
5, Le Plessis
Du mardi au jeudi de 8h30 à 12h30 et de 13h00 à 16h30
www.cc-donjonvallibre.fr

LAPALISSE

Maison de service au public
Boulevard de l'Hôtel de Ville
Mardi 8h00 à 12h00 / 13h30 à 17h30
Jeudi 8h00 à 12h30 / 13h30 à 17h30
Vendredi 8h00 à 12h30 / 13h30 à 16h30
www.cc-paysdelapalisse.fr

EBREUIL

Maison de service au public
21 allée du Chemin de fer
Les lundi, mardi et jeudi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00
Le mercredi de 9h00 à 11h00
Le vendredi de 9h00 à 12h30
www.cc-valdesioule.fr

MONTMARIAULT

ADEM - Maison de Service au public
7 rue de la République
Du lundi au jeudi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h15
Le vendredi de 8h30 à 12h30
www.comcom-montmariault.fr



ACCUEIL DU SERVICE MEDICAL

Moulins : 2 place Maréchal de Lattre de Tassigny

Vichy : 2, rue de Lisbonne

Montluçon : 70 - 72 av. de la République

ACCUEIL DU SERVICE SOCIAL

Vous avez des difficultés liées à votre santé (arrêt de travail, invalidité, hospitalisation) le service social de la Carsat vous accompagne dans vos démarches.

Moulins : 2 place Maréchal de Lattre de Tassigny

Vichy : Le Tivoli 18-20 avenue Victoria

Montluçon : 70-72 av. de la République

VOUS INFORMER

VOTRE LETTRE ÉLECTRONIQUE EN LIGNE

La Cpm vous propose une lettre électronique trimestrielle. Vous pouvez vous y abonner sous www.ameli.fr > votre caisse > en ce moment > votre lettre d'information

LES BORNES MULTI SERVICES

Disponibles en libre-service dans nos accueils, elles permettent, sans attendre

- de mettre à jour votre carte Vitale
- de consulter vos remboursements
- d'éditer des attestations : de droits, de versements d'indemnités journalières
- de demander une carte européenne d'Assurance Maladie
- d'obtenir divers formulaires : déclaration de changement de situation.



Moulins : borne dans l'entrée du bâtiment accessible de 7h à 19h du lundi au vendredi

Montluçon : borne en façade du bâtiment accessible 7j/7 24h/24.

LE CONCILIATEUR

Vous rencontrez des difficultés à déclarer votre médecin traitant ? Il vous est impossible d'obtenir un rendez-vous chez un spécialiste dans un délai raisonnable ? Vous êtes en situation de litige avec l'Assurance Maladie ?

Vous pouvez saisir le conciliateur de la Cpm en formulant votre demande

- par écrit à :

Cpm Allier / Conciliateur
9-11 rue Achille Roche
03010 Moulins Cedex

- ou par courriel :

conciliateur@cpam-moulins.cnams.fr

VOS SERVICES SUR www.ameli.fr

AVEC MON COMPTE AMELI, UN SERVICE GRATUIT : vous n'avez plus besoin de vous déplacer

Plus simple : en temps réel vous pouvez consulter le paiement de vos indemnités journalières, vos remboursements, le montant des franchises et des participations forfaitaires, éditer vos relevés de prestations et communiquer avec votre Cpm grâce à la messagerie intégrée.



Plus pratique : Vous commandez en ligne votre nouvelle carte Vitale, votre carte européenne d'Assurance Maladie, vos attestations de droits ou d'indemnités journalières. Vous mettez à jour vos coordonnées (changement d'adresse, de téléphone, etc.), vous transmettez vos justificatifs.

Des nouveautés : vous déclarez une naissance, vous commandez votre carte Vitale dès 12 ans.

Pour créer votre compte ameli : 3 possibilités

Vous demandez un code provisoire sur le site www.ameli.fr. A réception de celui-ci vous vous connectez sur le site muni de votre numéro de sécurité sociale et de votre code confidentiel, et vous retournez dans la rubrique j'ouvre mon compte **OU** vous demandez votre code auprès d'un agent d'accueil et votre code est créé immédiatement.

OU vous appelez le 3646

Votre compte est créé !



ET RETROUVEZ MON COMPTE AMELI SUR SMARTPHONE ET TABLETTE GRACE AUX APPLICATIONS MOBILES AMELI !

ANNUAIRE SANTÉ

Je m'informe avant de choisir un professionnel de santé ou un établissement de soins selon ses tarifs, les remboursements, les spécificités et actes pratiqués. Toutes les informations utiles sont dans une fiche pratique : tarifs, carte Vitale, secteur conventionnel...

AMELI.SANTE.FR

Site de l'Assurance Maladie dédié à la prévention et à la santé, il informe, conseille et aide les assurés sur les offres de prévention de l'Assurance Maladie.

VOUS ACCOMPAGNER

Des offres et des services en fonction de votre situation

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La couverture maladie universelle complémentaire (Cmuc)

Avec la Cmuc, les soins sont pris en charge à 100 % sans avance de frais, dans la limite des tarifs de remboursements de l'Assurance Maladie et dans le cadre du parcours de soins coordonné.

L'Aide pour une complémentaire santé (Acs)

Avec l'Acs, une partie de la cotisation annuelle à une complémentaire santé est prise en charge. Vous la recevez sous la forme d'un chèque que vous remettez à la complémentaire santé choisie.

Si le reste à payer est trop important la Cnam de l'Allier peut vous aider par une aide exceptionnelle. **Pour connaître les plafonds et les conditions, renseignez vous à l'accueil de la caisse primaire ou composez le 3646.** (service 0,06 €/min + prix appel).

LA PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

Votre état de santé ne vous permet pas de reprendre votre activité ?

Vous êtes en arrêt de travail ? Vous savez que vous ne pourrez pas reprendre votre travail ? Vous envisagez une reprise à temps partiel avec ou sans aménagement de poste compatible avec votre état de santé ?

Pour préparer votre retour à l'emploi,

- Prenez contact avec votre médecin traitant pour échanger sur la solution appropriée,
- Prenez rendez-vous avec votre médecin du travail pour une visite de pré-reprise.

Vous envisagez un bilan de compétences ou une formation, adressez à votre Cnam :

- une demande manuscrite d'autorisation de formation
- un certificat médical de votre médecin traitant précisant que votre état de santé vous permet de suivre cette formation
- le nom de l'organisme de formation et les dates de stage

Le service social de l'Assurance Maladie peut vous accompagner et faciliter vos démarches administratives.

PRADO

Vous êtes hospitalisé pour une maternité ? Une intervention orthopédique ?

L'Assurance Maladie vous propose un Programme de Retour à Domicile (PRADO). Ce service vous est présenté durant votre séjour à l'hôpital et après avis de l'équipe médicale qui vous suit. Un conseiller organise pour vous les premiers rendez-vous avec les professionnels de santé de votre choix ou proche de votre domicile.



Prado maternité :

Accompagnement après accouchement avec une sage-femme libérale dès le lendemain de votre retour à domicile pour vous et votre bébé.



Prado chirurgie programmée :

Accompagnement après une intervention en chirurgie orthopédique avec le médecin traitant, l'infirmière et/ou le kinésithérapeute.

SOPHIA

Service d'accompagnement pour les patients atteints de maladies chroniques



Les premiers assurés à l'expérimenter sont les diabétiques. Ils peuvent notamment bénéficier d'un accompagnement personnalisé par des infirmiers-conseillers en santé, qui se tiennent à leur disposition au téléphone pour répondre à leurs questions et relayer, entre autres, les recommandations de leur médecin traitant. Tout savoir sur ce service gratuit en appelant au **0811 709 709**.

PRÉVENTION SANTÉ

PRÉSERVER SA SANTÉ

Inscrivez-vous au coaching santé active pour préserver votre santé jour après jour en adoptant les bons réflexes.

3 programmes au choix avec conseils personnalisés, vidéos, jeux, astuces, exercices pratiques...



Nutrition Active :

apprendre à bien manger et à bouger.

Santé du Dos : adopter les bonnes postures.

Santé du Cœur :

renforcer la santé de son cœur et de ses artères.

Gratuit et accessible

depuis votre compte ameli, ce service est destiné aux assurés en bonne santé qui souhaitent le rester. Si vous avez des problèmes de santé, parlez-en simplement à votre médecin, il pourra vous conseiller sur les précautions à prendre.



Vérifiez la santé de vos dents régulièrement et particulièrement à des moments clés de votre vie.

Dès l'enfance :

L'Assurance maladie offre aux **enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, une consultation gratuite M'T dents chez le dentiste**. Si des soins sont nécessaires, ils sont remboursés à 100 % tels que traitement des caries ou des racines, radio, scellement des sillons, détartrage. **Les rendez-vous à 6 et 12 ans sont obligatoires.**

Pendant la grossesse :

L'Assurance Maladie propose aux **femmes enceintes** de bénéficier d'une **consultation gratuite M'T dents chez le dentiste** à compter du 4^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement.

Prises en charge non reçues ou perdues : imprimez-les depuis mon compte ameli>espace prévention ou contactez le 3646 (service 0,06€/min+prix appel)

Pensez à vos vaccins pour vous protéger et protéger aussi vos proches, en évitant de leur transmettre la maladie : rougeole, oreillons, rubéole (ROR).

Considérées à tort comme bénignes, ces 3 maladies sont pourtant des maladies virales contagieuses, douloureuses et responsables de complications parfois

graves aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Deux injections sont nécessaires pour être protégé.

La vaccination est la seule façon d'éliminer les risques pour l'enfant et son entourage. L'Assurance Maladie prend en charge le vaccin ROR à 100 % jusqu'à 17 ans.

Grippe saisonnière



La grippe saisonnière, qui apparaît chaque hiver, n'est pas une maladie anodine. Elle provoque des hospitalisations et des décès, principalement chez les personnes de plus de 65 ans ou atteintes de maladie chronique car l'organisme se

défend alors moins bien face aux infections.

La vaccination est le meilleur moyen de prévention contre la grippe saisonnière. C'est pourquoi **le vaccin est gratuit pour les personnes à risque**. Il faut compter environ 15 jours entre la vaccination et le moment où l'on est protégé. **Vous avez reçu la prise en charge, vous n'êtes pas encore vacciné(e), faites le rapidement !** Et n'oubliez pas les autres vaccins : tétanos-diphtérie-poliomyélite, coqueluche... **A tout âge, il est possible de mettre à jour ses vaccins. Pensez à faire le point avec votre médecin.**

Profitez des dépistages

Parlez-en à votre médecin.



Cancer du sein

1 femme sur 8 aura un cancer du sein, en majorité entre 50 et 74 ans. **Aujourd'hui, 9 femmes sur 10 guérissent grâce à un traitement précoce.** Si vous êtes une

femme entre 50 et 74 ans, **réalisez votre mammographie gratuite tous les 2 ans**. Cette mammographie bénéficie d'une double lecture par 2 radiologues différents, ce qui renforce la qualité de ce dépistage.



Cancer colorectal

C'est le 2^{ème} cancer le plus mortel car traité trop tardivement. Pourtant, détecté tôt, il peut être guéri dans 9 cas sur 10.

C'est pourquoi, hommes ou femmes, entre 50 et 74 ans, faites tous les 2 ans le test de dépistage. Ce test gratuit est à faire soi-même à la maison, il est indolore. Depuis 2015, le test est beaucoup plus simple, plus pratique et plus fiable.



Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus a régressé de moitié depuis 35 ans, notamment grâce au frottis. De 25 ans à 65 ans, c'est un frottis tous les trois ans, même en l'absence

de rapports sexuels ou après ménopause. Le frottis peut être réalisé par le médecin, le gynécologue ou la sage-femme (pour toutes les femmes, sans prescription médicale, enceintes ou non).

Tous les cancers ne se dépistent pas tôt, c'est pourquoi ces dépistages sont une chance. Dès que vous recevez une invitation de l'ABIDEC pour ces dépistages, réalisez-les ! **Pour plus d'informations, contactez l'ABIDEC : 04 70 20 09 03 ou contact@abidec03.fr**

Vous souhaitez arrêter de fumer et vous avez besoin d'aide.

L'Assurance Maladie prend en charge, sur prescription, les traitements par **substituts nicotiniques** (patch, gomme, pastille, inhalateur...) à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire. Pour les femmes enceintes, les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMUc et les patients en ALD cancer, ce montant est de 150 €. Les médecins, les sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes peuvent prescrire ces substituts nicotiniques.

Bénéficiez d'un bilan de santé pour faire le point sur votre santé

Vous avez plus de 16 ans, vous êtes affilié à la Caisse primaire d'Assurance Maladie de l'Allier, vous pouvez bénéficier gratuitement d'un bilan de santé personnalisé réalisé par l'ISBA.

Les personnes en situation de précarité, ayant des difficultés d'accès aux soins

et à la prévention sont prioritaires.

Contactez l'Institut Santé Bourgogne Auvergne ISBA : 04 70 48 44 37 ou isbamoulin@isbasante.com

INFORMATIONS PRATIQUES

VOTRE SITUATION CHANGE ?

L'Assurance Maladie a besoin de connaître votre situation exacte pour vous garantir une meilleure prise en charge. Pensez à l'informer au plus tôt des changements : de nom, de situation familiale, en cas de déménagement, de changement de médecin traitant. Pensez à le signaler grâce à votre compte ameli.

CARTE VITALE

Présentez systématiquement votre carte Vitale aux professionnels de santé ! Vous serez remboursé(e) en 5 jours. En cas d'oubli, transmettez votre feuille de soins correctement remplie à votre caisse d'Assurance Maladie.

ARRÊT DE TRAVAIL

Les règles à respecter

Adressez votre avis d'arrêt de travail à la Cnam ainsi qu'à votre employeur dans un délai de 48 heures. Ne rectifiez en aucun cas les informations indiquées par votre médecin.

Abstenez-vous de toute activité, rémunérée ou bénévole pendant votre arrêt de travail.

Respectez les horaires de repos obligatoires soit de 9h à 11h et de 14h à 16h si les sorties sont autorisées. Le médecin peut également interdire les sorties.

Demandez l'autorisation à votre caisse de quitter le département pendant votre arrêt en motivant votre demande 15 jours avant et en indiquant les dates et le lieu de votre séjour.

Adressez-vous à votre médecin traitant (ou au même médecin qui a prescrit l'arrêt initial) en cas de prolongation de votre arrêt de travail.

L'Assurance Maladie pourra contrôler votre présence à votre domicile pendant les horaires de repos obligatoires (à l'exception de soins ou d'examen médicaux).

FRAIS DE TRANSPORT : UNE PRISE EN CHARGE ENCADRÉE



Votre médecin, qu'il exerce en ville, en clinique ou à l'hôpital, connaît votre état de santé et les règles qui encadrent la prise en charge des transports médicaux par l'Assurance Maladie.

Lui seul décide donc

d'établir ou non une prescription médicale de transport. Dans le cadre d'un transport remboursé, si vous ne présentez pas au préalable une prescription médicale de transport (sauf urgence médicale), le transporteur sanitaire ou le taxi conventionné auquel vous faites appel ne doit pas accepter.

PAYEZ VOS DETTES EN LIGNE

Vous avez reçu un courrier de votre caisse vous demandant de régler une somme ?

Rendez-vous sur la page locale ameli de la caisse de l'Allier, cliquez sur « payer en ligne » et laissez-vous guider.

CONTRÔLES-FRAUDES

La caisse de l'Allier agit



ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS

Vous avez été victime d'un accident mettant en cause une autre personne ?

Déclarez le tout de suite à votre caisse primaire, par courrier, par courriel ou par téléphone.



LA DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS

Vous pouvez bénéficier du tiers payant dans les situations suivantes :

- Soins dispensés aux bénéficiaires d'une affection de longue durée
- Soins pris en charge à 100 % pour une exonération maternité
- Bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS)
- Bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale de l'État (AME)
- Soins dispensés par le médecin de garde dans le cadre de la permanence des soins
- Soins en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle.

A la pharmacie, le tiers-payant est réservé aux patients qui acceptent les médicaments génériques.

Le professionnel de santé a l'obligation de pratiquer le tiers payant sous réserve de présenter la carte Vitale à jour.



LE LICENCIEMENT, LA FIN DE CONTRAT OU LA DÉMISSION

➤ Si vous percevez des indemnités de Pôle emploi, vos frais de santé sont remboursés pendant toute la durée du versement de vos allocations.

A la fin de vos droits à indemnisation par Pôle emploi, vos frais de santé continuent à être remboursés, dès lors que vous résidez en France de manière stable et régulière.

➤ Si vous ne percevez pas d'indemnités de Pôle emploi, pour le remboursement de vos frais de santé, vous relevez de l'organisme auquel vous étiez précédemment rattaché sous réserve de résidence stable et régulière en France.



LA CRÉATION OU LA REPRISE D'ENTREPRISE

➤ Vous étiez salarié ou chômeur indemnisé

Vous êtes assuré dès votre inscription au centre de formalités des entreprises (Chambre de métiers, Chambre de commerce, Urssaf...) :

- soit au régime des salariés si vous êtes gérant associé minoritaire ou égalitaire rémunéré de SARL ou PDG de SA,
- soit au Régime Social des Indépendants (RSI) dans les autres cas.

Pour vos déclarations sociales, consultez le site net-entreprises.fr





LES DROITS EN L'ABSENCE D'ACTIVITÉ SALARIÉE

- Vous ne poursuivez pas d'études supérieures,
- vous ne bénéficiez d'aucune allocation de chômage (Pôle emploi),
- vous n'êtes pas à la recherche d'un emploi après une indemnisation par Pôle emploi.

➤ Vous avez moins de 25 ans

Vous pouvez peut-être bénéficier du Revenu de Solidarité Active (RSA) si vous avez travaillé au moins 2 ans au cours des 3 dernières années ou si vous avez un enfant à charge.

Pour connaître précisément les conditions de ressources, rendez-vous sur caf.fr ou contactez votre Caf.

➤ Vous avez 25 ans et plus

Sous conditions de ressources, vous pouvez bénéficier du RSA. Pour en savoir plus, rendez-vous sur caf.fr ou adressez-vous à votre Caf. Vous êtes affilié à votre précédent régime de rattachement pour la couverture de vos soins sous réserve de résidence stable et régulière en France.

LE VOLONTARIAT CIVIL OU MILITAIRE

➤ Volontariat civil

S'il est effectué en France, vous et vos ayants droit bénéficiez de la prise en charge par l'Assurance Maladie de vos frais médicaux maladie, maternité, invalidité et de la couverture accident du travail, maladies professionnelles.

➤ Volontariat militaire

Pendant cette période, votre couverture sociale ainsi que celle de vos ayants droit, est assurée par la caisse militaire de sécurité sociale.



LA RETRAITE

➤ Votre situation de retraité vous permet de continuer à bénéficier de la couverture sociale.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnavts) signale votre changement de situation directement auprès de votre caisse d'Assurance Maladie. Vous n'avez aucune démarche à faire. Pensez à mettre votre carte Vitale à jour.

➤ Vous avez cotisé à plusieurs caisses (Carsat, MSA, RSI).

Retirez alors un formulaire unique de demande de retraite personnelle et déposez-le auprès de votre dernier régime d'affiliation qui se charge de le transmettre aux autres régimes. Pensez également à contacter vos caisses de retraite complémentaire pour déposer une demande de retraite personnelle.



Ne vous inquiétez pas,
je prends soin de vous
et vous accompagne
dans vos démarches.

Votre
Santé





Votre Santé

LA MALADIE

➤ Votre état de santé nécessite des soins

Vous consultez votre médecin traitant qui vous dirige éventuellement vers un médecin spécialiste.

Sur présentation de votre carte Vitale à jour, votre médecin établit une feuille de soins électronique qu'il transmet à votre organisme d'Assurance Maladie.

Vous réglez les honoraires et vous êtes remboursé directement sur votre compte bancaire sous 5 jours ouvrés.

Si toutefois votre médecin n'accepte pas la carte Vitale, vous devez compléter et signer votre feuille de soins papier et la transmettre à votre organisme d'Assurance Maladie.

➤ Si vous êtes atteint d'une Affection de Longue Durée (ALD), votre médecin traitant doit établir un protocole de soins. Après accord de l'Assurance Maladie, les soins et les examens médicaux concernant cette maladie seront pris en charge à 100 % dans la limite des tarifs conventionnels.

➤ Votre état de santé nécessite un arrêt de travail

Votre médecin vous délivre un avis d'arrêt de travail comportant 3 feuillets que vous devez compléter avant de les envoyer :

- les feuillets n° 1 et 2, sous pli confidentiel, dans les 48h, à l'attention du médecin conseil de votre caisse d'Assurance Maladie,
- le feuillet n° 3 à votre employeur ou à Pôle emploi.



D'INFOS

Vous risquez de ne pas pouvoir reprendre votre emploi en raison de votre état de santé, suite à une maladie, un accident du travail ou une maladie professionnelle ? Le service social de l'Assurance Maladie peut vous aider à anticiper cette situation.

Votre médecin peut également transmettre en ligne à votre caisse les volets 1 et 2 de votre avis d'arrêt de travail. Votre prolongation d'arrêt de travail doit être prescrite par le médecin qui vous a délivré l'avis d'arrêt initial ou par votre médecin traitant, sauf cas particulier (absence du praticien par exemple).

- **Vous percevez des indemnités journalières** à compter du 4^e jour d'arrêt de travail, si vous avez travaillé ou cotisé :
- pour un arrêt de travail inférieur à 6 mois :
 - > 150 heures au cours des 3 mois civils ou au cours des 90 jours consécutifs qui précèdent la date du dernier jour de travail effectif,
 - > au moins 1015 fois le montant du Smic horaire sur les 6 derniers mois civils.
 - pour un arrêt de travail supérieur à 6 mois :
 - > 600 heures au cours des 12 mois civils ou 365 jours,
 - > au moins 2030 fois le montant du Smic horaire sur les 12 derniers mois civils.

Le montant des indemnités correspond à 50 % de votre gain journalier brut dans la limite d'un plafond fixé par le ministère de la santé.

Si vous avez 3 enfants à charge ou plus, l'indemnité journalière est majorée à compter du 31^e jour consécutif d'arrêt. Pour déclencher le paiement de vos indemnités journalières, demandez à votre employeur de transmettre rapidement votre attestation de salaire à la caisse d'Assurance Maladie.

❗ CAS PARTICULIERS

➤ **Vous êtes inactif depuis moins de 12 mois**, vous bénéficiez ou avez bénéficié au cours des 12 derniers mois d'une indemnisation par Pôle emploi. Dès le début de votre repos, transmettez vos bulletins de salaire des 4 mois précédant le chômage ainsi que les attestations récapitulatives d'indemnisation de Pôle emploi.

➤ **Si vous êtes dans une autre situation** (intérimaire, saisonnier, VRP, intermittent du spectacle...), la législation est différente. Contactez votre caisse d'Assurance Maladie pour connaître vos droits.



+ D'INFOS

En arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, si votre médecin vous autorise à sortir, vous devez impérativement être présent à votre domicile de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures (y compris les week-ends et jours fériés). Vous n'êtes pas autorisé à quitter votre département sans l'accord de votre caisse.





L'HOSPITALISATION

Vous devez impérativement présenter votre carte Vitale à jour au bureau des entrées. Si vous exercez une activité professionnelle, vous devez avertir votre employeur ou Pôle Emploi et votre caisse d'Assurance Maladie en leur faisant parvenir, dans un délai de 48 heures, un bulletin d'hospitalisation remis par le bureau des entrées. Ce bulletin d'hospitalisation sert d'avis d'arrêt de travail. Si un autre avis d'arrêt de travail vous est remis lors de votre sortie, vous devez le transmettre à votre employeur et à votre caisse d'Assurance Maladie dans les mêmes délais.



➤ Le forfait journalier hospitalier

Il représente une contribution aux frais d'hébergement et d'entretien qui restent à votre charge en cas d'hospitalisation complète. Il n'est pas facturable pour :

- les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse,
- un séjour pour accouchement (prise en charge à hauteur de 12 jours maximum et en totalité en cas de césarienne),
- les nouveau-nés hospitalisés dans les 30 premiers jours suivant la naissance,
- les prématurés,
- les enfants de moins de 20 ans hébergés en établissement d'éducation spéciale ou professionnelle,
- l'hospitalisation à domicile,
- les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- les bénéficiaires d'une pension militaire,

- les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) et de l'Aide Médicale de l'État (AME),
- les donneurs d'éléments et produits du corps humain.



D'INFOS

Une prescription médicale doit être établie avant un transport. Le transporteur peut proposer un co-voiturage avec d'autres patients en assurant un détour minimum par rapport au trajet direct.

L'ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

➤ Vous êtes victime d'un accident qui engage la responsabilité d'une autre personne.

Vous devez le déclarer par courrier ou par téléphone au 3646 (service 0,06 euros/min + prix appel) à votre caisse d'Assurance Maladie dans les 15 jours qui suivent. Pensez à en informer votre médecin et les autres professionnels de santé afin qu'ils l'indiquent sur votre dossier. Votre caisse d'Assurance Maladie pourra alors récupérer, auprès du responsable de l'accident ou de son assureur, les frais engagés pour vos soins. Cela n'a aucune incidence sur les montants et délais de vos remboursements.



L'ACCIDENT DU TRAVAIL

Un accident du travail est un accident qui survient sur votre lieu de travail ou à l'occasion d'un trajet en rapport avec votre travail.

Vous devez en informer votre employeur dans la journée ou au plus tard dans les 24 heures suivant l'accident. Votre employeur est tenu de le déclarer à votre caisse d'Assurance Maladie dans les 48 heures. Il vous remet une feuille d'accident vous permettant de bénéficier, sans avance des frais, d'un remboursement à 100 % des frais médicaux liés à cet accident (dans la limite du tarif de base de l'Assurance Maladie).

Vous devez également consulter rapidement un médecin qui établira un certificat médical initial. À réception de la déclaration et du certificat médical, votre caisse d'Assurance Maladie dispose d'un délai de 1 à 3 mois pour se prononcer sur le caractère professionnel de l'accident.

LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Une maladie professionnelle est une conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque lié à l'exercice habituel de votre profession. Si vous êtes dans ce cas, vous devez fournir à l'Assurance Maladie un certificat médical établissant un lien avec votre activité professionnelle. Votre caisse vous transmet en retour une déclaration de maladie professionnelle qu'il vous appartient de compléter. C'est seulement à réception de ces 2 documents que débutent les investigations par votre caisse. Elle procède à la recherche des liens de la maladie avec le travail et sollicite l'avis du service médical. L'Assurance Maladie dispose de 3 à 6 mois pour se prononcer sur votre maladie professionnelle.

La prise en charge est la même qu'au titre d'un accident du travail ; vous recevez donc une feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle ; elle vous évite l'avance des frais liés à cette maladie.





L'INVALIDITÉ

➤ Vous pouvez percevoir une pension si vous remplissez toutes les conditions suivantes :

- votre capacité de travail ou de revenus est réduite d'au moins 2/3 à la suite d'un accident ou d'une maladie non professionnelle,
- vous êtes immatriculé depuis au moins 12 mois au moment de l'arrêt de travail ou de la constatation médicale de l'invalidité,
- vous devez avoir travaillé ou cotisé au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail ou la constatation médicale de l'invalidité :
 - > 600 heures au cours des 12 mois civils ou 365 jours,
 - > au moins 2030 fois le montant du Smic horaire sur les 12 derniers mois civils.

L'attribution d'une pension d'invalidité entraîne, pour le seul pensionné, l'exonération du ticket modérateur. Vous devez obligatoirement signer et retourner la déclaration de ressources que vous adresse régulièrement le service invalidité.



LE HANDICAP

L'Assurance Maladie peut prendre en charge, sur prescription médicale et dans la limite des montants fixés par l'État, les frais de prothèse, de chaussures orthopédiques, de fauteuil roulant... Dans le cas de soins à domicile, l'Assurance Maladie prend en charge tout ou partie de vos soins (soins infirmiers, toilette...) et de vos séances de kinésithérapie fonctionnelle.

LES SOINS À L'ÉTRANGER

➤ Vous vous rendez en Suisse ou dans un des pays de l'Espace économique européen : la Carte Européenne d'Assurance Maladie vous assure la prise en charge de vos soins sur votre lieu de séjour. Commandez-la 15 jours avant votre départ, sur ameli.fr, aux bornes multi-services de votre caisse d'Assurance Maladie.

➤ Pour tous les autres pays, la prise en charge éventuelle s'effectuera sur la base et aux taux des tarifs français, sur présentation des factures détaillées et acquittées.

Certains pays ont passé une convention avec la France. Renseignez-vous auprès de votre caisse d'Assurance Maladie.



+ D'INFOS

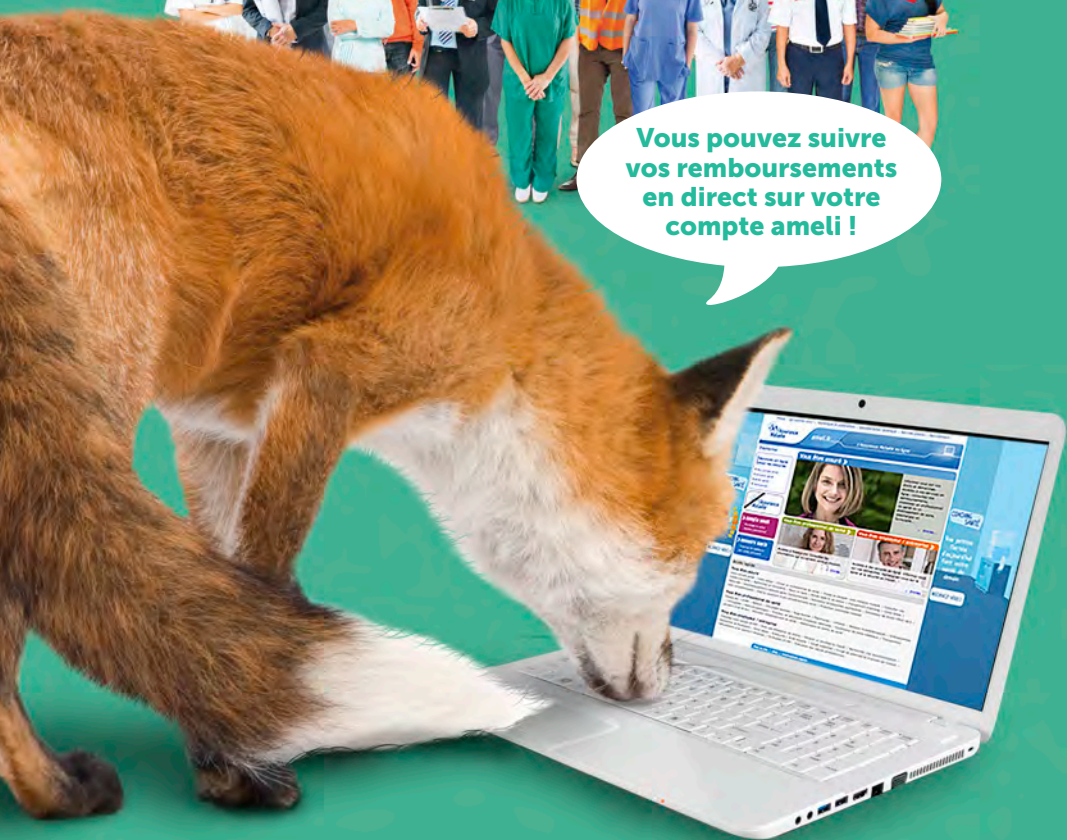
La Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) est une carte individuelle, valable 2 ans. Chaque membre de la famille doit avoir la sienne.



Vos Remboursements



**Vous pouvez suivre
vos remboursements
en direct sur votre
compte ameli !**





Vos Remboursements

LE MÉDECIN TRAITANT ET LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Un suivi médical coordonné par le médecin qui vous connaît vous permet d'être mieux soigné et mieux orienté vers les soins adaptés à votre état de santé. Cette vision d'ensemble évite également des consultations ou examens inutiles et coûteux.

➤ **Votre parcours de soins coordonnés commence chez le médecin traitant.**

Choisissez un médecin traitant pour vous soigner en première intention et vous aider à vous orienter vers les soins dont vous avez besoin. Dès l'âge de 16 ans, la déclaration de médecin traitant s'effectue directement auprès du médecin de votre choix ; ce dernier remplit le formulaire papier ou en ligne à l'occasion de votre consultation. Il peut vous proposer d'effectuer cette déclaration directement à votre caisse par Internet ou bien vous

remettre le formulaire rempli et signé par vos soins, à transmettre ensuite à votre caisse d'Assurance Maladie. Pivot du dispositif, c'est lui qui estime si l'intervention d'un confrère (médecin généraliste, spécialiste ou hospitalier) est utile. En respectant le parcours de soins, vous bénéficiez des meilleures conditions de remboursement.



+ D'INFOS

Pour trouver l'adresse du professionnel de santé de votre choix, savoir s'il accepte la carte Vitale, connaître ses tarifs et les taux de remboursement, consultez l'annuaire santé d'ameli.fr ou appelez le 3646 (0,06 euros/min + prix appel)



LA CARTE VITALE

Cette carte électronique d'assuré social contient les renseignements administratifs attestant des droits à l'assurance maladie. Elle doit systématiquement être présentée dans les établissements de soins et aux professionnels de santé consultés (médecin, pharmacien...).

➤ La mise à jour de votre carte Vitale, un réflexe indispensable à adopter :

- au moins une fois par an,
- à chaque changement de situation personnelle ou professionnelle, de modification d'état civil,
- en cas de déménagement,
- à la demande de l'Assurance Maladie après examen de vos droits.

Vous pouvez la mettre à jour sur une des bornes multi-services à disposition dans les points d'accueil de l'Assurance Maladie ou dans la plupart des pharmacies. À défaut de mise à jour, vous risquez de ne pas bénéficier de tous vos droits à l'Assurance Maladie et vous ne serez pas remboursé sous 5 jours ouvrés (hors délais bancaires) de vos frais médicaux.

➤ Conservez votre carte Vitale en permanence avec vous et présentez-la à chaque professionnel de santé.

En cas de perte ou de vol d'une carte Vitale, prévenez immédiatement votre caisse d'Assurance Maladie.

❗ CAS PARTICULIERS

➤ Vous êtes toujours dans le parcours de soins si vous consultez un médecin spécialiste dans les cas suivants :

- dans le cadre d'un protocole de soins établi pour une Affection de Longue Durée (ALD),
- si ce médecin spécialiste vous suit dans le cadre d'une maladie chronique,
- pour une consultation de contrôle,
- dans le cadre d'une séquence de soins en concertation avec votre médecin traitant.

➤ Des exceptions permettent de déroger au parcours de soins coordonnés :

- en cas d'urgence,
- en cas d'éloignement de votre domicile (déplacement, vacances...),
- pour les spécialistes en accès direct :
 - > **ophtalmologie** : prescription et renouvellement de verres correcteurs, dépistage et suivi du glaucome,
 - > **gynécologie** : contraception, suivi de grossesse, dépistages périodiques et interruption volontaire de grossesse médicamenteuse,
 - > **psychiatrie ou neuropsychiatrie** : pour les soins prodigués aux patients de moins de 26 ans,
 - > **stomatologie** : pour certains soins uniquement (exemple : extractions dentaires), dans le cadre d'un protocole de soins ou pour des soins répétitifs.

Lorsque votre médecin traitant est absent ou indisponible, son remplaçant est considéré comme votre médecin traitant.



**+
D'INFOS**

Dès l'âge de 12 ans, votre enfant peut disposer de sa carte Vitale. Faites-en la demande depuis votre compte personnel sur ameli.fr



MIEUX COMPRENDRE LA PARTICIPATION FORFAITAIRE ET LA FRANCHISE MÉDICALE

	Participation forfaitaire	Franchise médicale
Sur quoi ?	• toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste, • lors d'examens de radiologie, • lors d'analyses de biologie médicale.	• les médicaments, • les actes paramédicaux (réalisés par un infirmier, un masseur-kinésithérapeute...), • les transports sanitaires.
Combien ?	1 € par acte ou consultation	• 0,50 € par boîte de médicament ou toute autre unité de conditionnement (flacon...), • 0,50 € par acte paramédical, • 2 € par transport sanitaire.
Quel plafond journalier ?	4 € par jour pour un même professionnel de santé	• 2 € par jour pour un même professionnel de santé, • 4 € par jour pour un même transporteur.
Quel plafond annuel ?	50 € par an par personne	50 € par an par personne.
Qui est concerné ?	Toutes les personnes sont concernées par la participation forfaitaire et la franchise médicale sauf : - les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, - les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale Etat (AME). - les femmes enceintes dès le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement.	
Quel fonctionnement ?	Les participations forfaitaires et les franchises médicales sont déduites automatiquement du montant de vos remboursements : - si vous avez réglé vos soins ou vos médicaments : la retenue est déduite directement sur votre remboursement. - si vous n'avez pas fait l'avance des frais pour vos soins ou vos médicaments : la retenue est différée.	



+ D'INFOS

Si vous avez bénéficié du tiers payant, ces retenues s'appliqueront sur vos prochains remboursements.



LES AIDES POUR VOS DÉPENSES DE SANTÉ : LA CMUC, L'ACS ET L'AME

➤ La CMUC

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire est gratuite. Elle prend en charge le ticket modérateur sur la base des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie. Elle offre des tarifs préférentiels pour certaines prestations telles que l'optique, les prothèses dentaires ou auditives et l'orthodontie. Avec la CMUC, les soins sont pris en charge à 100 %, sans avance des frais, dans la limite des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie et dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Pour bénéficier du tiers payant sur la base des tarifs conventionnels, présentez votre carte Vitale ou l'attestation papier à tous les professionnels de santé que vous consultez. Vous n'avez pas à faire l'avance des frais liés aux soins (y compris le ticket modérateur).



**+
D'INFOS**

Pensez à déclarer un médecin traitant à votre caisse d'Assurance Maladie soit à l'aide du formulaire de « déclaration de choix du médecin traitant » que vous aurez rempli avec lui, soit par Internet si votre médecin vous le propose et avec votre accord.

La CMUC est attribuée par votre caisse d'Assurance Maladie pour 1 an, après étude de votre dossier. À l'issue de cette période, ce droit peut être renouvelé à votre demande 2 mois avant l'échéance.

Pour bénéficier de la CMUC, vous devez remplir les conditions suivantes :

- résider en France depuis plus de 3 mois,
- être en situation régulière,
- avoir des ressources mensuelles inférieures à un certain montant.

Vos ressources ne doivent pas dépasser le plafond en vigueur, établi selon la composition du foyer du demandeur (cf. tableau p.31). Les ressources de toutes natures, y compris celles des personnes à charge âgées de moins de 25 ans, perçues au cours des 12 mois précédant la demande, sont prises en compte dans le calcul.

La complémentaire gratuite est gérée soit par votre caisse d'Assurance Maladie, soit par un organisme complémentaire faisant partie du dispositif CMUC. C'est à vous de choisir cette complémentaire.

Vous pouvez déposer une demande, même si vous êtes déjà adhérent d'un contrat complémentaire santé. Si vous êtes bénéficiaire du Revenu de Solidarité Active (RSA), adressez-vous à votre caisse d'Assurance Maladie pour examen de votre demande.

➤ L'ACS

Avec l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé, une partie de la cotisation annuelle à une complémentaire santé est prise en charge. Cette aide prend la forme d'un chèque que vous devez remettre à l'organisme choisi parmi une liste de contrats sélectionnés.

Le montant de l'aide varie selon votre âge :

- 100 euros (moins de 16 ans),
- 200 euros (entre 16 et 49 ans),
- 350 euros (entre 50 et 59 ans),
- 550 euros (60 ans et plus).



L'ACS permet de bénéficier de tarifs sans dépassements d'honoraires et de ne pas faire l'avance des frais pour les dépenses de soins prises en charge par l'Assurance Maladie et l'organisme complémentaire, dans le cadre du parcours de soins coordonnés. L'ACS est accordée pour 1 an et son renouvellement n'est pas automatique. Une nouvelle demande doit être établie 2 mois avant la date d'échéance du contrat de la complémentaire en cours. Pour vous aider dans vos démarches, consultez le site info-acs.fr



+ D'INFOS

Si vous bénéficiez de la Couverture maladie complémentaire (CMUC) ou de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), vous êtes exonéré de la participation forfaitaire et des franchises, et vous bénéficiez de tarifs réduits sur votre facture de gaz ou d'électricité.



+ D'INFOS

Sur ameli.fr, utilisez le simulateur de droits à une aide au paiement d'une complémentaire santé pour savoir si vous pouvez en bénéficier.

➤ L'AME

Si vous êtes en situation irrégulière, résidant en France depuis plus de 3 mois, vous pouvez demander l'Aide Médicale de l'Etat (AME) auprès de la caisse d'Assurance Maladie de votre département. Ce droit est accordé pour 1 an et est soumis à conditions de ressources.

Composition du foyer	Ressources maximales annuelles pour la CMUC (en euros) Depuis le 1 ^{er} avril 2016	Ressources maximales annuelles pour l'ACS (en euros) Depuis le 1 ^{er} avril 2016
1 personne	8 653	11 682
2 personnes	12 980	17 523
3 personnes	15 576	21 027
4 personnes	18 172	24 532
À partir de 5 personnes	+ 3 461 (par personne supplémentaire)	+ 4 673 (par personne supplémentaire)

Certaines prestations n'entrent pas dans le calcul des ressources (allocation de rentrée scolaire, RSA...) et les allocations logement ne sont prises en compte qu'à hauteur d'un forfait.





Les mots clés de l'Assurance Maladie



AYANT DROIT

Le statut d'ayant droit concerne exclusivement les mineurs rattachés aux parents ou aux personnes majeures disposant de l'autorité parentale. Il permet de bénéficier du remboursement des soins en cas de maladie ou de maternité.

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

(maladie - maternité - accident du travail - maladie professionnelle)

Elles sont versées par l'Assurance Maladie pour compenser la perte de salaire pendant un arrêt de travail.

AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

Maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et/ou une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à la prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette pathologie.

DÉLAI DE CARENCE

Délai correspondant aux trois premiers jours d'arrêt maladie non indemnisés par l'Assurance Maladie.

Ce délai ne s'applique pas dans le cas d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle, d'un congé de maternité, d'un congé de paternité ou d'un congé d'accueil de l'enfant.

TICKET MODÉRATEUR

Part des frais non remboursée par l'Assurance Maladie, restant à charge de l'assuré et pouvant être remboursée, en tout ou partie, par une complémentaire santé. L'exonération du ticket modérateur ne dispense pas l'assuré du paiement des dépassements d'honoraires non pris en charge par l'Assurance Maladie.

MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE

Médicament fabriqué selon les mêmes normes de qualité que le médicament d'origine. Il contient exactement les mêmes principes actifs et possède les mêmes propriétés, tout en étant souvent plus économique.

Le médicament générique porte soit un nom de marque suivi de la mention « Gé », soit le nom de sa molécule suivie du nom du laboratoire. A la pharmacie, si l'assuré accepte le médicament générique, il ne fait pas l'avance des frais.

TIERS PAYANT

(dispense d'avance des frais)

Le patient ne paie pas la part prise en charge par l'Assurance Maladie. Cette dernière la règle directement au professionnel de santé ou à l'établissement de soins. Le ticket modérateur qui reste à la charge de l'assuré peut être pris en charge par une complémentaire santé.

MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE : IL A 20 ANS DE SERVICE DERRIÈRE LUI



Le médicament générique existe depuis 1996 et permet de traiter
les maladies bénignes comme les maladies les plus graves.

Rendez-vous sur medicaments.gouv.fr

DEVENIR GÉNÉRIQUE ÇA SE MÉRITE

1001 **BONS GESTES**

pour ma santé avec le
coaching Santé Active

Nutrition, dos, cœur, à chacun
son programme en ligne!

Je m'inscris gratuitement depuis
mon compte ameli.

coaching santé active

Le service pour préserver ma santé

SECURITE SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**