



mon parcours d'assuré

Je suis en affection de longue durée.

Mon médecin traitant a établi une demande de prise en charge à 100%* pour les soins et les traitements liés à mon affection de longue durée (ALD).

Désormais, l'Assurance Maladie me rembourse une part plus importante des dépenses liées à ma maladie. Elle met également à ma disposition des services qui me simplifient le quotidien et m'aident à me repérer dans le système de soins. Ce document, élaboré en concertation avec les associations de patients, m'informe concrètement sur le suivi et la prise en charge de mon ALD.

AFFECTION DE
LONGUE DURÉE

Un parcours

de soins coordonnés

Mon médecin traitant est au cœur de ma prise en charge. C'est lui qui me suit au quotidien pour l'ensemble de mes affections et qui assure la coordination de mes soins. Je suis ainsi bien suivi(e) et bien soigné(e).

Le protocole de soins

Mon médecin traitant établit un protocole de soins, selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (disponibles sur www.has-sante.fr).

Grâce à ce document :

- je peux savoir quels sont les soins et les traitements qui sont nécessaires dans le cadre de ma maladie et pris en charge à 100%*,
- je sais quels spécialistes je peux consulter directement,
- je le présente à tous les médecins que je consulte. Il permet une bonne coordination entre les professionnels de santé qui me soignent.



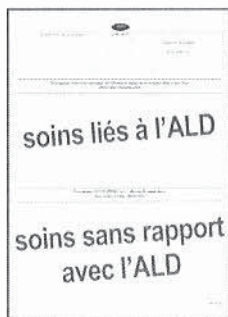
i BON À SAVOIR

Je peux déclarer comme médecin traitant le médecin qui me suit le plus souvent dans le cadre de mon ALD : habituellement mon médecin généraliste, parfois le médecin spécialiste. Par ailleurs, si mon diagnostic est fait à l'hôpital, en clinique ou lors d'une urgence, un médecin spécialiste peut établir un protocole de soins pour les six premiers mois, éventuellement renouvelable par le médecin traitant.

L'ordonnance bizone

Mon médecin utilise désormais une ordonnance spécifique, divisée en deux parties. Elle permet de distinguer :

- dans la partie haute : les médicaments et les examens en rapport avec mon ALD remboursés à 100%* (listes disponibles sur www.has-sante.fr)
- dans la partie basse : les médicaments et les examens liés à d'autres maladies remboursés aux taux habituels.



! J'Y PENSE

Je mets à jour ma carte Vitale pour bénéficier de la prise en charge à 100%* et ne pas avoir à faire l'avance des frais de santé en rapport avec mon ALD (médicaments, radiographies, etc.).

L'Assurance Maladie

à mes côtés

L'Assurance Maladie me propose, en fonction de ma situation, certaines offres de prévention et des programmes d'accompagnement (par exemple, le service sophia). Je peux également trouver des conseils utiles en consultant ameli-sante.fr ou en appelant le 36 46 (prix d'un appel local depuis un poste fixe).

* Sur la base du tarif de la Sécurité Sociale.

La prise en charge

de mes dépenses de santé

L'Assurance Maladie prend en charge à 100% les frais de santé en rapport avec ma maladie, dans le cadre du parcours de soins coordonné, sur la base du tarif de la Sécurité Sociale. Les soins sans rapport avec mon affection de longue durée sont eux remboursés aux taux habituels :

	Pour l'ALD seulement*	Pour les autres maladies*
● Consultations et actes médicaux	100 %	70 %
● Médicaments à vignettes blanches, bleues et orange	100 %	65, 30 et 15 %
● Examens biologiques et radiologiques	100 %	70 %
● Soins infirmiers et de kinésithérapie	100 %	60 %
● Dispositifs médicaux (appareillage, pansements, prothèses, etc.)	100 %	60 %
● Transports sanitaires (sur prescription médicale et en fonction de mon degré de mobilité)	100 %	65 %

* Sur la base du tarif de la Sécurité Sociale.

Je peux suivre rapidement mes remboursements en ouvrant mon compte sur ameli.fr

Ce qu'il faut savoir sur ma prise en charge à 100 %

Être à 100% ne signifie pas que je serai remboursé(e) pour la totalité des dépenses engagées.

Ainsi, mes remboursements ne sont pas les mêmes si mon médecin est en secteur 1 ou en secteur 2 :



SECTEUR 1 Un médecin de secteur 1

applique les tarifs fixés dans la convention médicale. Ils servent de base au remboursement de l'Assurance Maladie. Le dépassement d'honoraires n'est donc pas autorisé (sauf en cas de demande de consultation exceptionnelle de ma part).



SECTEUR 2 Un médecin de secteur 2

fixe librement ses tarifs et peut donc pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. L'Assurance Maladie me rembourse sur la base des tarifs conventionnels (tarifs de secteur 1), le montant des dépassements reste à ma charge.

Pour connaître le secteur des professionnels de santé que je consulte et leurs tarifs, j'appelle le 3646 ou je me connecte sur



ameli-direct.fr

Ce qui reste à ma charge

Comme pour chaque assuré, sont déduits de mes remboursements :

- **La participation forfaitaire de 1€** qui s'applique à toute consultation, acte médical ou analyse de biologie, dans la limite de 50€ par an/par personne.
- **Et la franchise médicale** qui s'applique aux médicaments (0,50€), aux actes paramédicaux (0,50€) et aux transports sanitaires (2€), dans la limite de 50€ par an/par personne.
- **Le forfait journalier hospitalier de 18€ par jour** pour tout séjour de plus de 24h.



BON À SAVOIR

La part restant à ma charge peut être remboursée par ma complémentaire santé (sauf franchises et participation forfaitaire de 1€).

Si je n'ai pas de complémentaire santé, l'Assurance Maladie me permet, selon mes ressources, de bénéficier de l'Aide pour une complémentaire santé (ACS) ou de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

Pour en savoir plus...

J'appelle le **3646**** pour poser mes questions à un **conseiller** de ma caisse d'assurance maladie

**Prix d'un appel local depuis un poste fixe.

Je retrouve toutes les informations sur



ameli.fr

L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE