L'Assurance Maladie en ligne

Sur ameli.fr :

- **Je me renseigne sur mes droits et mes démarches** selon ma situation.
- **Je m'informe avec l'annuaire santé** sur les tarifs, horaires, spécialités et localisation des médecins, infirmièr(e)s et établissements de soins.
- **Je me connecte à mon compte ameli,** mon espace personnel.
- **J'accède à de l'information santé :** maux du quotidien, pathologies plus lourdes, offres de prévention de l'Assurance Maladie.

Je télécharge gratuitement l'appli ameli

Disponible sur App Store — Disponible sur Google play

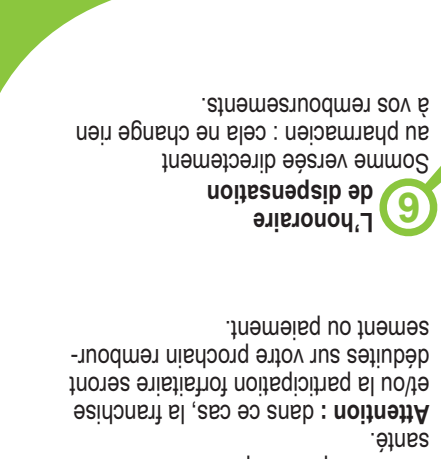
IC076 - 10894 - CPAM 21 - 07/2020 - Photo Jeanette Dietl - Les informations de ce dépliant ne sont pas exhaustives, consulter ameli.fr pour vous informer

CPAM DE LA CÔTE-D'OR • CS 34548 • 21045 DIJON CEDEX

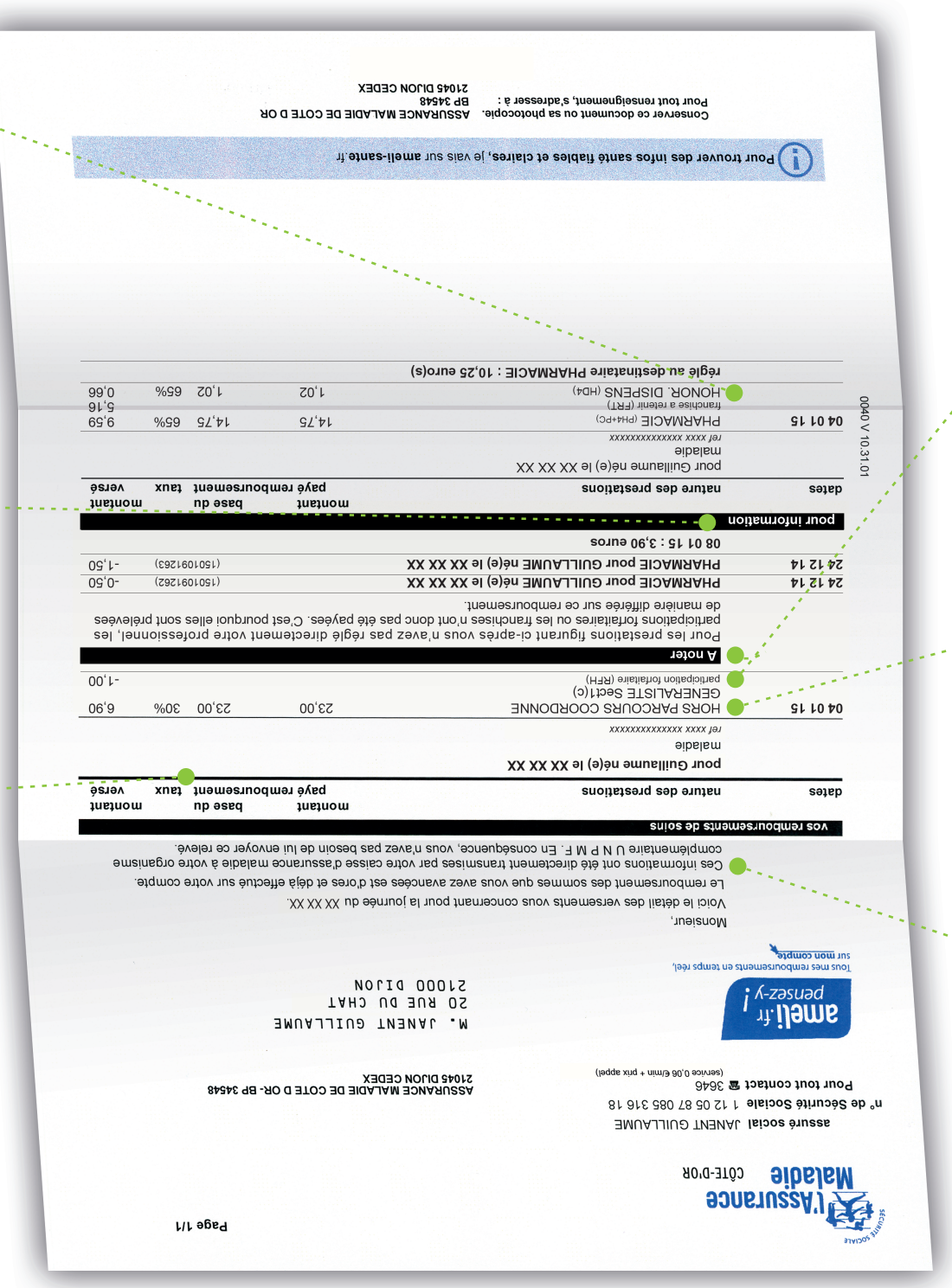
SÉCURITÉ SOCIALE
l'Assurance Maladie

Mieux comprendre mes remboursements

Comprendre mes remboursements sur ameli.fr



PRATIQUE : dans mon compte ameli, je peux télécharger mes relevés de remboursements sur 24 mois.



SÉCURITÉ SOCIALE l'Assurance Maladie CÔTE-D'OR

Page 1/1

assuré social JANENT GUILLAUME
n° de Sécurité Sociale 1 12 05 87 085 316 18
Pour tout contact ☎ 3646 (service 0,06 €/min + prix appel)

ASSURANCE MALADIE DE COTE D OR- BP 34548
21045 DIJON CEDEX

ameli.fr pensez-y !
Tous mes remboursements en temps réel, sur **mon compte**

M. JANENT GUILLAUME
20 RUE DU CHAT
21000 DIJON

Monsieur,
Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du XX XX XX.
Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte.
Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire U N P M F. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
pour Guillaume né(e) le XX XX XX					
ref xxxx xxxxxxxxxxxxxx					
maladie					
04 01 15	HORS PARCOURS COORDONNE GENERALISTE Sect1(c)	23,00	23,00	30%	6,90
	participation forfaitaire (RFH)				-1,00

A noter

Pour les prestations figurant ci-après vous n'avez pas réglé directement votre professionnel, les participations forfaitaires ou les franchises n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.

24 12 14	PHARMACIE pour GUILLAUME né(e) le XX XX XX	(1501091262)	-0,50
24 12 14	PHARMACIE pour GUILLAUME né(e) le XX XX XX	(1501091263)	-1,50
	08 01 15 : 3,90 euros		

pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
pour Guillaume né(e) le XX XX XX					
ref xxxx xxxxxxxxxxxxxx					
maladie					
04 01 15	PHARMACIE (PH4+PC)	14,75	14,75	65%	9,59
	franchise a retenir (FRT)				5,16
	HONOR. DISPENS (HD4)	1,02	1,02	65%	0,66
	regle au destinataire PHARMACIE : 10,25 euro(s)				

0040 V 10.31.01

1 Lien avec votre mutuelle
Si cette phrase n'apparaît pas, contactez votre organisme complémentaire (mutuelle) et demandez-lui à bénéficier du service « NOEMIE ». Ainsi, il recevra automatiquement vos relevés de remboursements et vous n'aurez plus besoin de lui envoyer vos relevés papier.

2 Hors parcours de soins
Vous n'avez pas consulté votre médecin traitant en priorité, ou vous n'avez pas déclaré de médecin traitant : le taux de remboursement est alors de 30% au lieu de 70%.

3 La franchise médicale et la participation forfaitaire
sont des sommes déduites automatiquement de vos remboursements sur les boîtes de médicaments, les consultations, les actes de biologie... (voir encadré « Ce qui reste à ma charge » au verso de ce dépliant).
Si les franchises de précédents remboursements n'ont pas pu être prélevées (tiers payant) : elles seront déduites au prochain remboursement (voir paragraphe ci-contre « **À noter** »).

4 Base de remboursement et taux de prise en charge
La base du remboursement est le tarif à partir duquel vos remboursements sont calculés. Un taux de prise en charge est appliqué à cette base.
Ce taux varie selon la nature de vos frais de santé et votre situation médicale (consulter ameli.fr pour en savoir plus).

5 Vous avez bénéficié du tiers payant
Vous n'avez pas avancé les frais, c'est l'Assurance Maladie qui a réglé directement le professionnel.
Le paragraphe « Pour information » indique les remboursements effectués sur le compte des professionnels de santé.
Attention : dans ce cas, la franchise et/ou la participation forfaitaire seront déduites sur votre prochain remboursement ou paiement.

6 L'honoraire de disposition
Somme versée directement au pharmacien : cela ne change rien à vos remboursements.

Le remboursement de mes consultations chez le médecin

Chez mon médecin traitant

▶ Pour être bien remboursés, mes soins doivent être coordonnés par mon médecin traitant. Je dois donc déclarer un **médecin traitant** dès l'âge de 16 ans et le consulter en priorité. Si besoin, c'est lui qui m'orientera vers un **spécialiste** (cardiologue par exemple).

MON MÉDECIN TRAITANT EST :	TARIF DE LA CONSULTATION	REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE – Avec déclaration médecin traitant	REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE – Sans déclaration médecin traitant
Généraliste	25 €	16,50 € après déduction de la participation forfaitaire	6,50 € après déduction de la participation forfaitaire
Spécialiste SECTEUR 1 OU DÉPASSEMENTS MAÎTRISÉS DM	25 € ou 25 € + dépassement maîtrisé*	16,50 € après déduction de la participation forfaitaire	6,50 € après déduction de la participation forfaitaire
Spécialiste SECTEUR 2	Tarifs libres	15,10 € après déduction de la participation forfaitaire	5,90 € après déduction de la participation forfaitaire

(*) Médecins adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

BON À SAVOIR :
Si je suis loin de mon lieu de résidence ou dans une situation d'urgence, une consultation chez un autre médecin que mon médecin traitant me sera remboursée normalement.

Chez un spécialiste *(après avoir consulté mon médecin traitant)*

▶ Le tarif de la consultation varie en fonction de la spécialité du médecin ou des circonstances de consultation. Consultez l'annuaire santé d'ameli.fr pour connaître le tarif de votre médecin.

	TARIF DE LA CONSULTATION	REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE
Spécialiste SECTEUR 1 OU DÉPASSEMENTS MAÎTRISÉS DM	30 €* ou 30 € + dépassement maîtrisé**	20 € après déduction de la participation forfaitaire
Spécialiste SECTEUR 2	Tarifs libres	15,10 € après déduction de la participation forfaitaire

NB : Mon médecin traitant peut également m'orienter vers un médecin généraliste (un médecin homéopathe par exemple).

(*) Le tarif indiqué ci-dessus est un exemple ; consultez tous les tarifs dans l'annuaire santé d'ameli.fr ou chez le professionnel.
(**) Médecins adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

BON À SAVOIR :
Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, certaines consultations sont autorisées sans passer par le médecin traitant : chez le chirurgien-dentiste, le gynécologue, l'ophtalmologiste, le pédiatre, le psychiatre (uniquement entre 16 et 25 ans), le stomatologue.

En dehors de ces situations, c'est mon médecin traitant, consulté au préalable, qui doit m'orienter vers le médecin spécialiste.

À NOTER : Si je suis bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C/ACS), en ALD ou enceinte, je bénéficie du tiers payant. Donc je n'avancerai aucun frais chez le médecin.

Ce qui reste à ma charge

Les franchises et participations forfaitaires sont **déduites automatiquement** de mes remboursements. En cas de tiers-payant (si je n'ai pas avancé d'argent), elles seront prélevées sur l'un de mes **futurs remboursements/paiements*** (ou celui de mes ayants-droit) : remboursement d'une consultation chez le médecin, indemnités journalières, pension d'invalidité…

À tout moment, je peux connaître le détail des prélèvements effectués depuis mon compte ameli.

▶ La franchise médicale

	MONTANT DE MA PARTICIPATION	MONTANT MAXIMUM PAR JOUR
Médicaments	0,50 € par boîte	Pas de limitation journalière
Actes paramédicaux (infirmière, kiné, podologue…)	0,50 € par acte	2 € maximum par jour
Transports sanitaires	2 € par trajet	4 € maximum par jour

Montant maximum annuel : 50 € par an et par personne (voir compte ameli).

▶ La participation forfaitaire de 1 euro

	MONTANT DE MA PARTICIPATION	MONTANT MAXIMUM PAR JOUR
Consultations et actes réalisés par un médecin	1 € par consultation et par acte médical	4 € maximum par jour
Examens radiologiques	1 € par acte d'imagerie	4 € maximum par jour
Analyses de biologie (analyses de sang)	1 € par recherche biologique	4 € maximum par jour

Montant maximum annuel : 50 € par an et par personne (voir compte ameli).

▶ La participation forfaitaire de 24 euros

	MONTANT DE MA PARTICIPATION	
Actes médicaux de 120 € et plus	24€ par acte**	La participation de 24 € ne s'applique qu'une seule fois par consultation et/ou par séjour d'hospitalisation. Son montant annuel n'est pas limité.

BON À SAVOIR :

- **Je suis dispensé du paiement de la franchise et de la participation de 1 euro si je suis dans une des situations suivantes :** moins de 18 ans, enceinte (dès le 6e mois de grossesse), bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C/ACS) ou de l'AME.
- Ma complémentaire santé (mutuelle) peut éventuellement prendre en charge la **participation de 24 euros**, je me renseigne auprès d'elle.

(*) Le prélèvement peut être effectué sur une période de 5 ans (délai légal). (**) à régler directement au médecin ou à l'hôpital

SECTEUR 1 — DM DÉPASSEMENTS MAÎTRISÉS — SECTEUR 2

Mieux comprendre les tarifs des médecins

Les honoraires pratiqués par les médecins et le montant qui sert de base de remboursement à l'Assurance Maladie varient en fonction de la **discipline du médecin** (généraliste ou autre spécialité) et de son **secteur d'activité**. Il existe trois secteurs d'activité : le secteur 1, le secteur 2 et l'option de pratique tarifaire maîtrisée (dépassements maîtrisés).

MON MÉDECIN EST :	PEUT-IL FAIRE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES ?	IMPACT SUR MES REMBOURSEMENTS :
SECTEUR 1	**Le médecin applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance Maladie.** Il ne peut pas faire de dépassements d'honoraires*.	Je serai remboursé sur la base du tarif habituel de l'Assurance Maladie.
DM DÉPASSEMENTS MAÎTRISÉS	**Le médecin adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) pratique des dépassements « modérés »**.**	Je serai remboursé sur la base du tarif habituel de l'Assurance Maladie (celui du secteur 1), donc cela diminuera le montant restant à ma charge (ce montant pourra éventuellement être pris en charge par ma mutuelle). **Pratique :** pour savoir si mon médecin fait des dépassements maîtrisés, je consulte l'annuaire santé d'ameli.fr
SECTEUR 2	**Le médecin de secteur 2 pratique des honoraires libres.** Il est autorisé à pratiquer des dépassements avec tact et mesure**.	Je serai remboursé sur une base inférieure aux autres médecins. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie (ma mutuelle peut éventuellement le prendre en charge). **Pratique :** avant de consulter mon médecin, je m'informe sur ses tarifs en consultant l'annuaire santé d'ameli.fr

Tous les tarifs des médecins sont disponibles dans l'annuaire santé d'ameli.fr.

(*) Sauf en cas de demande particulière de ma part (ex : une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture de son cabinet).
(**) Sauf pour ses patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C/ACS) pour qui les dépassements sont interdits.