

Annexe 8

Le forfait 18 euros

Relevé le 04/06/2009 sur www.ameli.fr

Dossier mis à jour le 5 mars 2008

Depuis le 1er septembre 2006, une participation forfaitaire de 18 euros, à votre charge, s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50. Il existe cependant des exceptions : certains actes sont exonérés de cette participation forfaitaire, et les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur situation ou de leur état de santé ne sont pas concernées.

Les actes concernés par le forfait 18 euros

La participation forfaitaire de 18 euros est à votre charge lorsque vous bénéficiez d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50. Cependant, certaines prestations en sont exonérées.

Sur quels actes s'applique la participation forfaitaire de 18 euros ?

La participation forfaitaire de 18 euros s'applique :

- aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville (depuis le 1^{er} décembre 2007), dans un centre de santé ou en établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes ; exemples d'actes concernés : la photocoagulation au laser dont le tarif est de 125,40 euros ou l'échographie-doppler du cœur dont le tarif est de 95,16 euro ;
- aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique) au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 ; exemples d'actes concernés : l'ablation d'un nodule de la thyroïde (avec anesthésie) dont le tarif est de 205 euros ou l'appendicectomie par celioscopie (avec anesthésie) dont le tarif est de 284,09 euros ;
- aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique) consécutive à une hospitalisation répondant aux critères ci-dessus et en lien direct avec elle.

Cas particuliers

Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, leur tarif et / ou leur coefficient peuvent se cumuler. La participation forfaitaire de 18 euros s'appliquera dès lors que le montant résultant de ce cumul est égal ou supérieur à 91 euros. Les actes concernés par le forfait 18 euros

Lorsque plusieurs actes d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50, sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, la participation forfaitaire de 18 euros ne s'applique qu'une seule fois.

En cas d'hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique), lorsque un ou plusieurs actes d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50, sont effectués

pendant le séjour, la participation forfaitaire de 18 euros ne s'applique qu'une seule fois par séjour, pour l'ensemble des frais d'hospitalisation.

Comment régler la participation forfaitaire de 18 euros ?

Vous réglez directement la participation forfaitaire de 18 euros dont vous êtes redevable au professionnel de santé ou à l'établissement de santé.

Votre mutuelle ou votre complémentaire santé peut, éventuellement, prendre en charge la participation forfaitaire de 18 euros. Renseignez-vous auprès d'elle.

À noter

Si vous bénéficiez de la C.M.U. complémentaire ou si vous relevez du régime d'Alsace-Moselle, cette participation de 18 euros est prise en charge par ces dispositifs.

Exceptions pour certains actes

Il existe des exceptions : certains actes et certains frais ne rentrent pas dans le champ d'application de la participation forfaitaire de 18 euros et sont pris en charge à 100 %.

Il s'agit notamment :

- des actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positons, d'un tarif supérieur ou égal à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 ;
- des frais de transport d'urgence, en cas d'une hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50, ainsi que les frais de transport en cas d'une hospitalisation consécutive à l'hospitalisation au cours de laquelle a été effectuée un acte dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 ;
- des frais d'hospitalisation à partir du 31^e jour d'hospitalisation consécutif ;
- des frais d'acquisition de prothèses oculaires et faciales, d'orthoprothèses, de véhicules pour handicapés physiques ;
- des frais relatifs à la fourniture de sang humain, de plasma ou de leurs dérivés, et de lait humain.

Les frais de prothèses dentaires, d'analyses de biologie et d'actes d'anatomo-cyto-pathologie ne sont pas non plus concernés par le forfait de 18 euros et restent, quel que soit leur tarif ou leur coefficient, pris en charge dans les conditions habituelles (le ticket modérateur restant à la charge de l'assuré).

Les cas d'exonération

Les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur situation ou de leur état de santé sont exonérées de la participation forfaitaire de 18 euros.

Les personnes exonérées de la participation forfaitaire de 18 euros sont notamment :

- les personnes titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ;

- les personnes titulaires d'une pension de réversion, atteintes d'une invalidité permanente et qui remplissent les conditions d'ouverture de droit à une pension d'invalidité ;
- les personnes titulaires d'une pension d'invalidité et âgées de plus de 60 ans qui continuent d'exercer une activité professionnelle et ont refusé la transformation de leur pension d'invalidité en pension vieillesse ;
- les personnes titulaires d'une pension militaire (malades ou blessés de guerre) ;
- les personnes titulaires d'une rente accident du travail - maladie professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66,66 % et leurs ayants droit ;
- les personnes prises en charge au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, pour les actes, soins et traitements en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle ;
- les femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après leur accouchement ;
- les nouveaux-nés, pour les frais d'hospitalisation ou les soins en établissement de santé pendant les 30 jours qui suivent leur naissance ;
- les personnes hospitalisées, pour les frais d'hospitalisation à partir du 31e jour d'hospitalisation consécutif ;
- les enfants et adolescents mineurs victimes de sévices sexuels, pour les actes, soins et traitements consécutifs aux sévices sexuels dont ils ont été victimes ;
- les personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée exonérante, pour les actes, soins et traitements en rapport avec cette affection et qui sont mentionnés sur le protocole de soins ;
- les personnes prises en charge au titre du diagnostic et du traitement de la stérilité, pour les actes, soins et traitements nécessaires, y compris l'insémination artificielle.

À noter :

Les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État ne sont pas concernées par l'application de cette mesure.