

La couverture sociale de base

Taux de remboursement et tarifs

La CPAM rembourse une partie du tarif de la sécurité sociale :

Ex : pour la consultation d'un médecin généraliste, le taux de remboursement est de 70%.

Voir Annexe 1 : *Taux de remboursement*

Il faut cependant prendre en compte, pour calculer le montant remboursé :

- le parcours de soins coordonnés et la déclaration de médecin traitant
- la franchise médicale
- la participation forfaitaire de 1 euro
- le forfait 18 euros

Parcours de soins coordonnés et médecin traitant

La CPAM demande à l'assuré de désigner un médecin traitant, qui l'oriente vers les autres professionnels de santé.



L'absence de déclaration de médecin traitant, de même que les actes hors parcours de soins coordonnés, entraînent une diminution importante des remboursements, y compris pour les consultations en accès libre autorisé.

Le parcours de soins coordonnés ne concerne pas les enfants de moins de 16 ans.

Relevé le 05/06/2009 sur www.ameli.fr :

« Vous êtes hors du parcours de soins, si vous n'avez pas déclaré votre médecin traitant ou si vous consultez directement un médecin sans être orienté par votre médecin traitant. Depuis le 31 janvier 2009, le montant de vos remboursements est alors diminué :

- de 40 % si le montant de l'acte est inférieur ou égal à 25 euros (exemple : une consultation chez un médecin généraliste de secteur 1) ;
- de 10 euros pour tout acte supérieur à 25 euros (exemple : une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1). »

Certaines **consultations** restent **en accès libre autorisé** :

- **gynécologue**, pour l'examen clinique périodique comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse ou l'interruption de grossesse médicamenteuse
- **ophtalmologue**, pour la prescription et le renouvellement de verres correcteurs ou de lentilles de contacts, des actes de dépistage et suivi du glaucome
- **un psychiatre ou un neuropsychiatre si vous avez entre 16 et 25 ans**
- **un stomatologue** sauf pour les actes chirurgicaux lourds.

Pour plus de précisions, voir annexes :

- [Annexe 2: Taux de remboursement dans le parcours](#)
- [Annexe 3: Taux de remboursement hors parcours](#)
- [Annexe 4: Consultations en accès libre autorisé](#)
- [Annexe 5 Taux de remboursement des enfants de moins de 16 ans](#)

La franchise médicale

Même en cas de parcours de soins coordonnés, la CPAM diminue le remboursement des frais médicaux de :

- **50 centimes d'euro** par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple)
- **50 centimes d'euro** par acte paramédical
- **2 euros** par transport sanitaire

Le plafond est de **50 euros par an**.

La grande majorité des organismes complémentaires ne prennent pas en charge la franchise médicale.

Pour plus de précisions, voir [Annexe 6: La franchise médicale](#)

La participation forfaitaire de 1 euro

La CPAM diminue le remboursement de 1 euro par acte pour les actes suivants :

- Consultation généraliste
- Consultation spécialiste
- Analyses biologiques
- Examens de radiologie

Les consultations de chirurgien dentiste ne sont pas concernées.

Le plafond est de **50 euros par an**.

Les organismes complémentaires ne prennent pas en charge la participation forfaitaire de 1 euro.

Pour plus de précisions, voir [Annexe 7 : La participation forfaitaire de 1 euro](#).

Remarques communes relatives à la franchise médicale et à la participation forfaitaire de 1 euro

La franchise et la participation forfaitaire de 1 euro sont cumulables sur 5 ans.

En cas de tiers payant, la CPAM peut :



- Récupérer sur les prochains remboursements
- Demander le remboursement à l'assuré en dehors des remboursements

Ne sont pas concernés :

- Bénéficiaires CMU C et AME (Aide Médicale Etat)
- Moins de 18 ans
- Grossesse (examens obligatoires et à compter du 6^{ème} mois jusqu'à 12 jours après accouchement).

Par contre, sont concernés :

- Bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur pour **Affection Longue Durée**

Le forfait 18 euros

La CPAM diminue de 18 euros par acte le remboursement de certains actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50.

Les organismes complémentaires peuvent prendre en charge le forfait 18 euros.

Pour plus de précisions, voir *Annexe 8 : Le forfait 18 euros*

Différentes voies d'accès à la couverture sociale de base

- **Travail, retraite, ASSEDICS, Allocation aux Adultes Handicapés, pensions d'invalidité...**
- **Ayant-droit d'un assuré**

Une personne peut être ayant-droit d'un assuré si elle est à sa charge effective et totale et vit à son domicile, ceci sans condition de parenté.

- **Couverture Maladie Universelle de base (CMU de base)**

Pour les personnes qui n'ont pas d'autres voies d'accès.

Sur **critères de résidence** : 3 mois en France si la personne est de nationalité étrangère.

La **régularité du séjour** est demandée : titre de séjour, récépissé de demande de titre de séjour, convocation à un rendez-vous prévu à la Préfecture.

Affiliation gratuite, en dessous d'un plafond de revenu fiscal (8770 euros annuels pour une personne seule au 01.06.2009, 9020 euros à compter du 01.10.2009).

Cotisations de 8% des revenus fiscaux au dessus de ce plafond.

La CMU de base remplace l'ancienne assurance personnelle.

Les **bénéficiaires du RSA** qui n'avaient pas de cotisations antérieures, doivent aussi faire une demande de CMU de base.

Ne pas confondre :

- **Couverture sociale de base**
- **CMU de base**

- **CMU de base**
- **CMU C**



Dans le langage courant, quand on parle de CMU, on parle en général de CMU complémentaire, qui concerne beaucoup plus de personnes que la CMU de base.