

Les restes à charge assumés par l'assuré social

Les « restes à charge » représentent la partie des dépenses de santé qui n'est pas remboursée par l'Assurance maladie. Les organismes de complémentaire santé peuvent rembourser tout ou partie de ce reste à charge.

Le ticket modérateur

Le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance maladie. Il s'applique à tous les soins et frais médicaux remboursables : consultation chez un médecin, achat de médicaments remboursables prescrits...

Le montant du ticket modérateur varie selon les catégories des prestations.

Par exemple, la participation de l'assuré est de :

- 25 à 35 % pour les frais d'honoraires des praticiens (hors hospitalisation) ;
- 30 à 40 % pour les frais de transport sanitaire.

Cas particulier ! La participation (reste à charge) des assurés relevant du régime d'Alsace-Moselle est uniforme quelle que soit la prestation concernée. Elle est de 10 % sauf frais de transport et hospitalisation qui sont pris intégralement en charge par l'Assurance maladie.

Le ticket modérateur peut faire l'objet d'une majoration si l'assuré ne respecte pas certaines règles ou, au contraire, d'une exonération pour certains types de maladies, de soins ou selon la « catégorie » dont relève l'assuré.

Les cas de majoration (source : ameli.fr)

Si l'assuré est hors du parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire s'il n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il consulte directement un autre médecin sans prescription de son médecin traitant (en dehors des médecins spécialistes en accès direct autorisé*), l'Assurance maladie va majorer le ticket modérateur. L'assuré sera moins remboursé.

*liste consultable sur www.ameli.fr

Exemple : si l'assuré consulte un médecin conventionné exerçant en secteur 1 sans avoir déclaré de médecin traitant, l'Assurance maladie ne remboursera que 30 % (au lieu de 70 %) du tarif de la consultation, moins 1 € au titre de la participation forfaitaire.

Les cas d'exonération

Il existe des exonérations notamment :

- sur certains médicaments : par exemple, les médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux (médicaments à vignette blanche barrée) sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie ;
- sur les frais de dépistage ou de prévention : par exemple le dépistage du virus du HIV et de l'hépatite C, des examens de prévention buccodentaire ;
- si l'assuré est hospitalisé : à compter du 31^{ème} jour d'hospitalisation, l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation est exonéré ;
- si l'assurée est enceinte : à partir du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement ;
- si l'assuré est titulaire d'une pension d'invalidité, sauf pour les médicaments à vignette bleue (remboursés à 30 %) et vignette orange (remboursés à 15 %) ;
- si l'assuré est titulaire d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 % ;
- en cas d'affection de longue durée (ALD), mais uniquement pour les soins, traitements et prestations inscrits dans le protocole de soins en rapport avec cette affection (ordonnance bizonale).

Complémentaire santé

Le ticket modérateur est généralement financé en totalité par les organismes de complémentaire santé.

En revanche, les majorations du ticket modérateur ne sont généralement pas remboursées par ces organismes.

Conseil ! Se renseigner auprès de son organisme complémentaire.



La participation forfaitaire de 1 €

Cette participation de 1 € a été créée en 2004 dans le but de responsabiliser les bénéficiaires de l'Assurance maladie vis-à-vis du bon usage des soins.

Les actes concernés

- toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste ;

exemple : l'assuré qui a consulté son médecin traitant le matin et un ophtalmologue l'après-midi a bénéficié de deux consultations. La participation sera donc de : 1 € x 2 = 2 €

- chaque analyse de biologie médicale ;

exemple : une recherche de cholestérol et une recherche de glucose : il s'agit de deux analyses. La participation sera donc de : 1 € x 2 = 2 €

Exceptions ! Les actes réalisés au cours d'une hospitalisation et ceux effectués dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein ne sont pas concernés.

Les personnes concernées et les exceptions

Toutes les personnes sont concernées par la participation sauf :

- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ;

Les franchises médicales

Ces franchises, créées le 1^{er} janvier 2008, ont pour but de financer la lutte contre le cancer, la recherche sur la maladie d'Alzheimer et d'améliorer la prise en charge des soins palliatifs.

Le montant de cette participation

Le montant de cette participation, qui s'ajoute au ticket modérateur et au forfait de 1€, est égal à :

- 0,50 € sur chaque boîte de médicaments remboursés (sauf substituts nicotiques, pansements ou médicaments achetés sans prescription médicale) ;

Exemple : le médecin traitant prescrit à l'assuré 3 boîtes de médicaments, le montant de la franchise est de : 0,50 € x 3 = 1,50 €

- 0,50 € sur chaque acte paramédical, c'est-à-dire effectué

- les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME) ;
- les femmes enceintes à partir de leur 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour qui suit la date d'accouchement.

Les limites

Cette participation est limitée à un plafond annuel de 50 € par assuré.

Un plafond journalier a également été mis en place. Ainsi, lorsque plusieurs actes sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, par un même professionnel, son montant total journalier ne peut dépasser 1 €.

Exemple : un radiologue effectuée au cours d'une même consultation 6 clichés. Cela correspond à 6 examens de radiologie donc le montant de la participation devrait être de : 1 € x 6 = 6 €

Mais avec le plafond journalier, l'assuré paiera au maximum 4 €.

Complémentaire santé

Dans la quasi-totalité des cas, les organismes de complémentaire santé ne prévoient pas la prise en charge de la participation forfaitaire de 1 €.

Conseil ! Se renseigner auprès de votre organisme complémentaire.

par un auxiliaire médical (orthophoniste, kinésithérapeute, orthoptiste, infirmier et pédicure) ;

Exemple : une infirmière réalise lors d'une même consultation une piqûre et un pansement ; elle réalise donc deux actes paramédicaux, le montant de la franchise est de : 0,50 € x 2 = 1 €

- 2 € sur chaque trajet, pour les transports sanitaires (taxis, véhicules sanitaires légers (VSL) et ambulances) sauf cas d'urgence ;

Exemple : un aller-retour pour une consultation représente 2 trajets, le montant de la franchise est de : 2 € x 2 = 4 €

Les personnes concernées et les exceptions

Toutes les personnes sont concernées par la franchise sauf :

- Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;



- Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ;
- Les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME) ;
- Les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité, du 1er jour au 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour qui suit la date de l'accouchement.

Les limites

Ces franchises sont limitées à un plafond annuel de 50 euros par assuré pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

Un plafond journalier a également été mis en place pour les

actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ainsi, lorsque plusieurs actes paramédicaux ou plusieurs transports sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, par un même professionnel, son montant total journalier ne peut dépasser 2 € pour les actes, et 4 € pour les transports.

Complémentaire santé

Dans la quasi-totalité des cas, les organismes de complémentaire santé ne prévoient pas la prise en charge des franchises.

Conseil ! Se renseigner auprès de son organisme complémentaire.

Le forfait journalier hospitalier

Ce forfait hospitalier journalier, créé par la loi du 19 janvier 1983n correspond à la participation financière de l'assuré aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation.

Pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement de santé, l'assuré est redevable de ce forfait, lequel est payé directement par l'assuré à l'établissement lors de sa sortie.

Le montant de ce forfait

Depuis le 1er janvier 2010, le forfait journalier hospitalier est fixé à :

- 18 €/jour à l'hôpital ou en clinique (16 € en 2009 et 2008) ;
- 13,50 €/jour en cas d'hospitalisation dans le service de psychiatrie d'un établissement de santé (12 € en 2009 et 2008).

Les personnes concernées et les exceptions

Toutes les personnes hospitalisées sont concernées sauf :

- Les personnes hospitalisées suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- Les personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ;
- Les bénéficiaires de l'assurance maternité en ce qui concerne :
 - Une interruption de grossesse thérapeutique pour une

grossesse qui a fait l'objet d'une déclaration auprès de l'Assurance maladie ;

- L'hospitalisation pendant les 4 derniers mois de grossesse ;
- Une hospitalisation pour césarienne ;
- L'hospitalisation pour l'accouchement ;
- L'hospitalisation pendant les 12 jours après l'accouchement ;
- Les nouveau-nés hospitalisés dans les 30 jours suivant leur naissance ;
- Les enfants et adolescents handicapés, hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle ;
- Les titulaires d'une pension militaire ;
- Les bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-c) ou de l'aide médicale de l'Etat (AME).

Cas particulier ! Pour les assurés relevant du régime d'Alsace-Moselle, le forfait journalier est pris en charge par le régime local maladie.

Complémentaire santé

Le forfait journalier hospitalier est parfois pris en charge par les organismes de complémentaire santé.

Conseil ! Se renseigner auprès de son organisme complémentaire.

- Les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé, ou dans un établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes ;

- Les frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique), y compris en hospitalisation à domicile (HAD), au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ;

- Les frais d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées ci-dessus et en lien direct avec elle.

Exceptions ! Certains types d'actes (radiographie, imagerie par résonance magnétique, scanographie...) et les frais de transport d'urgence sont exemptés de ce forfait.

Les limites

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 € s'appliquera dès lors que le montant résultant de ce cumul est égal ou supérieur à 120 €.

En cas d'hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique), lorsque un ou plusieurs actes d'un tarif supérieur ou égal à 120 €,

ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, sont effectués pendant le séjour, la participation forfaitaire de 18 € ne s'applique qu'une seule fois par séjour, pour l'ensemble des frais d'hospitalisation.

Les personnes concernées et les exceptions

Toutes les personnes sont concernées par le forfait de 18 €.

Il existe toutefois des exceptions telles que :

- Les femmes enceintes (à partir du 6ème mois de grossesse jusqu'à 12 jours après leur accouchement) ;
- Les personnes hospitalisées (pour les frais d'hospitalisation à partir du 31ème jour d'hospitalisation consécutif) ;
- Les bénéficiaires de la CMU-c) ;
- Les assurés du régime d'Alsace-Moselle.

Complémentaire santé

Les organismes de complémentaire santé peuvent, éventuellement, prendre en charge la participation forfaitaire de 18 €.

Conseil ! Se renseigner auprès de son organisme complémentaire.

Source : Publication de la Confédération CFTC

Le forfait de 18 €

Depuis le 1er septembre 2006, pour les actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, le ticket modérateur qui reste à la charge de l'assuré est remplacé par une participation forfaitaire de 18 €.

L'assuré paie directement cette participation forfaitaire de 18 € au professionnel de santé ou à l'établissement de santé.

Les actes concernés