

LA CMU-C EST VALABLE CHEZ TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

En cas de refus de soins, contactez :

- votre organisme d'assurance maladie ;
- le conseil départemental de l'Ordre des médecins : www.conseil-national.medecin.fr ;
- le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes :
www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr ;
- la mission de lutte contre les discriminations et promotion de l'égalité : téléphone : 09 69 39 00 00 (coût d'une communication locale à partir d'un poste fixe),
www.defenseurdesdroits.fr ;
- Les associations peuvent également vous aider à trouver une solution.

Pour toute autre question, contactez votre organisme d'assurance maladie.

Vous êtes artisan ou commerçant,
le RSI est votre interlocuteur social unique
pour toute votre protection sociale
personnelle obligatoire.

Vous exercez une profession libérale,
le RSI gère votre assurance
maladie-maternité.

VOTRE CAISSE



Édition : Caisse nationale du RSI - Mise à jour : Patrimoine - Dépôt légal : juillet 2012 - SAN/08/2012/02 - PEFCC Imprimé par Caractère sur du papier issu de forêts gérées durablement. PEFCC/10-31-945

IMPRIMÉ VERT®

VOUS BÉNÉFICIEZ DE LA CMU-C

Juillet 2012



couverture maladie
universelle

Vous avez de faibles ressources et à ce titre vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Elle vous garantit l'accès aux soins dont vous avez besoin.

Vos démarches

→ Déclarer votre médecin traitant*

Le respect du parcours de soins coordonnés**, mis en place par la loi, pour tous les assurés, vous permet d'être mieux suivi et remboursé. Vous choisissez donc un médecin qui deviendra votre médecin traitant. Chaque personne de votre famille de plus de 16 ans déclare également un médecin traitant, qui peut être le même ou un autre de son choix.

Pour cela, vous devez remplir le formulaire « déclaration de choix du médecin traitant » et l'adresser à votre organisme d'assurance maladie. Il doit être signé par votre médecin et vous-même. Ce formulaire est disponible dans votre organisme d'assurance maladie ou sur le site internet du RSI (www.rsi.fr) rubrique Documentation. Vous pouvez également le demander par téléphone. Vous consultez votre médecin traitant, dès que vous avez besoin de vous faire soigner. Si nécessaire, vous pouvez à tout moment changer de médecin traitant : pour cela, vous devez remplir un nouveau formulaire de « déclaration de choix du médecin traitant » et le renvoyer à votre organisme d'assurance maladie. Il doit être signé par votre nouveau médecin traitant et vous-même.

* consultez le dépliant spécifique « Le médecin traitant »

** voir lexique page 11

→ Mettre à jour votre carte vitale

Une carte Vitale toujours à jour : c'est le moyen d'accéder aux soins sans faire l'avance de frais*. Ainsi, le médecin, le pharmacien, ou tout autre professionnel de santé sait que vos soins sont pris en charge à 100 %.

Vous pouvez mettre à jour votre carte Vitale dans les pharmacies, les hôpitaux et dans votre organisme d'assurance maladie. Lors du renouvellement de votre CMU-C (chaque année) ou lors d'un changement de situation, n'oubliez pas de mettre à jour votre carte Vitale. Pour obtenir une attestation, adressez-vous à votre organisme d'assurance maladie.

Dans votre intérêt et afin d'éviter tout retard dans le traitement de vos dossiers, n'oubliez pas d'informer votre organisme d'assurance maladie de tout changement de situation vous concernant (adresse, nom, composition de la famille, compte bancaire...).

Si vous n'avez pas de carte Vitale, vous présentez votre attestation d'ouverture de droits à la CMU-C lorsque vous consultez un professionnel de santé.

* voir lexique page 11

Un problème, une difficulté

Un professionnel de santé ne peut pas vous refuser de vous soigner au seul motif que vous bénéficiez de la CMU-C.

Si un professionnel de santé tarde à vous donner un rendez-vous dans un délai raisonnable, s'il refuse de vous recevoir parce que vous bénéficiez de la CMU-C, s'il vous demande de faire l'avance de frais, s'il refuse l'attestation papier CMU, s'il pratique un dépassement d'honoraires qui vous semble non justifié... adressez-vous à votre organisme d'assurance maladie (par téléphone, par courrier, ou à l'accueil).

Vous serez mis en relation avec une personne qui est à votre disposition pour vous aider à trouver une solution aux difficultés rencontrées.

Vous pouvez aussi vous adresser :

- au conseil départemental de l'Ordre des médecins : www.conseil-national.medecin.fr
- au conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes : www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr.

Vous pouvez aussi prendre contact avec la mission de lutte contre les discriminations et promotion de l'égalité en appelant le **09 69 39 00 00** (coût d'une communication locale à partir d'un poste fixe) ou sur www.defenseurdesdroits.fr.

Les associations de consommateurs et les associations de patients peuvent également vous aider à résoudre ces difficultés.

Les bons réflexes à avoir

Ayez toujours avec vous votre carte Vitale mise à jour. Consultez le médecin traitant que vous avez choisi, dès que vous avez besoin de vous faire soigner. Préférez la consultation au cabinet, plutôt que la visite à domicile*.

Si le professionnel de santé reçoit sans rendez-vous, respectez les horaires de consultation. Lorsque vous avez pris rendez-vous chez votre professionnel de santé (médecin, chirurgien-dentiste, infirmier...), respectez l'heure qui vous a été fixée.

Si vous ne pouvez pas vous rendre à votre rendez-vous, prévenez le plus tôt possible le professionnel de santé. Respectez et suivez les traitements ou les soins prescrits.

* voir lexique page 11

L'accès aux soins

La CMU-C facilite votre accès aux soins.

Dans la plupart des cas, si vous n'avez pas d'exigence particulière*, vous n'avez rien à payer et vous n'avez rien à remplir ou à envoyer à votre organisme d'assurance maladie.

Pour bénéficier de cette prise en charge, vous présentez votre carte Vitale (ou votre attestation de droits à la CMU-C) au médecin, au pharmacien, au laboratoire, à l'hôpital, ou à tout autre professionnel de santé.

→ Chez le médecin traitant

- Dans le cadre du parcours de soins coordonnés*, vous consultez en priorité votre médecin traitant. Il vous connaît bien, et en fonction de votre état de santé, il peut vous orienter vers un médecin spécialiste.
- Vous ne payez pas votre médecin traitant. C'est votre organisme d'assurance maladie qui le paie directement.
- Vous ne payez pas la participation forfaitaire d'un euro*.

En cas d'absence de votre médecin traitant (ou de son remplaçant), en cas d'urgence ou si vous êtes loin de chez vous, vous pouvez consulter un autre médecin que votre médecin traitant.

* voir lexique page 11

→ Chez le spécialiste

- Si votre médecin traitant le juge nécessaire, il peut vous conseiller d'aller consulter un médecin spécialiste: rhumatologue, cardiologue, dermatologue...
- Dans ce cas vous ne payez pas le spécialiste. C'est votre organisme d'assurance maladie qui le paie directement.
- Vous ne payez pas la participation forfaitaire d'un euro*.
- Cas particuliers: vous pouvez consulter directement le gynécologue et l'ophtalmologue pour un suivi régulier*. Vous pouvez consulter directement le psychiatre si vous avez entre 16 et 25 ans.

→ Les dépassements

- Votre médecin peut vous facturer des dépassements d'honoraires en cas d'exigences particulières de votre part*. Dans ce cas, il doit vous en informer et le dépassement est à votre charge et ne vous sera pas remboursé.

→ Chez le chirurgien-dentiste

- Vous pouvez consulter directement un chirurgien-dentiste, sans passer par votre médecin traitant.
- Vous ne payez pas les soins courants (caries, détartrages, examens de contrôle), ni les soins de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale (« appareil dentaire »), prévus dans le cadre de la CMU-C. C'est votre organisme d'assurance maladie qui paie directement le chirurgien-dentiste.

* voir lexique page 11

- Avant de commencer les soins d'orthopédie dento-faciale, votre dentiste doit faire une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis que vous adressez au chirurgien-dentiste-conseil de votre organisme d'assurance maladie ; celle-ci (ou l'organisme complémentaire qui gère votre CMU-C) vous indique sa décision de prise en charge.

Les chirurgiens-dentistes ne peuvent pas vous facturer de dépassements d'honoraires, sauf en cas d'exigences particulières* de votre part ou pour des actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous payez les frais supplémentaires qui ne vous seront pas remboursés.

→ Chez le pharmacien

- Vous ne payez pas vos médicaments ni les autres produits médicaux (pansements, cannes...), s'ils sont prescrits par un médecin et remboursables* par l'Assurance Maladie. C'est votre organisme d'assurance maladie qui paie directement le pharmacien.

Pour l'achat de produits médicaux, comme les cannes ou les pansements, le pharmacien doit vous proposer au moins un article entièrement remboursé par l'Assurance Maladie.

→ Chez l'auxiliaire médical

- Vous ne payez pas l'auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste...), si vos soins sont prescrits par un médecin et remboursables* par l'Assurance Maladie. C'est votre organisme d'assurance maladie qui le paie directement.

* voir lexique page 11

→ Chez l'opticien

- Vous pouvez bénéficier d'une paire de lunettes par an (deux verres et une monture), dans la limite des tarifs de la CMU-C.
- Dans ce cas, vous ne payez pas l'opticien. C'est votre organisme d'assurance maladie qui le paie directement.
- Avant votre choix, votre opticien doit établir un devis que vous adressez à votre organisme d'Assurance Maladie. En réponse, votre organisme d'assurance maladie (ou l'organisme complémentaire qui gère votre CMU-C) vous indique sa décision de prise en charge. En cas d'exigences particulières* de votre part (verres antireflets ou incassables, monture hors forfait...), les frais supplémentaires sont à votre charge.
- Les verres de contact (« lentilles ») peuvent être pris en charge sous certaines conditions médicales. Pour plus de renseignements, adressez-vous à votre organisme d'assurance maladie.

Votre opticien doit vous proposer des verres et une monture de lunettes entièrement remboursés par l'Assurance Maladie.

→ Chez l'audioprothésiste

- Tous les deux ans, l'Assurance Maladie peut vous faire bénéficier d'un forfait pour l'acquisition d'un appareil auditif.
- Si vous avez besoin d'un deuxième appareil, une partie de votre achat peut être prise en charge par l'Assurance Maladie, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale. Sous certaines conditions, des aides financières peuvent vous être accordées. Pour plus de renseignements, adressez-vous à votre organisme d'assurance maladie.
- Vous ne payez pas l'audioprothésiste. C'est votre organisme d'assurance maladie qui le paie directement.

* voir lexique page 11

→ Au laboratoire d'analyses

- Vous ne payez pas les analyses et les examens de laboratoire, s'ils sont prescrits par un médecin et remboursables* par l'Assurance Maladie. C'est votre organisme d'assurance maladie qui paie directement le laboratoire d'analyses.
- Vous ne payez pas la participation forfaitaire d'un euro*.

→ A l'hôpital, à la clinique

- Vous ne payez pas les frais d'hospitalisation, s'ils sont remboursables* par l'Assurance Maladie. C'est votre organisme d'assurance maladie qui paie directement l'hôpital ou la clinique.
- Les suppléments éventuels pour votre confort personnel (chambre individuelle, télévision, téléphone...) restent à votre charge. Vous ne payez pas le forfait journalier*.

→ Pour vos enfants de moins de 16 ans

- Ils ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés*, car ils ont déjà un parcours de soins organisé : examens obligatoires du nourrisson, calendrier de vaccinations, examens de médecine scolaire aux âges clés. De plus, le carnet de santé de l'enfant permet la coordination des soins.
- Vous ne payez pas leurs soins, s'ils sont remboursables* par l'Assurance Maladie. C'est votre organisme d'assurance maladie qui paie directement les professionnels de santé.

LEXIQUE

* **Dispense d'avance de frais (tiers payant)** : c'est une facilité de paiement, et donc d'accès aux soins, pour l'assuré. L'Assurance Maladie règle directement au professionnel ou à l'établissement la part qui lui revient.

* **Forfait journalier à l'hôpital (ou « forfait hospitalier »)** : c'est la somme due par le patient pour toute hospitalisation de plus de 24 h. Cette somme sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien.

* **Parcours de soins coordonnés** : dans le cadre du parcours de soins coordonnés, c'est le médecin traitant, qui coordonne les soins et adresse le patient à un médecin correspondant si nécessaire.

* **Participation forfaitaire** : une participation forfaitaire de un euro est retenue sur le remboursement des actes médicaux réalisés par un médecin (consultations chez un médecin généraliste ou spécialiste, examens de radiologie, analyses de biologie médicale).

* **Suivi régulier chez le gynécologue** : contraception, suivi de grossesse, dépistages périodiques, interruption volontaire de grossesse (IVG).

* **Suivi régulier chez l'ophtalmologue** : prescription et renouvellement de lunettes, dépistage et suivi du glaucome.

* **Soins remboursables par l'Assurance Maladie** : ce sont tous les soins qui sont pris en charge et remboursés par l'Assurance Maladie, sur la base du tarif de la Sécurité sociale.

* **Exigences particulières du malade** : si vous avez une demande particulière (être reçu en dehors des heures habituelles de consultation, demander au médecin une consultation à votre domicile alors que votre état de santé vous permet de vous déplacer à son cabinet, demander des soins dentaires qui ne sont pas dans le forfait CMU...), le professionnel de santé peut pratiquer un dépassement d'honoraires, qui ne vous sera pas remboursé. Chez l'opticien, si vous voulez des verres antireflets, des verres incassables, une monture hors forfait..., vous payez les frais supplémentaires qui ne vous seront pas remboursés.

* **Visite à domicile** : réservez la visite à domicile du médecin lorsque vous ne pouvez pas vous déplacer. En cas de déplacement non justifié par votre état de santé, le médecin peut vous facturer un supplément non remboursable de 10 € (majoration de déplacement pour visite à domicile pour convenance personnelle ou de confort).

* voir lexique page 11