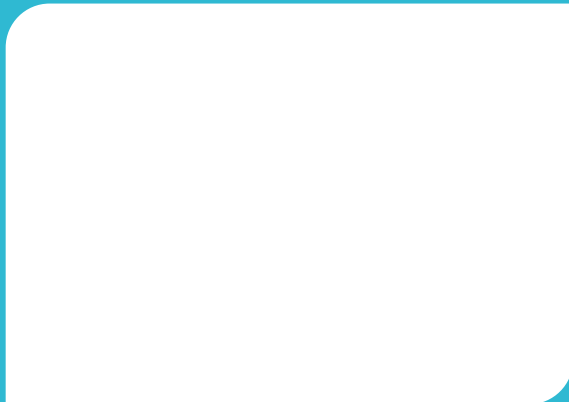


Votre médecin traitant

Le choisir et le déclarer
Les tarifs de consultation

Les contacts utiles au sein de votre Caisse :



DEF 24 / 07/07

Vous pouvez aussi consulter le site de l'Assurance
Maladie : www.ameli.fr

Une grippe, des douleurs persistantes, une maladie chronique, des allergies saisonnières... vous avez besoin de consulter un médecin. En choisissant votre médecin traitant, vous bénéficiez de la coordination des soins et vous êtes mieux remboursé.

LE MÉDECIN TRAITANT

Le médecin traitant est celui qui vous soigne habituellement, donc il vous connaît bien et il est votre interlocuteur privilégié. En allant le consulter pour un problème de santé, vous bénéficiez :

- **d'un suivi médical coordonné** : le médecin traitant centralise toutes les informations concernant vos soins et votre état de santé. Il tient à jour votre dossier médical (résultats d'examens, diagnostics, traitements...).

Mieux informé, il vous conseille les traitements ou les examens les mieux adaptés à votre état de santé. Ce suivi peut vous éviter des consultations inutiles, des examens à refaire ou des mélanges dangereux de médicaments.

Si nécessaire, il vous oriente vers un médecin correspondant*, vers un service hospitalier ou vers un autre professionnel de santé (comme un masseur kinésithérapeute ou une infirmière).

- **d'une prévention personnalisée** : comme il vous connaît bien, votre médecin traitant peut vous aider à prévenir les risques de santé : suivi de la vaccination, dépistage, arrêt du tabac, régime alimentaire...

Il vous conseille tous les actes de prévention nécessaires, en fonction de vous, de votre style de vie, de vos antécédents familiaux (cholestérol ou diabète, par exemple).

> LE TARIF DES CONSULTATIONS

En choisissant d'avoir un médecin traitant déclaré, votre taux de remboursement habituel est maintenu.

Médecin consulté	Tarif de la consultation	Remboursement
Médecin généraliste Secteur 1	22 euros	70% de 22 € - 1 € de participation forfaitaire = 14,40 euros
Médecin généraliste Secteur 2	Libre	70% de 22 € - 1 € de participation forfaitaire = 14,40 euros

Par exemple, lorsque vous consultez votre médecin traitant généraliste de secteur 1, vous payez la consultation 22 euros et vous êtes remboursé 14,40 euros.

> COMMENT CHOISIR ET DÉCLARER VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Il n'y a aucune contrainte pour le choix du médecin traitant : tout médecin peut devenir votre médecin traitant, s'il accepte d'assumer cette fonction. Nous vous conseillons simplement de choisir le médecin qui vous connaît le mieux.

Vous pouvez choisir un généraliste ou un spécialiste. Vous pouvez choisir un médecin habitant près de chez vous, près de votre lieu de travail, près de l'école de vos enfants...

Il peut exercer en cabinet, à l'hôpital ou dans un centre de santé. A vous de voir ce qui vous convient le mieux.

Une fois que vous avez choisi votre médecin traitant, vous adressez à votre caisse d'Assurance Maladie le formulaire « déclaration de choix du médecin traitant », disponible dans votre caisse ou sur www.ameli.fr rubrique « formulaires » (formulaire n° S3704). Vous pouvez également le demander par téléphone. Ce formulaire doit être signé par vous et par votre médecin.

Vous déménagez ou votre médecin traitant cesse son activité, ou bien vous souhaitez tout simplement en changer : vous adressez un nouveau formulaire de déclaration de choix du médecin traitant à votre caisse d'Assurance Maladie.

LE MÉDECIN CORRESPONDANT

Si votre état de santé le nécessite, votre médecin traitant vous oriente vers un médecin correspondant* : rhumatologue, cardiologue, dermatologue... En le consultant sur conseil de votre médecin traitant :

- vous bénéficiez d'un **suivi médical coordonné** : avec votre accord, le médecin correspondant* transmet à votre médecin traitant toutes les informations utiles à la bonne coordination de vos soins (diagnostic, traitements prescrits, résultats d'examens complémentaires, comptes rendus opératoires).

- vous évitez les **consultations inutiles**

Si vous avez besoin de **plusieurs consultations** chez le même spécialiste : votre médecin traitant établit un « plan de soins »*, qui indique les traitements, soins ou examens dont vous avez besoin. Grâce au plan de soins*, vous pouvez consulter le médecin correspondant* sans passer par votre médecin traitant à chaque fois.

> LE TARIF DES CONSULTATIONS

Lorsque vous consultez un médecin correspondant, sur avis de votre médecin traitant, votre taux habituel de remboursement est maintenu.

Médecin consulté	Tarif de la consultation	Remboursement
Médecin spécialiste Secteur 1 ou 2 avec option de coordination	28 euros	70% de 28 € - 1 € de participation forfaitaire = 18,60 euros
Médecin spécialiste Secteur 2	Libre	70% de 23 € - 1 € de participation forfaitaire = 15,10 euros

Par exemple, lorsque vous consultez un médecin correspondant, spécialiste de secteur 1, vous payez la consultation 28 euros et vous êtes remboursé 18,60 euros.

VOUS SOUFFREZ D'UNE ALD

Si vous souffrez d'une affection de longue durée* (ALD), votre médecin traitant établit un protocole de soins*.

Le protocole de soins* indique les soins et les traitements nécessaires pour votre maladie. Ils sont pris en charge à 100%, sur la base des tarifs de la Sécurité sociale.

Le protocole de soins* permet une meilleure coordination des soins entre votre médecin traitant et les différents médecins qui vous suivent. Pour cela, vous présentez ce document à chaque médecin que vous consultez, ou lors d'une hospitalisation.

Grâce à ce protocole, vous consultez directement les médecins mentionnés dans le protocole de soins*, sans passer par votre médecin traitant.

Ce protocole est signé par votre médecin traitant, par vous-même et par le médecin-conseil de l'Assurance Maladie.

VOUS N'AVEZ PAS DÉCLARÉ DE MÉDECIN TRAITANT

Vous n'avez pas de médecin traitant déclaré, ou vous consultez directement un spécialiste : vous êtes alors hors du parcours de soins coordonnés*, et vous êtes moins bien remboursé : 60% au lieu de 70%.

> VOUS CONSULTEZ UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Médecin consulté	Tarif de la consultation	Remboursement
Médecin généraliste Secteur 1	22 euros	60% de 22 € - 1 € de participation forfaitaire = 12,20 euros
Médecin généraliste Secteur 2	Libre	60% de 22 € - 1 € de participation forfaitaire = 12,20 euros

Par exemple, lorsque vous consultez directement un généraliste de secteur 1, vous payez la consultation 22 euros et vous êtes remboursé 12,20 euros.

> VOUS CONSULTEZ UN MÉDECIN SPÉCIALISTE

Médecin consulté	Tarif de la consultation	Remboursement
Médecin spécialiste Secteur 1	33 euros maximum	60% de 25 € - 1 € de participation forfaitaire = 14 euros
Médecin spécialiste Secteur 2	Libre	60% de 23 € - 1 € de participation forfaitaire = 12,80 euros

Par exemple, lorsque vous consultez directement un spécialiste de secteur 1, vous pouvez payer jusqu'à 33 euros et vous êtes remboursé 14 euros.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

> ABSENCE DU MÉDECIN TRAITANT, URGENCE, ÉLOIGNEMENT DU DOMICILE

Vous pouvez consulter un autre médecin que votre médecin traitant en cas d'**absence** de votre médecin (ou de son remplaçant), en cas d'**urgence** ou si vous êtes **loin de chez vous**. Votre taux habituel de remboursement est alors maintenu.

> GYNÉCOLOGUES ET OPHTALMOLOGUES

Si vous avez un médecin traitant déclaré, vous pouvez les consulter directement pour votre suivi régulier*. En dehors du suivi régulier, l'avis de votre médecin traitant est nécessaire. Votre taux habituel de remboursement est alors maintenu. Si vous n'avez pas déclaré votre médecin traitant, vous êtes moins bien remboursé.

> PSYCHIATRES

Les assurés de 16 à 25 ans peuvent aller consulter directement un psychiatre.

A partir de 26 ans, si vous n'avez pas de médecin traitant déclaré et/ou si vous le consultez directement, vous êtes moins bien remboursé.

> MÉDECINS GÉNÉRALISTES INSTALLÉS DEPUIS MOINS DE 5 ANS

Vous pouvez les consulter directement. Votre taux de remboursement habituel est alors maintenu.

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES TARIFS

Pour plus de détail sur les tarifs des consultations et pour connaître le secteur de convention de votre médecin, consultez le site de l'Assurance Maladie, www.ameli.fr, dans l'espace « Assurés », rubrique « soins et remboursements ». Et, lorsque vous prenez rendez-vous, n'hésitez pas à demander au médecin les tarifs qu'il pratique et son secteur de convention.

Si vous souhaitez obtenir les coordonnées d'un médecin, connaître les principaux tarifs pratiqués ⁽¹⁾ ou votre niveau de remboursement, vous pouvez appeler votre caisse.

⁽¹⁾ Tarifs pratiqués sur les trois derniers mois, extraits par l'Assurance Maladie et mis à jour mensuellement.

LES 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.

LEXIQUE

***Affections de longue durée (ALD)** : maladies graves et/ou chroniques pour lesquelles l'Assurance Maladie assure une prise en charge à 100% de tous les traitements qui s'y rapportent. Une trentaine d'ALD sont répertoriées parmi lesquelles : le diabète, l'hypertension artérielle, l'infection à VIH, les cancers, ou les maladies génétiques...

***Médecin correspondant** : dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, le médecin correspondant prend en charge, sur demande du médecin traitant, tout ou partie des soins médicaux. Il travaille en concertation avec le médecin traitant. Il peut assurer ponctuellement le rôle de consultant (donner un avis ponctuel). Le plus souvent, c'est un spécialiste.

***Médecin conventionné en secteur 1** : il pratique des honoraires plafonnés et fixés par convention. C'est le tarif officiel*, base de remboursement de l'Assurance Maladie.

***Médecin conventionné en secteur 2 avec option de coordination** : il pratique des honoraires plafonnés et fixés par convention (tarif officiel, base de remboursement de l'Assurance Maladie), si vous êtes adressé par votre médecin traitant et s'il a adhéré à l'option de coordination.

***Honoraires libres (secteur 2)** : le médecin est autorisé à dépasser le tarif officiel avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

***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. Dans ce cas, vous êtes remboursé normalement.

***Participation forfaitaire** : Une participation forfaitaire de 1€ 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). Le nombre de participations forfaitaires retenues est plafonné à 50 par an et par bénéficiaire.

***Plan de soins** : ensemble des traitements, soins et examens établis par le médecin traitant, sur proposition du médecin correspondant, pour une personne et une maladie donnée.

***Protocole de soins** : ensemble des traitements, soins et examens nécessaires au bon suivi d'une affection de longue durée (ALD), donnant droit à une prise en charge à 100%, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, pour les soins en rapport avec cette maladie.

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

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