



LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Rôle du médecin traitant

Mise à jour Septembre 2014 - Conception graphique: Bolivric

Le remboursement de vos consultations médicales varie que vous soyez ou non dans le parcours de soins. Votre médecin traitant, qui joue un rôle essentiel en ce qui concerne votre suivi médical, est également là pour vous orienter dans ce parcours et vous mettre, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé.

VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Il coordonne le parcours de soins, c'est-à-dire les différentes consultations et examens nécessaires au suivi de votre santé. De plus, il centralise toutes les informations relatives à votre santé (traitements, allergies médicamenteuses...), c'est lui qui tient à jour votre dossier médical et que vous consultez en premier lieu. Il rédige, si vous êtes atteint d'une affection de longue durée, le protocole de soins pour vous permettre une prise en charge à 100%. Il vous oriente dans le système de santé et vous adressera si besoin au professionnel de santé le plus apte à vous prendre en charge, ce dernier est appelé médecin correspondant.

CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

Il peut s'agir du médecin de votre choix (qu'il soit conventionné secteur 1, ou secteur 2 en honoraires libres ou secteur 2 avec option de coordination) qui vous soigne de façon habituelle (généraliste, spécialiste, médecin hospitalier...). Il n'y a pas de contrainte géographique. Il doit vous donner son accord.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Depuis le 1^{er} janvier 2005, tout assuré social de 16 ans* et plus, ouvrant droit ou ayant droit, est invité à choisir un médecin traitant pour l'accompagner dans son parcours de soins.

* Les mineurs doivent avoir l'accord de l'un des deux parents ou titulaires de l'autorité parentale qui devra également signer la déclaration.

Pour déclarer votre médecin traitant, il vous suffit de compléter le formulaire Déclaration de choix du médecin traitant (téléchargeable sur Camieg.fr). Celui-ci doit être rempli et signé par le médecin de votre choix puis envoyé à la Camieg.

CHANGEMENT DE MÉDECIN TRAITANT

Vous pouvez en changer librement, sans condition ou justification particulière. Il vous faudra faire une nouvelle déclaration qui annule la précédente (prise en compte de la date indiquée lors de la signature de la nouvelle déclaration).

MÉDECIN TRAITANT ET AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

Dans le cadre d'une ALD, le médecin traitant rédige le protocole de soins en concertation avec les médecins correspondants qui interviendront dans le suivi de votre pathologie. Vous pouvez consulter directement ces médecins sans passer par votre médecin traitant.

REMBOURSEMENT ET PARCOURS DE SOINS

Exemple d'une consultation chez un généraliste en secteur 1 à 23 €

Montants remboursés par la Camieg	Dans le parcours de soins	Hors parcours de soins
Remboursement de la part de base *	15,10 € Soit 70 %	6,90 € Soit 30 %
Remboursement de la part complémentaire	6,90 €	6,90 €
Reste à charge	0 €	9,20 €

* Les montants remboursés tiennent compte de la **retenue de 1 €** faite au titre de la participation forfaitaire. Celle-ci est due que vous ayez ou non déclaré un médecin traitant.

ÊTRE MIEUX REMBOURSÉ DANS LE PARCOURS DE SOINS

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés par votre médecin traitant, vous bénéficiez d'un **taux de remboursement de 70 %** pour les consultations.

En cas d'urgence, si vous êtes loin de votre domicile ou si votre médecin traitant est absent, vous pouvez consulter un autre médecin ou son remplaçant dans les mêmes conditions financières, donc sans surcoût.

Vous êtes également remboursé normalement si vous consultez un médecin correspondant, à la demande de votre médecin traitant.

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par le parcours de soins. Vous pouvez donc les emmener en consultation chez le pédiatre, le médecin généraliste ou spécialiste, que vous ayez déclaré un médecin traitant ou non. Vous serez remboursé aux taux habituels.

REMBOURSEMENT HORS PARCOURS DE SOINS

Vous pouvez ne pas désigner de médecin traitant et choisir de ne pas suivre le parcours de soins mais vos soins seront alors moins bien remboursés.

Il existe des exceptions au parcours de soins coordonnés pour certains actes et certaines spécialités, consultez **Camieg.fr** pour plus de détails.

Vous êtes considéré comme en dehors du parcours de soins, si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez un médecin sans être orienté par votre médecin traitant.

La part non remboursée au titre du régime général, lorsque les soins sont dispensés hors parcours de soins, ne peut pas être prise en charge par le régime complémentaire.

Hors parcours, **vos consultations ne sont plus remboursées qu'à 30 %**. En effet, depuis le 31 janvier 2009, le montant de vos remboursements est réduit de :

- 40 % si le montant de l'acte est inférieur ou égal à 25 €
- 10 € pour tout acte supérieur à 25 €

SPÉCIALISTES EN ACCÈS DIRECT

Si vous avez déclaré un médecin traitant, vous pouvez consulter directement en étant remboursé normalement :

- Un 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) ;
- Un ophtalmologue (pour la prescription et le renouvellement de verres correcteurs ou de lentilles de contact, pour le dépistage et le suivi du glaucome) ;
- Un stomatologue (pour les soins de prévention bucco-dentaires, les soins conservateurs, les soins chirurgicaux, les soins de prothèses dentaires, les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale) ;
- Un chirurgien-dentiste pour des soins dentaires ;
- Un psychiatre ou un neuropsychiatre (si vous avez entre 16 et 25 ans, à l'exclusion des soins de neurologie).

En dehors de ces actes prévus en accès direct autorisé, vous devez avoir été orienté par votre médecin traitant vers l'un de ces spécialistes sinon vous serez moins bien remboursé.

LES RETENUES SUR REMBOURSEMENT

FRANCHISE MÉDICALE

La franchise est une somme qui est déduite des remboursements des médicaments, des actes paramédicaux et des transports sanitaires.

Les franchises médicales s'élèvent à :

- 0,50€ par boîte de médicaments remboursables (allopathiques, homéopathiques ou une préparation magistrale).
- 0,50€ par acte paramédical (infirmiers, kinés, masseurs, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues) dans la limite de 2€ par jour, pour un même patient et un même professionnel de santé.
- 2€ par trajet pour les transports médicaux (transports en taxi, en véhicule sanitaire léger (VSL) et en ambulance, sauf en cas d'urgence) dans la limite de 4€ par jour, pour un même patient et un même transporteur.

Le plafond de la franchise médicale est de 50€ par an et par personne.

Les substituts nicotiniques et le vaccin contre la grippe dans le cadre de la campagne nationale ne sont pas soumis à la franchise médicale.

PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 €

Une participation forfaitaire de 1 € est retenue sur le remboursement des actes suivants :

- Consultation ou acte réalisé par un généraliste ou un spécialiste à son cabinet, à votre domicile ou à l'hôpital.
- Examens de radiologie.
- Analyses de biologie médicale.

Elle est retenue pour chaque consultation ou acte dans la limite de 4€ par jour et par professionnel de santé. Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné à 50€ par année civile et par personne. Tous les assurés sont concernés par la participation forfaitaire et la franchise médicale sauf :

- Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans.
- Les femmes enceintes dès le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement.

La participation forfaitaire n'est pas retenue pour les actes réalisés dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

PAIEMENT DE CES RETENUES

La participation forfaitaire et la franchise s'appliquent que vous ayez ou non déclaré un médecin traitant et que vous soyez ou non dans le parcours de soins.

Elles sont déduites automatiquement du montant de vos remboursements (sur la part de base), elles apparaissent en déduction sur votre relevé de prestations. Les franchises médicales et la participation forfaitaire ne peuvent être remboursées par le régime complémentaire, elles restent à votre charge.

Quand vous n'avez pas réglé directement le professionnel de santé et avez bénéficié du tiers-payant, les franchises et participations forfaitaires n'ont donc pas été retenues. En conséquence, elles seront perçues de façon différée lors d'un prochain remboursement, quel que soit l'acte remboursé, pour vous-même ou l'un de vos ayants droit.

LEXIQUE

Secteur 1

Un médecin généraliste ou spécialiste du secteur 1 pratique des honoraires plafonnés et fixés par convention. C'est la base de remboursement de l'assurance maladie.

Secteur 2

Conventionné « honoraires libres », le praticien est autorisé à dépasser le tarif officiel mais le montant du dépassement n'est pas remboursé par le régime général (remboursement à l'assuré sur la base du secteur 1) et dans la limite des garanties complémentaires Camieg.

Secteur 2 avec option de coordination

Ce médecin, généraliste ou spécialiste, a signé l'option de coordination avec la Sécurité sociale, il applique les tarifs de secteur 1 si le patient lui a été adressé par son médecin traitant.

@ Rendez-vous sur Camieg.fr pour télécharger :

- le formulaire de déclaration de choix du médecin traitant

CONTACTS

- **Camieg.fr**
- **08 06 06 93 00** (service gratuit + prix d'appel)
- **Camieg 92011 Nanterre Cedex**