

La protection sociale

L'assurance maladie du régime général de sécurité sociale protège des conséquences financières de la maladie, de la maternité, de l'invalidité et du décès. Elle couvre également les risques accident du travail et maladie professionnelle. Les caisses d'assurance maladie ont pour autres missions d'immatriculer les assurés sociaux, de promouvoir la santé par la prévention et l'information sanitaires et de garantir un égal accès aux soins pour tous.

HAUTE-LOIRE

Sommaire

I- LE REGIME OBLIGATOIRE
II- LES ASSUREURS COMPLEMENTAIRES
III- LEXIQUE
POUR EN SAVOIR PLUS

I- LE REGIME OBLIGATOIRE

1) La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA HAUTE-LOIRE (CPAM)

10 avenue André Soulier - BP 324
43011 LE PUY-EN-VELAY CEDEX
Tél : 36 46
Fax : 04 71 05 67 10
Web : http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-haute-loire/index_haute-loire.php
Accueil public : du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h
Accueil téléphonique : du lundi au vendredi de 8 h à 18 h

2) Un nouveau service téléphonique

Depuis le 1er mars 2005, en Haute-Loire, l'assurance maladie a mis en place un nouveau service téléphonique destiné à tous les publics : **0 820 904 221** du lundi au vendredi de 9 h à 18 h.

Ce service permet : d'avoir des informations sur les professionnels de santé (leurs coordonnées : téléphone, adresse) et d'obtenir des conseils sur les questions de santé.

3) Les autres caisses du régime obligatoire

MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA)

11 boulevard du Président Bertrand - BP 175
43005 LE PUY-EN-VELAY CEDEX
Tél : 0 810 10 11 20
Email : internet.contact@auvergne.msa.fr
Web : <http://www.msa-auvergne.fr>
. protection sociale du monde agricole

II- LES ASSUREURS COMPLEMENTAIRES

1) Les mutuelles

Les mutuelles sont des groupements à but non lucratif fondés sur des valeurs humanistes, telles que la solidarité, l'entraide, la démocratie et la responsabilité.

Elles remboursent, totalement ou partiellement, les frais de soins non pris en charge par la Sécurité sociale.

MUTUALITÉ FRANÇAISE DE HAUTE-LOIRE

Résidence Victor Hugo
21 rue des Moulins
43000 LE PUY-EN-VELAY
Tél : 04 71 05 92 59
Fax : 04 71 05 63 38
Email : mutualite-43@wanadoo.fr
Web : <http://www.mutualite.com>

2) Les assurances

Pour compléter les prestations des régimes obligatoires d'assurance maladie, les assureurs proposent des contrats santé.

Ces contrats ont pour objet de garantir la maladie, l'accident et la maternité. Les garanties de remboursement des frais de soins et de biens médicaux varient selon les contrats, de la prise en charge du seul ticket modérateur au remboursement total ou partiel des frais laissés à la charge de l'assuré.

CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION DE L'ASSURANCE (CDIA)

M. JEAN-PAUL LEQUETTE

Responsable des réseaux, Tél : 01 42 47 94 36, E-mail : lequette@cdia.tm.fr

26 boulevard Haussmann

75009 PARIS

Fax : 01 42 47 94 40

Web : <http://www.ffsa.fr>

III- LEXIQUE

"Protection sociale", "médecin conventionné", "ticket modérateur", "ayant-droit", "mutuelles", si ces termes ne vous sont pas familiers, voici quelques éléments de traduction.

ASSURANCE UNIVERSELLE : c'est la généralisation de l'Assurance Maladie à tous. Progressivement élargi au cours de ces dernières années avec, en 2000, la mise en place de la CMU (couverture maladie universelle), ce droit est reconnu à toute personne résidant régulièrement en France.

ASSURES SOCIAUX : les assurés sociaux sont toutes les personnes bénéficiant d'une couverture maladie. Ce sont des cotisants, actifs ou retraités, leurs ayants droit (enfants mineurs par exemple) qui sont également couverts sans pour autant payer de cotisations, et tous les bénéficiaires du régime général qui ne cotisent pas faute de revenus suffisants : certains handicapés, détenus, bénéficiaires du RMI, ...

ASSUREUR COMPLEMENTAIRE : une mutuelle, une assurance privée, une institution de prévoyance proposent des couvertures complémentaires santé. Elles assurent le remboursement, de tout ou partie, de la part des soins non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie (ticket modérateur, forfait journalier à l'hôpital). Elles prennent également en charge tout ou partie des dépassements des médecins à honoraires libres, des frais d'optique ou de prothèses dentaires, ...

AYANT-DROIT : vous faites partie de cette catégorie si vous ne payez pas de cotisation mais bénéficiez d'une couverture sociale par l'intermédiaire de vos parents ou de votre conjoint (ou concubin).

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM) : c'est auprès d'elle que vous êtes immatriculé et que vous pouvez vous faire rembourser de vos frais de maladie.

CARTE D'ASSURE SOCIAL (CARTE VITALE) : la carte Vitale est votre carte d'assuré social. Elle atteste de votre affiliation et de vos droits à l'Assurance Maladie. Dite aussi "carte à puce", la carte Vitale est une carte à microprocesseur, de la taille d'une carte bancaire. Elle contient tous les renseignements administratifs nécessaires au remboursement de vos soins. Elle peut être présentée à tout professionnel ou établissement de santé, équipé du matériel informatique lui permettant de la "lire". La carte Vitale est attribuée à toute personne de 16 ans et plus. En 2007, elle deviendra une véritable carte d'identité santé, la clé d'accès à votre dossier médical personnel et contiendra les données médicales utiles en cas d'urgence.

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU) : c'est le dispositif permettant aux personnes non couvertes par un statut professionnel (salarié, agriculteur, artisan, ...) de bénéficier exactement des mêmes droits à l'Assurance Maladie. Ceux qui ont peu de ressources ne cotisent pas.

CMU COMPLEMENTAIRE : c'est une assurance maladie complémentaire offerte à ceux dont les ressources sont inférieures à un certain niveau de revenu (appelé "plafond"). Cette assurance complémentaire leur permet de porter à 100 % la prise en charge de leurs dépenses de soins, sans avoir à avancer d'argent.

FORFAIT JOURNALIER A L'HOPITAL (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. Certains patients

en sont dispensés : par exemple, les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, les femmes au cours des derniers mois de leur grossesse et après l'accouchement.

LE DOSSIER MEDICAL PERSONNEL : le dossier médical personnel sera un dossier unique, informatisé. Il appartiendra au patient, qui sera le seul détenteur du code d'accès. C'est la garantie d'un bon respect des protocoles de soins. Il permettra de suivre le cheminement du malade dans le système de soins. Il permettra au médecin de prendre connaissance des éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par ses confrères en ville et à l'hôpital, ainsi que des éléments de compte-rendu de sortie en cas de séjour dans un établissement de santé.

EXONERATION DU TICKET MODERATEUR : dans certaines situations (affections graves et/ou chroniques et coûteuses, interventions chirurgicales, accidents du travail, suivi à partir du 6^e mois de grossesse), l'Assurance Maladie couvre la totalité des frais de soins.

LA PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 EURO : pour préserver notre système de santé, l'effort de chacun est nécessaire. Concrètement, à partir du 1^{er} janvier 2005, une participation forfaitaire de 1 euro sera déduite du montant de vos remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, un examen radiologique, une analyse de biologie médicale. Cette participation forfaitaire de 1 euro ne concerne pas les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes de plus de 6 mois, et les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'Aide médicale de l'Etat. Au total, cette participation forfaitaire sera limitée à 50 euros par an et par personne.

LE MEDECIN TRAITANT : c'est le médecin que vous choisissez pour vous soigner au quotidien et vous aider à vous orienter vers les soins dont vous avez besoin. Un suivi médical coordonné par un médecin qui vous connaît bien, cela vous permet d'être mieux soigné et mieux orienté vers les soins adaptés à votre état de santé. Cela évite également des consultations ou examens inutiles, coûteux pour vous et pour tous. Vous devez déclarer votre médecin traitant à votre caisse d'Assurance Maladie avant le 1^{er} juillet 2005. A partir de cette date, les actes médicaux qui ne seront pas réalisés ou recommandés par lui pourront être moins bien remboursés. A noter que seules les personnes de 16 ans et plus, ont à déclarer un médecin traitant. Les enfants ne sont pas concernés.

MEDECIN CONVENTIONNE - MEDECIN A HONORAIRES LIBRES

Le conventionnement des médecins libéraux est organisé en deux secteurs :

En secteur 1, le médecin pratique les honoraires fixés dans la convention, base du remboursement par l'Assurance Maladie. Il n'est pas autorisé à les dépasser sauf exceptionnellement pour exigence particulière de son patient. 85 % des généralistes et 65 % des spécialistes sont en secteur 1.

En secteur 2, le médecin pratique des "honoraires libres". Il est autorisé à dépasser le tarif officiel avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie, qui ne rembourse que sur la base du tarif officiel.

REGIME OBLIGATOIRE : régime d'assurance maladie auquel l'assuré est automatiquement rattaché en fonction de sa situation personnelle. L'Assurance Maladie est le régime général. La Mutualité Sociale Agricole est le régime des agriculteurs. Il existe aussi le régime des artisans, des commerçants et des professionnels libéraux et celui des étudiants.

RESPONSABILISATION DES ASSURES : pour être acteur de leur santé, les assurés doivent disposer d'informations sur le prix des soins, l'offre en termes d'établissements et d'organisation, de qualité sur les gestes de prévention pour se maintenir en bonne santé. Comme par exemple la vaccination antigrippale, les risques des interactions médicamenteuses, le bon usage des antibiotiques, les cas justifiant réellement une visite médicale à domicile. Il revient aux autres acteurs du système de santé (Etat, Assurance Maladie, régimes complémentaires, professionnels de santé) de faire preuve de pédagogie pour inciter les assurés/patients à utiliser au mieux le système.

TICKET MODERATEUR : c'est la part des frais de soins qui reste à la charge de l'assuré (ou de sa complémentaire). L'augmentation régulière du ticket modérateur a constitué un frein pour l'accès aux soins des plus démunis. L'instauration de la couverture maladie universelle complémentaire a permis de corriger cet effet.

TIERS-PAYANT : c'est une facilité de paiement, et donc d'accès aux soins, pour l'assuré. Le patient paye au professionnel de santé la part qui ne lui sera pas remboursée par l'Assurance Maladie. L'Assurance Maladie règle directement au professionnel ou à l'établissement la part qui lui revient. Par exemple, chez le pharmacien, pour un médicament remboursé à 65 %, le patient ne paye que les 35 % non remboursés par l'Assurance Maladie.

POUR EN SAVOIR PLUS

Fiche CIDJ n° 5.151 : "La protection sociale"
Fiche CIDJ n° 5.4 : "Se soigner"