

Assurance maladie : ce qui reste à votre charge - Lafinancepour tous - 13 Novembre 2023

Assurance maladie : ce qui reste à votre charge - Lafinancepour tous - 13 Novembre 2023

Tous les frais médicaux ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Certaines participations forfaitaires sont à la charge de l'assuré.

La participation forfaitaire de 1 euro

Pour les assurés de plus de 18 ans, l'assurance maladie demande une **participation forfaitaire de 1 €** pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin ou pour vos analyses et radiographies. Cette participation s'applique lors du parcours de soins mais également hors de celui-ci. Toutefois, si vous consultez un dentiste, un kinésithérapeute, une infirmière libérale, ou avez à subir une intervention à l'hôpital, notamment, vous n'avez pas à payer ce forfait.

La participation forfaitaire est déduite automatiquement du montant de vos remboursements.

La participation forfaitaire de 1 € n'est pas remboursée par les « contrats responsables » des complémentaires santé.

Le montant total de la participation forfaitaire est **plafonné à 50 € par an** (du 1er janvier au 31 décembre) **et par personne**.

La franchise médicale

C'est la somme qui est déduite des remboursements effectués par votre caisse d'assurance maladie sur les **médicaments** achetés, les **actes paramédicaux**

(kiné, infirmière...) et les **transports sanitaires** (ambulance). La franchise médicale **concerne les assurés de plus de 18 ans**.

Le montant de la franchise est de :

- **0,50 €** par boîte de médicament,
- **0,50 €** par acte paramédical (dans la limite de 2 €/jour),
- **2 €** pour les transports sanitaires (dans la limite de 4 €/jour).

Le montant de la franchise est **plafonné à 50 € par an et par personne**, pour l'ensemble des actes concernés.

La participation forfaitaire de 1 euro et la franchise médicale ne sont pas à régler lorsque vous êtes :

- bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ;
- bénéficiaire de l'aide médicale de l'État (AME) ;
- une femme prise en charge de le cadre de la maternité (pour les examens obligatoires et la période d'exonération du 1er jour du 6ème mois de grossesse au 12ème jour après l'accouchement).

Le forfait patient urgences (FPU)

Vous vous rendez **aux urgences** pour des soins non programmés et vous en sortez **sans être hospitalisé**. Depuis le 1er janvier 2022, vous devez régler **un « forfait patient urgences » d'un montant de 19,61 €**.

Vous êtes informé du montant à régler dès votre sortie des urgences. Le FPU doit être réglé soit lors du passage aux urgences, soit à réception de la facture, selon l'organisation de l'établissement de santé.

Le forfait patient urgences (FPU) est **intégralement remboursé par les mutuelles ou complémentaires santé**.

Dans certaines situations, vous pouvez bénéficier d'un **montant minoré, passant à 8,49 €** (notamment pour les personnes en affection de longue durée – ALD) **ou en être exonéré**. Renseignez-vous auprès de votre caisse d'assurance maladie ou de votre établissement de soins.

Le forfait hospitalier

Vous êtes hospitalisé pour un séjour de plus de 24 heures, vous devez alors vous acquitter du forfait hospitalier. Il correspond à la participation de chaque patient aux frais d'hébergement et d'entretien. Son montant est unique et payable dès la première nuitée. Depuis le 1er janvier 2018, il est de :

- **20 €** par jour en hôpital ou clinique,
- **15 €** par jour en psychiatrie.

Dans certaines situations, vous pouvez en être exonéré. Renseignez-vous auprès de votre caisse d'assurance maladie ou de votre établissement de soins.

Le forfait hospitalier peut être pris en charge par les complémentaires santé, selon le contrat et les garanties souscrites.

Le ticket modérateur

Le **ticket modérateur** est la part des dépenses de santé **non remboursée par l'Assurance maladie**, qui demeure à la charge de l'assuré.

Le montant du ticket modérateur varie selon :

- le type d'acte ou de traitement (soins, médicaments, appareillage...),
- la nature du risque (maladie, maternité, accident du travail...),
- le respect ou non du parcours de soins coordonnés.

La consultation d'un médecin généraliste exerçant en secteur 1 est **tarifée 26,50 €**. S'il s'agit de votre médecin traitant, vous serez remboursé par l'Assurance maladie de 70 % de ce montant (18,55 €) moins la participation forfaitaire de 1 €, soit un remboursement de 17,55 €. Il reste à votre charge 7,95 € au titre du ticket modérateur. **Soit un reste à charge total de 7,95 € + 1 € = 8,95 €.**

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur, selon le contrat souscrit.

Mais le ticket modérateur peut être majoré, notamment lorsque l'on est hors du parcours de soins coordonnés (pas de déclaration de médecin traitant, consultation directement d'un autre médecin hors spécialistes en accès direct autorisé...).

Sans déclaration de médecin traitant, la consultation du médecin généraliste exerçant en secteur 1, tarifée 26,50 €, sera remboursée par l'Assurance maladie sur la base de 30 % de ce montant (soit 7,95 €). Le montant du ticket modérateur restant à votre charge sera de 18,55 €. Auquel s'ajoute 1 € au titre de la participation forfaitaire. **Soit un reste à charge total de 18,55 € + 1 € = 19,55 €.**

Et les complémentaires santé, dans le cadre de leurs contrats responsables, ne remboursent pas les majorations du ticket modérateur. Un montant élevé de la dépense de santé restera à votre charge dans ce cas.

Le ticket modérateur est entièrement pris en charge pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS).

Le forfait de 24 euros

Ce **forfait de 24 €** remplace le ticket modérateur pour les actes qui dépassent un certain tarif.

Cette participation forfaitaire de 24 € s'applique :

- aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient de 60 (selon la nomenclature de l'Assurance maladie),
- aux frais d'hospitalisation en hôpital ou clinique, y compris en hospitalisation à domicile (HAD), pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient de 60.

Le règlement de ce forfait s'effectue directement auprès du praticien ou de l'établissement de soin consulté. Cette participation forfaitaire de 24 € peut être prise en charge par votre mutuelle, selon les contrats. Certaines prestations en sont exonérées (actes radiologiques particuliers, frais de transport d'urgence...).

La participation forfaitaire de 24 € n'est pas à régler si vous êtes de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).