

Le ticket modérateur correspond aux dépenses de santé qui restent à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance Maladie (au même titre que les participations forfaitaires, les franchises médicales* et le forfait journalier*). Il s'applique sur tous les soins et frais médicaux remboursables (consultation chez un médecin, achat de médicaments sur prescription médicale, hospitalisations, etc.).



CE QU'IL FAUT SAVOIR

- En cas de tiers-payant, vous n'avez pas à avancer l'argent pour la partie de vos dépenses remboursée par l'Assurance Maladie : vous ne payez que le ticket modérateur.
- Les mutuelles ou complémentaires santé peuvent prendre en charge tout ou partie du ticket modérateur en fonction du contrat souscrit. Se renseigner auprès d'elles.



LE MONTANT DU TICKET MODÉRATEUR

Le montant et le taux du ticket modérateur (se référer au tableau des taux -Cf. fin de la fiche sociale- de remboursements de la sécurité sociale) varie selon.

- La nature du risque (maladie, maternité, accident du travail, etc.) ;
- La nature des soins (type d'actes, consultation, médicaments ou traitements effectués) ;
- La situation de l'assuré (titulaire d'une pension d'invalidité, assurés reconnus atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD) exonérante).
- Le régime de sécurité dont dépend l'assuré (régime d'Alsace-Moselle) ;
- Le respect ou non du parcours de soins coordonnés.



L'exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie) ne s'applique ni au forfait hospitalier, ni aux frais de confort personnel (chambre particulière, télévision...)

Elle ne couvre pas les dépassements pratiqués par les professionnels de santé en honoraires libres qui restent à la charge de l'assuré. Se renseigner auprès de sa mutuelle ou complémentaire santé.



L'EXONÉRATION DU TICKET MODÉRATEUR

L'exonération du ticket modérateur consiste en la prise en charge à 100 % des soins et frais médicaux, sur la base et dans la limite des tarifs remboursés par la sécurité sociale.

Sont exonérés du ticket modérateur :

- Les personnes atteintes d'une Affection de Longue Durée (A.L.D.)* lorsque les soins ou les frais médicaux sont en lien avec l'A.L.D.;
- Les personnes **titulaires d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle** dont le taux est au moins égal à 66,66 % ainsi que leurs ayant-droits ;
- Les bénéficiaires d'une **pension d'invalidité** ou d'une pension de retraite pour invalidité, d'une pension de veuf ou veuve invalide, d'une pension militaire d'invalidité ;
- Les bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées ASPA (ex minimum vieillesse).
- Les personnes hospitalisées plus de trente jours consécutifs (la prise en charge à 100 % débute alors le trente et unième jour) ;
- Les femmes enceintes en cas d'hospitalisation à partir du 6ème mois de grossesse et pendant les 12 jours qui suivent l'accouchement
- Les nouveau-nés, en cas d'hospitalisation dans les trente jours suivant la naissance ;
- Les enfants mineurs, s'ils sont hospitalisés suite à des sévices sexuels ;
- Les personnes qui relèvent du régime local d'Alsace-Moselle ;
- Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire* (CSS) ou de l'Aide Médicale de l'État* (A.M.E.) ;
- Les personnes prises en charge au titre du diagnostic et du traitement de la stérilité y compris pour l'insémination artificielle.

..



LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

• Les remboursements des consultations médicales dépendent du secteur conventionnel auquel appartiennent les médecins.

- Les médecins conventionnés en secteur 1 doivent appliquer les tarifs « conventionnels », c'est-à-dire les tarifs fixés entre l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins.

• La part remboursée par la Sécurité sociale représente 70 % du tarif conventionnel dans le cadre du parcours de soins.

• Les médecins conventionnés en secteur 2 peuvent pratiquer des honoraires libres, c'est-à-dire fixer des tarifs plus élevés que les tarifs conventionnels.



CE QU'IL FAUT SAVOIR

La loi rend obligatoire l'information préalable du patient avant la dispensation d'actes coûteux.

Cette information écrite porte sur le prix total des soins, sur le tarif de remboursement et sur les dépassements qui lui seront éventuellement demandés (art. L.1111-3 du Code de la Santé Publique).

- Les médecins en secteur 1 peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires en cas de « demande particulière » d'un patient.

- Les « dépassements d'honoraires » peuvent être pris en charge, totalement ou partiellement, par certaines mutuelles ou complémentaires santé (se renseigner).

Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ne sont jamais pris en charge par l'assurance maladie.



De manière générale, la majoration du ticket modérateur n'est pas remboursée par les « mutuelles ». l'employeur par lettre recommandée de réception, un mois au moins avant la modification du congé.



LA MAJORATION DU TICKET MODÉRATEUR

Le parcours de soins consiste en la désignation d'un médecin traitant (généraliste ou spécialiste) chargé du suivi médical coordonné et d'une prévention personnalisée.

• **Respect du parcours de soins coordonnés** en vous adressant à votre médecin traitant en premier : votre taux habituel de remboursement reste inchangé.

• **Non-respect du parcours de soins coordonnés** en ne déclarant pas le médecin traitant ou en s'adressant à un autre médecin : l'Assurance Maladie rembourse moins.

Consultation médecin traitant - Généraliste conventionné

Honoraires payés par l'assuré	25 €	
Remboursement par la caisse maladie	Respect Parcours de Soins	Non Respect parcours de soins
	70 % 16.50 € (25€ x 70%=17.50€ -1€ au titre de la participation forfaitaire)	30 % 6.50% (25€ x 30%=7.50€ -1€ au titre de la participation forfaitaire)
Ticket Modérateur (à régler par l'assuré)	7.50 €	17.50 €

Qu'un médecin traitant soit déclaré ou non, **la majoration du ticket modérateur ne s'applique** pas pour les actes suivants :

- Dépistage organisé dans le cadre de campagne nationale contre le cancer du sein.
- IVG médicamenteuse
- Soins lors d'une hospitalisation du secteur privé ou public
- Soins effectués dans le cadre d'une urgence
- Soins palliatifs
- Les expertises
- Les soins à l'étranger
- Les actes anatomo-pathologiste biopsie ou ponction pour une étude.

Ainsi que les consultations chez les spécialistes suivants :

Chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, laboratoires, biologistes, pharmaciens, transports sanitaires, fournisseurs d'appareils (opticiens...).

Elle ne s'applique pas non plus aux examens obligatoires des femmes enceintes et à partir du 1er jour du 6^e mois de grossesse, en cas d'accident de travail.