

Médecin traitant et parcours de soins :

Depuis le 1er janvier 2006, vos remboursements de frais de santé sont conditionnés au bon **respect du parcours de soins**. Pour cela, vous devez **déclarer votre médecin traitant** qui assurera vos soins courants et vous orientera vers un spécialiste si nécessaire.

Si vous ne respectez pas ce parcours de soins ou si vous refusez l'accès à votre dossier médical personnel, vous serez moins bien remboursé : augmentation de la part non remboursée par l'Assurance Maladie, application d'une majoration d'honoraires par le médecin et non prise en charge par la Trousse Première Assurance.

Toutefois, **certains spécialistes peuvent être consultés directement** (sans diminution de remboursement) tels que : les **gynécologues**, les **ophtalmologistes**, les **psychiatres** et **neuropsychiatres**. Les **pédiatres** sont également en accès direct puisque vous n'avez pas à déclarer de médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans.

Les **dentistes** ne sont pas non plus concernés par le système du médecin traitant.

Sachez également qu'en cas d'**urgence** ou si vous êtes **hors de votre résidence habituelle**, vous pouvez consulter un autre médecin sans pénalité de remboursement.

Sur quels actes médicaux s'applique la participation forfaitaire de 1 € ?

La participation forfaitaire de 1 € s'applique pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste, que ce soit à son cabinet, au domicile du patient, dans un dispensaire ou dans un centre de soins, en consultation ou aux urgences à l'hôpital. Elle s'applique également pour les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale.

Sur quels actes ne s'applique pas la participation forfaitaire de 1 € ?

La participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas aux consultations, actes ou soins réalisés par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes). Elle ne s'applique pas non plus en cas d'hospitalisation.

Bon à savoir !

Les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'Aide médicale de l'Etat ne payent pas le forfait de 1 €.

Réforme de la Sécurité sociale :

Il reste un forfait de 1 € à la charge de l'assuré qui n'est pris en charge ni par le Régime obligatoire, ni par les contrats de complémentaire santé.

La déclaration du médecin traitant est obligatoire à partir de 16 ans ; il permet à l'assuré de s'inscrire dans le parcours de soins et d'être mieux remboursé.

Voir ci-contre.

1. Les soins courants*

Synthèse de vos garanties



Consultations (en parcours de soins coordonné)	100 % du TC*
Médicaments (vignette blanche uniquement)	100 % du TC*
Auxiliaires médicaux	100 % du TC*
Analyses	100 % du TC*
Radio – échographie – scanner – IRM	100 % du TC*
Transport	100 % du TC*

*Sous déduction du remboursement de votre régime obligatoire



La Trousse Première Assurance rembourse vos consultations chez l'ophtalmologiste, mais les lunettes et lentilles restent à votre charge. Les cures médicales ne sont pas remboursées et il n'y a pas de forfait maternité.

Reportez-vous aux conditions générales de votre contrat.

Le remboursement des consultations

(en parcours de soins coordonné)

Exemples de remboursement :

			Le Régime obligatoire vous rembourse		La Trousse Première Assurance vous rembourse	
Médecin consulté	Tarif	Base de remboursement (100% TC)	Taux	Montant	Taux	Montant
Généraliste secteur 1 (médecin traitant)	21 €	21 €	70 %	14,70 € - 1 € = 13,70 €	30 %	6,30 €
Généraliste secteur 2 (médecin traitant)	Honoraires libres	21 €	70 %	14,70 € - 1 € = 13,70 €	30 %	6,30 €
Spécialiste secteur 2 (médecin correspondant)	Honoraires libres	23 €	70 %	16,10 € - 1 € = 15,10 €	30 %	6,30 €
Spécialistes en accès direct Secteur 2 (gynécologues, ophtalmologues,...)	Honoraires libres	23 €	70 %	16,10 € - 1 € = 15,10 €	30 %	6,90 €
Cardiologue secteur 1 ou 2 (pour un suivi régulier)	Honoraires libres	49 €	70 %	34,30 € - 1 € = 33,30 €	30 %	14,70 €



Le secteur 2 est l'ensemble des médecins qui choisissent le prix de leur consultation : elle peut être de 20 € comme de 100 €. Pour être bien remboursé, renseignez-vous avant de consulter un médecin.



La consultation chez mon médecin traitant généraliste (secteur 1) me coûte 21 €. Je serai remboursé :

- > 13,70 € par la Sécurité sociale,
- > **6,30 € par ma Trousse Première Assurance, soit 21 € au total. La consultation me reviendra donc à 1 €.**

Je vais régulièrement chez mon cardiologue. La consultation me coûte 49 €. Je serai remboursé :

- > 33,30 € par la Sécurité sociale,
- > **14,70 € par ma Trousse Première Assurance, soit 48 € au total. La consultation me reviendra donc à 1 €.**

Je vais chez mon dermatologue (médecin spécialiste secteur 2) sur recommandation de mon médecin traitant. La consultation me coûte 40 €. Je serai remboursé :

- > 15,10 € par la Sécurité sociale,
- > **6,30 € par ma Trousse Première Assurance, soit 21,40 € au total. La consultation me reviendra donc à 18,60 €.**

Le remboursement des médicaments

Vous êtes remboursé à 100 % pour les médicaments à **vignette blanche**, c'est-à-dire ceux reconnus les plus efficaces par la Sécurité sociale :

- > 65 % sont pris en charge par la Sécurité sociale,
- > 35 % par la Trousse Première Assurance.



Les médicaments à **vignette bleue et à vignette orange**, dont le service médical rendu n'a pas été reconnu comme majeur ou important, ou ceux destinés au traitement des troubles ou d'affections sans caractères habituel de gravité, ne sont pas pris en charge par la Trousse Première Assurance.

BON À SAVOIR !

N'hésitez pas à demander à votre médecin, lorsqu'il vous prescrit un médicament, d'indiquer sa référence la moins chère. Votre pharmacien a aussi le droit de vous délivrer un médicament générique à la place d'un médicament de marque prescrit sur votre ordonnance. Faites-lui confiance : un médicament générique est aussi efficace qu'un médicament de marque équivalent. Vous serez aussi bien soigné et si le médicament est moins cher, vous serez mieux remboursé.

2. Les frais dentaires*

Synthèse de vos garanties



Consultations et soins dentaires	100 % du TC*
Prothèses dentaires	100 % du TC*
La participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas aux consultations de chirurgiens-dentistes. Le tarif de convention (TC) pour une prothèse dentaire s'élève à 107,50 €.	

*Sous déduction du remboursement de votre régime obligatoire

Exemples de remboursement

Je vais voir mon dentiste qui me prend 21 €, je serai remboursé :

> 14,70 € par la Sécurité sociale (70 % du TC),

> **6,30 € par ma Trousse Première Assurance (30 % du TC), soit 21 € au total. La consultation ne me coûtera donc rien.**

Mon dentiste doit me poser une couronne céramo-métallique pour un montant de 250 €. Je serai remboursé :

> 75,25 € par la Sécurité sociale (70 % du TC),

> **107,50 € par ma Trousse Première Assurance (100 % du TC en plus du remboursement du régime obligatoire), soit 182,75 € au total. Cette intervention me coûtera donc 67,25 €.**

BON À SAVOIR !

Afin de réduire vos dépenses, pensez à consulter les écoles et les cliniques dentaires qui pratiquent souvent de meilleurs tarifs, et n'hésitez pas à demander un devis avant toute réalisation de prothèse dentaire.

3. L'hospitalisation*

Synthèse de vos garanties

Hospitalisation en secteur conventionné :	Forfait hospitalier (limité à 90 jours par an)	15 € par jour
	Honoraires médicaux	100 % du TC*
Votre Régime obligatoire prend en charge 80 % (ou 100 % dans certains cas particuliers) vos frais d'hospitalisation, mais jamais le forfait hospitalier. La Trousse Premier assurance complète ce remboursement.		

*Sous déduction du remboursement de votre régime obligatoire

Exemples de remboursement

Je dois être hospitalisé dans un hôpital public ou dans une clinique privée conventionnée. Pour une opération de l'appendicite :

> Je serai remboursé à 80 % par la Sécurité sociale pour les frais hospitaliers.

> **Les 20 % restants seront pris en charge par ma Trousse Première Assurance, ainsi que le forfait hospitalier de 15 € par jour.**



Suite à un accident de travail :

> Je serai remboursé à 100% par la Sécurité sociale pour les frais hospitaliers.

> **Ma Trousse Première Assurance prendra en charge le forfait hospitalier (15 € par jour).**

BON À SAVOIR !

A l'hôpital, vous avez la possibilité de demander un confort supplémentaire (chambre particulière, télévision...). Ces dépenses resteront à votre charge.