



Quel est le principe du dispositif ?



Chaque assuré de plus de 16 ans doit choisir un médecin traitant qui l'orientera au mieux dans son **parcours de soins** et qui assurera le suivi de son dossier médical personnel (prévu pour 2007). Le passage par le médecin traitant est un préalable au parcours de soins (le médecin traitant s'engageant à la mise en œuvre du futur dossier médical personnel).

Quels sont les objectifs de sa mise en place ?



Modifier les comportements des assurés sociaux en les responsabilisant.
Faciliter les échanges avec le personnel médical.
Faire faire des économies à la Sécurité sociale en évitant par exemple des consultations et examens excessifs ou répétés.

Quand choisir son médecin traitant ?



Vous devez choisir votre médecin traitant avant le 1er juillet 2005. Si vous n'avez pas à consulter votre médecin avant cette date, la déclaration se fera lors de votre prochaine consultation.

Qui sera votre médecin traitant ?



Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste, un médecin hospitalier ou salarié d'un centre hospitalier.

Comment se déroule le choix du médecin traitant ?



Vous devez faire remplir et faire signer un imprimé au médecin que vous avez choisi (qui doit accepter) et envoyer un exemplaire à votre caisse maladie.

NB : Ce formulaire devrait vous être envoyé entre janvier et mars 2005, mais vous pouvez le télécharger sur le site www.ameli.fr

Comment fonctionne le dispositif ?



Vous devrez consulter systématiquement votre médecin traitant (sauf exceptions ci-dessous) avant de voir un autre professionnel de santé.

Quelles sont les exceptions au dispositif ?



- En cas de consultation d'un dentiste, d'un gynécologue, d'un ophtalmologiste ou d'un pédiatre.
- En cas d'absence du médecin traitant, d'urgence (appréciation par le médecin consulté) ou d'éloignement géographique.
- En cas de maladie chronique, vous pouvez accéder directement à votre médecin spécialiste si votre traitement ou suivi le prévoit.

Quelles seront les conséquences du non-respect du dispositif ?



- Le non-respect du parcours de soins à travers le médecin traitant entraînera des dépenses supplémentaires car la part restant à votre charge sera majorée (= majoration du ticket modérateur).
- Certains spécialistes pourront pratiquer des dépassements d'honoraires lorsqu'ils recevront un patient qui ne leur aura pas été préalablement adressé par un médecin traitant.

Peut-on changer de médecin traitant ?



Si vous décidez ultérieurement de changer de médecin traitant, vous devrez avertir par écrit à la fois votre médecin traitant et votre caisse d'assurance maladie.



Quel est le principe du forfait 1 euro ?



C'est une participation laissée à la charge de l'assuré, pour chaque consultation ou acte pris en charge par l'Assurance maladie, y compris les actes de radiologie et de biologie (sauf prélèvements), et réalisé à partir du **1er janvier 2005**, par un médecin généraliste ou spécialiste.

Quels sont les objectifs de sa mise en place ?



Responsabiliser les assurés en instaurant une participation forfaitaire (le montant de cette participation pourrait évoluer dans le temps).

Quels sont les actes concernés ?



Visite, consultation ou tout acte réalisé :

- par un médecin,
- par un laboratoire d'analyses médicales,
- par un radiologue,
- par un médecin hospitalier.

Qui doit s'acquitter de cette participation forfaitaire ?



Tous les assurés sociaux de plus de 18 ans, y compris les catégories suivantes:

- personnes en invalidité,
- bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur,
- accidentés du travail,
- titulaires du minimum vieillesse

Quelles sont les exceptions au dispositif ?



- Femmes enceintes de plus de 6 mois (jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement), examens obligatoires liés à la grossesse,
- Ayants droit de moins de 18 ans,
- Bénéficiaires de la CMU (couverture maladie universelle),
- Actes de consultations réalisés au cours d'une hospitalisation,
- Soins par un chirurgien-dentiste, sage-femme ou auxiliaire médical (kiné, infirmier, orthoptiste et orthophoniste),
- Accidents du travail et maladies professionnelles des fonctionnaires,
- Les TOM.

Comment cette participation sera-t-elle payée ?



- Cette somme ne sera pas versée en plus au professionnel de santé mais sera déduite du montant remboursé par la Sécurité sociale.
- Si vous bénéficiez de l'avance de frais (tiers-payant), votre participation sera déduite des versements de prestations ultérieures par votre caisse.
- Les relevés de remboursement de soins qui seront adressés par la caisse d'Assurance maladie préciseront systématiquement la date et la nature de l'acte auquel il se rapporte.

Existe-t-il des plafonds à la participation forfaitaire ?



Oui, la participation forfaitaire est limitée à 50 actes par an (soit 50 € pour 2005).
De plus, si vous consultez plusieurs fois le même médecin au cours d'une journée, la participation forfaitaire de 1 euro ne s'applique qu'une fois.
Par contre, si vous consultez deux médecins différents au cours de la même journée, la participation forfaitaire de 1 euro s'applique à chaque fois.

Pourquoi les complémentaires santé (y compris QUATREM) ne prennent pas en charge la participation forfaitaire de 1 euro et les dépassements d'honoraires et/ou les majorations de ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins ?

Avec la nouvelle loi sur l'assurance maladie, les couvertures santé devront, pour bénéficier des avantages liés aux « contrats responsables » (exonération dans une certaine limite de la taxe et des cotisations sociales sur les cotisations d'assurance, possibilité de proposer le crédit d'impôt destiné à faciliter la souscription d'une complémentaire individuelle sous condition de revenus), répondre à un cahier des charges très précis.

Ce dernier n'est pas encore connu à ce jour, mais on sait qu'il comprendra entre autres les dispositions suivantes :

- ne pas rembourser la participation forfaitaire de 1 euro,
- l'exclusion partielle ou totale de :
 - la majoration du ticket modérateur en cas de non passage préalable par le médecin traitant,
 - les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations en cas de non respect du parcours de soins,
 - la majoration du ticket modérateur en cas de refus d'accès au dossier médical personnel.

