

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés

Tarifs des consultations du médecin traitant (applicables au 1er juillet 2007)

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Généraliste secteur 1	22 €	22 €	70 %	14,40 €
Généraliste secteur 2	honoraires libres	22 €	70 %	14,40 €
Spécialiste secteur 1	25 €	25 €	70 %	16,50 €
Spécialiste secteur 2	honoraires libres	23 €	70 %	15,10 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 1	37 €	37 €	70 %	24,90 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 2	honoraires libres	34,30 €	70 %	23,01 €

Tarifs des consultations des médecins correspondants (applicables au 1er juillet 2007)

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Généraliste - secteur 1 - ou secteur 2 avec option de coordination	25 €	25 €	70 %	16,50 €
Généraliste secteur 2	honoraires libres	22 €	70 %	14,40 €
Spécialiste - secteur 1 - ou secteur 2 avec option de coordination	28 €	28 €	70 %	18,60 €
Spécialiste secteur 2	honoraires libres	23 €	70 %	15,10 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue - secteur 1 - ou secteur 2 avec option de coordination	41 €	41 €	70 %	27,70 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 2	honoraires libres	34,30 €	70 %	23,01 €
Cardiologue - secteur 1 - ou secteur 2 avec option de coordination	49 €	49 €	70 %	33,30 €
Cardiologue secteur 2	honoraires libres	45,73	70 %	31,01 €

* Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la C.M.U. complémentaire ou de l'Aide médicale de l'État.

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés (suite)

Tarifs des consultations du médecin correspondant pour avis ponctuel
(applicables au 1er juillet 2007).

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Spécialiste - secteur 1 - ou secteur 2 avec option de coordination	44 €	44 €	70 %	29,80 €
Spécialiste secteur 2	honoraires libres	44 €	70 %	29,80 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue - secteur 1 - ou secteur 2 avec option de coordination	55 €	55 €	70 %	37,50 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 2	honoraires libres	55 €	70 %	37,50 €

* Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la C.M.U. complémentaire ou de l'Aide médicale de l'État.

Hors du parcours de soins coordonnés

Tarifs des consultations d'un médecin généraliste
(tarifs applicables au 2 septembre 2007)

Médecin consulté	Tarif conventionnel	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Généraliste secteur 1	22,00 €	22,00 €	50 %	10 €
Généraliste secteur 2	honoraires libres	22,00 €	50 %	10 €

Tarifs des consultations d'un médecin généraliste
(tarifs applicables au 2 septembre 2007)

Médecin consulté	Tarif conventionnel	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Spécialiste secteur 1	33,00 € (maximum)	25,00 €	50 %	11,50 €
Spécialiste secteur 2	honoraires libres	23,00 €	50 %	10,50 €
Neurologue secteur 1	49,00 € (maximum)	23,00 €	50 %	19,36 €
Neurologue secteur 2	honoraires libres	34,30 €	50 %	18,01 €
Cardiologue secteur 1	58,00 € (maximum)	45,73 €	50 %	26,01 €
Cardiologue secteur 2	honoraires libres	45,73 €	50 %	26,01 €

* Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la C.M.U. complémentaire ou de l'Aide médicale de l'État.

Tarifs de consultations des médecins spécialistes en accès direct autorisé si vous avez déclaré un médecin traitant (tarifs applicables au 1er juillet 2007)

Médecin consulté	Tarif conventionnel	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Gynécologue - Ophtalmologue Consultation pour suivi régulier - secteur 1 - ou secteur 2 avec option de coordination	28,00 €	28,00 €	70 %	18,60 €
Gynécologue - Ophtalmologue Consultation pour suivi régulier ou autre secteur 2	honoraires libres	23,00 €	70 %	15,10 €
Psychiatre Neuropsychiatre (pour les patients de 16 à 25 ans) secteur 1 ou 2 avec option de coordination	41,00 €	41,00 €	70 %	27,70 €
Psychiatre Neuropsychiatre (pour les patients de 16 à 25 ans) secteur 2	honoraires libres	34,30 €	70 %	23,01 €

Tarifs de consultations des médecins spécialistes en dehors de l'accès direct autorisé si vous avez déclaré un médecin traitant (tarifs applicables au 1er juillet 2007)

Médecin consulté	Tarif conventionnel	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Gynécologue Ophtalmologue Consultation en dehors du suivi régulier secteur 1	33,00 € (maximum)	25,00 €	70 %	16,50 €
Gynécologue Ophtalmologue Consultation en dehors du suivi régulier secteur 2	honoraires libres	23,00 €	70 %	15,10 €
Psychiatre Neuropsychiatre Consultation patient de 26 ans et plus secteur 1	49,00 € (maximum)	37,00 €	70 %	24,90 €
Psychiatre Neuropsychiatre Consultation patient de 26 ans et plus secteur 2	honoraires libres	34,30 €	70 %	23,01 €

Consultations en accès autorisé (suite)

Vous n'avez pas déclaré de médecin traitant

Si vous consultez un spécialiste en accès direct autorisé sans avoir déclaré de médecin traitant, vous êtes considéré comme étant en dehors du parcours de soins coordonnés et vous serez moins bien remboursé.

Tarifs de consultations des médecins spécialistes en accès direct autorisé si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant (tarifs applicables au 2 septembre 2007)

Médecin consulté	Tarif conventionnel	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Gynécologue Ophtalmologue secteur 1	33,00 € (maximum)	25,00 €	50 %	11,50 €
Gynécologue Ophtalmologue secteur 2	honoraires libres	23,00 €	50 %	10,50 €
Psychiatre Neuropsychiatre secteur 1	49,00 € (maximum)	37,00 €	50 %	19,36 €
Psychiatre Neuropsychiatre secteur 2	honoraires libres	34,30 €	50 %	18,01 €

* Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la C.M.U. complémentaire ou de l'Aide médicale de l'État.

Les tarifs conventionnels dentistes

Consultations

Les consultations chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste conventionné sont prises en charge par l'Assurance Maladie et remboursées à 70 % sur la base de tarifs conventionnels. Des dépassements d'honoraires sont possibles dans certains cas.

Tarifs et remboursements des consultations

Praticien consulté	Tarif conventionnel	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Chirurgien-dentiste	21,00 €	21,00 €	70 %	14,70 €
Chirurgien-dentiste spécialisé en traitement O.D.F.	23,00 €	23,00 €	70 %	16,10 €
Médecin stomatologiste exerçant en secteur 1	28,00 €	28,00 €	70 %	18,60 € (1)
Médecin stomatologiste exerçant en secteur 2	honoraires libres	23,00 €	70 %	15,10 € (1)

(1) Le montant remboursé tient compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la C.M.U. complémentaire ou de l'Aide médicale de l'Etat. Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné à 50 € par année civile (du 1er janvier au 31 décembre) et par bénéficiaire. À noter que la participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés par un chirurgien-dentiste.

Les tarifs conventionnels dentistes

Soins dentaires

Exemples de tarifs et remboursements de soins dentaires

Soin dentaire	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé
Détartrage	28,92 €	70 %	20,24 €
Traitement d'une carie une face sur incisive ou canine	16,87 €	70 %	11,80 €
Traitement d'une carie deux faces	28,92 €	70 %	20,24 €
Traitement d'une carie trois faces ou plus	40,97 €	70 %	28,67 €
Dévitalisation d'une incisive ou canine	33,74 €	70 %	23,61 €
Dévitalisation d'une prémolaire	48,20 €	70 %	33,74 €
Dévitalisation d'une molaire	81,94 €	70 %	57,35 €
Extraction d'une dent permanente	33,44 €	70 %	23,40 €

(1) Le montant remboursé ne tient pas compte de la participation forfaitaire de 1 € éventuellement retenue si les soins dentaires sont réalisés par un médecin stomatologiste.

Pour rappel, la participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés par un chirurgien-dentiste.

Tarifs et remboursements des soins dentaires sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans

Soin dentaire	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé
Traitement d'une carie une face	19,28 €	70 %	13,49 €
Traitement d'une carie deux faces	33,74 €	70 %	23,61 €
Traitement d'une carie trois faces ou plus	48,20 €	70 %	33,74 €
Dévitalisation d'une incisive ou d'une canine	38,56 €	70 %	26,99 €
Dévitalisation d'une prémolaire	57,84 €	70 %	40,48 €
Dévitalisation d'une molaire	93,99 €	70 %	65,79 €

(1) Le montant remboursé ne tient pas compte de la participation forfaitaire de 1 €, éventuellement retenue si les soins dentaires sont réalisés par un médecin stomatologiste. Pour rappel, la participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas aux consultations, actes et soins réalisés par un chirurgien-dentiste.

Les tarifs conventionnels dentistes

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires sont prises en charge par l'Assurance Maladie si elles figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, et sont remboursées à 70 % sur la base de tarifs dits de responsabilité, très souvent inférieurs à leur coût réel.

En effet, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des prothèses dentaires est libre. À noter cependant que le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous en informer préalablement au moyen d'un devis écrit.

Exemples de tarifs et remboursements des prothèses dentaires

Praticien consulté	Tarif conventionnel	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Couronne (2)	honoraires libres	107,50 €	70 %	75,25 €
Inlay-core	honoraires libres	122,55 €	70 %	85,78 €
Inlay-core à clavette	honoraires libres	144,05 €	70 %	100,83 €
Appareil dentaire (1 à 3 dents)	honoraires libres	64,50 €	70 %	45,15 €
Appareil dentaire complet (14 dents)	honoraires libres	182,50 €	70 %	127,75 €
Bridge de trois éléments (deux dents piliers+un élément intermédiaire pour remplacer une dent absente) (3)	honoraires libres	279,50 €	70 %	195,65 €

(1) Le montant remboursé tient compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la C.M.U. complémentaire ou de l'Aide médicale de l'Etat. Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné à 50 € par année civile (du 1er janvier au 31 décembre) et par bénéficiaire. À noter que la participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés par un chirurgien-dentiste.

Les tarifs conventionnels dentistes

Traitements d'orthodontie

Les traitements d'orthodontie (ou traitements d'orthopédie dento-faciale ou traitements O.D.F.) sont pris en charge par l'Assurance Maladie :
> sous réserve d'obtenir l'accord préalable de votre caisse d'Assurance Maladie ;
> et s'ils sont commencés avant votre 16ème anniversaire.

À titre exceptionnel, les enfants plus de 16 ans peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance Maladie pour un semestre de traitement, préalablement à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires. Ce semestre n'est pas renouvelable.

Ils sont remboursés à 100 % sur la base de tarifs dits « de responsabilité », très souvent inférieurs à leur coût réel.

En effet, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des traitements d'orthodontie est libre. À noter cependant que le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous en informer préalablement au moyen d'un devis écrit.

Tarifs et remboursement des traitements d'orthodontie

Traitement d'orthodontie	Tarif conventionnel	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Traitement par semestre (6 semestres maximum)	honoraires libres	193,50 €	100 %	193,50 €
Séance de surveillance (2 séances maximum par semestre)	honoraires libres	10,75 €	100 %	10,75 €
Contention 1e année	honoraires libres	161,25 €	100 %	161,25 €
Contention 2e année	honoraires libres	107,50 €	100 %	107,50 €

Optique des moins de 18 ans

L'Assurance Maladie rembourse vos lunettes à 65 %. Selon l'âge, plusieurs modalités de prise en charge s'appliquent.

Votre enfant a moins de 6 ans

Une ou plusieurs paire(s) par an peuvent être remboursées, si l'affection évolue.

L'Assurance Maladie rembourse la monture à 65 %, sur la base d'un tarif fixé à 30,49 euros, soit 19,80 euros.

Les verres des lunettes sont remboursés à 65 %, sur la base de tarifs qui varient selon le degré de correction (voir le tableau ci-dessous).

Votre enfant a entre 6 et 18 ans

L'Assurance Maladie permet d'obtenir le remboursement d'une paire de lunettes par an, comprenant les verres et la monture. La prise en charge de cet équipement est la même que pour les plus jeunes (voir le tableau ci-dessous).

Tarifs servant de base au remboursement des verres pour les moins de 18 ans

Types de verres	Tarif servant de base aux remboursements (en euros) des moins de 18 ans
Verre blanc simple foyer, sphère de -6,00 à +6,00	12,04 €
Verre blanc simple foyer, sphère de -6,25 à -10,00	26,68 €
Verre blanc simple foyer, sphère de +6,25 à +10,00	26,68 €
Verre blanc simple foyer, sphère hors zone de -10,00 à +10,00	44,97 €
Verre blanc simple foyer, cylindre < ou = à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	14,94 €
Verre blanc simple foyer, cylindre < ou = à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	36,28 €
Verre blanc simple foyer, cylindre > à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	27,90 €
Verre blanc simple foyer, cylindre > à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	46,50 €
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère de -4,00 à +4,00	39,18 €
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère hors zone de -4,00 à +4,00	43,30 €
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère de -8,00 à +8,00	43,60 €
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère hors zone de -8,00 à +8,00	66,62 €

Optique des plus de 18 ans

Vous pouvez être remboursé d'une à plusieurs paire(s) de lunettes par an, si votre affection évolue, avec un taux de remboursement de la monture de 65 %, sur la base d'un tarif forfaitaire de 2,84 euros, soit 1,85 euros.

Les verres des lunettes sont remboursés à 65 %, sur la base de tarifs qui varient selon le degré de correction (voir le tableau ci-dessous).

Votre mutuelle santé ou votre assurance complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie des frais qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, si le contrat que vous avez souscrit le prévoit. Renseignez-vous auprès de l'organisme.

Tarifs servant de base au remboursement des verres pour les plus de 18 ans

Types de verres	Tarif servant de base aux remboursements (en euros) des moins de 18 ans
Verre blanc simple foyer, sphère de -6,00 à +6,00	2,29 €
Verre blanc simple foyer, sphère de -6,25 à -10,00	4,12 €
Verre blanc simple foyer, sphère de +6,25 à +10,00	4,12 €
Verre blanc simple foyer, sphère hors zone de -10,00 à +10,00	7,62 €
Verre blanc simple foyer, cylindre < ou = à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	3,66 €
Verre blanc simple foyer, cylindre < ou = à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	6,86 €
Verre blanc simple foyer, cylindre > à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	6,25 €
Verre blanc simple foyer, cylindre > à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	9,45 €
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère de -4,00 à +4,00	7,32 €
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère hors zone de -4,00 à +4,00	10,82 €
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère de -8,00 à +8,00	10,37 €
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère hors zone de -8,00 à +8,00	24,54 €

La Liste des Produits et Prestations

Pour obtenir des détails sur la Liste des Produits et Prestations remboursés et savoir comment la consulter, renseignez-vous auprès d'un audioprothésiste.

Le remboursement

Vos prothèses auditives, prescrites par votre médecin et inscrites sur la L.P.P., sont remboursées à 65 %, sur la base de tarifs qui varient selon votre âge et votre handicap.

En effet, deux catégories tarifaires existent :

- l'une, concerne les personnes de moins de 20 ans et celles qui, quel que soit leur âge, sont atteintes de cécité ;
- l'autre, les personnes de plus de 20 ans.

Les tarifs de prise en charge comprennent :

- l'achat de votre appareil, des accessoires nécessaires à son fonctionnement (piles, embout auriculaire, coque...) ;
- votre prise en charge par l'audioprothésiste (c'est-à-dire le nombre de séances nécessaires à l'appareillage, la prise en compte de vos demandes, l'examen des conduits auditifs, tous les tests nécessaires à votre appareillage...) ;
- l'adaptation de la prothèse auditive par l'audioprothésiste ;
- votre éducation prothétique (conseils divers sur la manipulation de l'appareil, son entretien...) ;
- votre suivi prothétique régulier (contrôle de l'efficacité de l'appareil aux 3e, 6e et 12e mois après la délivrance, puis un suivi biennuel selon vos besoins) ;
- l'envoi à votre médecin des comptes rendus d'appareillage par l'audioprothésiste).

• Pour les moins de 20 ans

L'Assurance Maladie rembourse les prothèses à 65 %, sur la base d'un tarif figurant sur la L.P.P. et allant de 900 à 1 400 euros, selon le type d'appareil choisi. Les appareils sont répertoriés en classes - A, B, C et D -, avec, pour chacune de celles-ci, des spécificités techniques et des équipements supplémentaires différents.

• Pour les plus de 20 ans

Si vous avez besoin d'une prothèse auditive, quel que soit l'appareil ou le modèle que vous choisirez, vous serez remboursé à 65 %, sur la base d'un tarif forfaitaire unique de 199,71 euros, soit un remboursement de 129,80 euros.

• Vous souffrez de cécité et êtes également déficient auditif

Quel que soit votre âge, vous avez droit à un remboursement à 65 %, sur la base d'un tarif différent selon l'appareil choisi, comme pour les moins de 20 ans. Selon les quatre types d'appareils répertoriés sur la L.P.P., les tarifs servant de base au remboursement vont de 900 euros, pour un appareil de classe A, à 1 400 euros, pour un appareil de classe D.

Pour de plus amples informations concernant les tarifs des appareils, adressez-vous à votre audioprothésiste, qui, selon votre prescription médicale, pourra vous renseigner sur les différentes prothèses auditives disponibles, leurs prix de vente, qui peuvent être supérieur aux tarifs de responsabilité, et le montant remboursé par l'Assurance Maladie.

À noter

Si vous avez une couverture santé complémentaire - et selon votre contrat -, vous pouvez vous faire rembourser les frais non pris en charge par l'Assurance Maladie.

Des accessoires également remboursables

L'utilisation d'une prothèse nécessite également l'achat d'accessoires divers : du plus simple, comme les piles, au plus complexe, comme les embouts auriculaires, les écouteurs ou les microphones.

Pour vous faire rembourser, n'oubliez pas de garder puis de présenter votre prescription médicale, votre feuille de soins et vos justificatifs de dépenses à votre caisse d'Assurance Maladie. Sachez qu'ensuite vous serez toujours remboursé à 65 %, sur la base des tarifs ci-dessous.

Des tarifs différents selon le type d'accessoires :

- écouteur : tarif de base de 5,32 euros, soit une prise en charge qui s'élève à 3,45 euros ;
- microphone : tarif de base de 9,17 euros, soit une prise en charge de 6 euros ;
- potentiomètre : tarif de base de 4,52 euros, soit une prise en charge de 2,95 euros ;
- vibreur à conduction osseuse : tarif de base de 10,63 euros, soit une prise en charge de 6,90 euros.

Le remboursement de l'embout auriculaire :

- pour les enfants jusqu'à 2 ans : l'Assurance Maladie vous rembourse jusqu'à quatre embouts par an et par appareil, sur la base d'un tarif pouvant aller jusqu'à 53,36 euros, soit un remboursement de 34,70 euros par appareil et pour les quatre embouts ;
- pour les enfants ou jeunes de 2 à 20 ans et pour les personnes qui, quel que soit leur âge, sont atteintes de cécité : vous serez remboursé d'un embout par an et par appareil, selon le même tarif de base de 53,36 euros ;
- pour les adultes de 20 ans et plus : remboursement d'un embout par an et par appareil, selon un tarif de base de 4,91 euros, soit 3,20 euros.

La prise en charge des frais d'entretien

Une prothèse auditive s'entretient. Au fil des années, il vous faudra donc payer des frais d'entretien (changement des piles, des accumulateurs, des pièces détachées...) ou faire effectuer des réparations diverses. Ces frais sont pris en charge par l'Assurance Maladie à 65 %, sur la base d'une allocation forfaitaire annuelle fixée à 36,59 euros, soit un remboursement de 23,80 euros.

Si vous possédez un appareillage en stéréophonie (c'est-à-dire des deux oreilles), sachez que vos frais d'entretien seront pris en charge pour chacune des deux prothèses auditives, sur présentation de vos justificatifs de dépenses.

Le forfait hospitalier

Lors d'une hospitalisation, le forfait journalier hospitalier participe aux frais de l'hôpital et s'applique à tous. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement de santé. Toutefois, certains motifs d'hospitalisation peuvent vous permettre d'en être exonéré.

Un montant unique et payable par chacun dès la première nuit

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation.

Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie.

À partir du 1er janvier 2007, le forfait hospitalier, fixé par arrêté ministériel, passe à :

- 16 euros par jour en hôpital ou en clinique ;
- 12 euros par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

L'Assurance Maladie ne rembourse pas ce forfait. Il est parfois pris en charge par les mutuelles ou les complémentaires santé, renseignez-vous donc auprès de votre complémentaire.

Une exonération pour certains assurés

Vous n'aurez pas à payer le forfait hospitalier dans les cas suivants :

- vous êtes une femme enceinte hospitalisée pendant les quatre derniers mois de votre grossesse, pour l'accouchement et pendant douze jours après l'accouchement ;
- vous bénéficiez de la Couverture maladie universelle complémentaire (C.M.U.C.) ou de l'aide médicale de l'État (A.M.E.) ;
- votre enfant nouveau-né est hospitalisé dans les trente jours suivant sa naissance ;
- votre hospitalisation est due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- vous êtes soigné dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ;
- vous dépendez du régime d'Alsace-Moselle ;
- pour votre enfant handicapé de moins de 20 ans, s'il est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle ;
- vous êtes titulaire d'une pension militaire.

Frais d'hospitalisation et remboursement

Si vous êtes hospitalisé dans un établissement public ou une clinique privée conventionnée, l'Assurance Maladie rembourse vos frais d'hospitalisation à 80 %. Votre mutuelle peut prendre en charge les 20 % restant, ainsi que certains suppléments ou dépassements d'honoraires. Le forfait hospitalier reste alors à votre charge, sauf si vous remplissez les conditions d'exonération. Si vous choisissez une clinique privée non conventionnée, les frais restant à votre charge seront plus importants.

Les frais pris en charge

Dans un hôpital public ou une clinique privée conventionnée, les frais liés à l'hospitalisation sont pris en charge à 80 % par l'Assurance Maladie (sauf cas particuliers). Vous serez remboursé après envoi à votre caisse du bon de sortie remis par l'établissement de soins lorsque vous le quittez.

L'Assurance Maladie prend en charge également une partie des soins réalisés avant ou après une hospitalisation.

Vous serez, par exemple, remboursé à 70 % lors d'une consultation chez un anesthésiste, avant une opération, et à 60 % si vous avez besoin de séances de rééducation après une intervention chirurgicale. Les frais qui restent à votre charge

À votre sortie d'hôpital, vous aurez à régler :

- le montant du ticket modérateur, c'est-à-dire la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie (20 % des frais d'hospitalisation), ainsi que le forfait journalier ;
- les éventuels suppléments pour votre confort personnel, comme une chambre individuelle, le téléphone, la télévision, etc. ;
- les dépassements d'honoraires médicaux.

Toutefois, si vous avez une mutuelle ou une assurance santé complémentaire, ces frais peuvent être remboursés en partie ou en totalité. Renseignez-vous auprès de l'organisme pour savoir si votre contrat le prévoit.

Si vous n'avez pas de mutuelle et que vos ressources sont insuffisantes pour régler les frais d'hospitalisation qui restent à votre charge, deux recours s'offrent à vous :

- déposer une demande de Couverture maladie universelle (C.M.U.) complémentaire auprès de votre caisse d'Assurance Maladie ;
- ou déposer une demande de prise en charge au titre de l'action sanitaire et sociale de votre caisse d'Assurance Maladie.

Frais d'hospitalisation et remboursement (suite)

Les cas de prise en charge à 100 %

Attention : quelle que soit votre situation, cette prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie ne s'applique ni au forfait hospitalier, lorsqu'il est dû, ni aux frais de confort personnel.

Vos frais d'hospitalisation seront intégralement remboursés si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- vous êtes hospitalisé(e) plus de trente jours consécutifs (votre prise en charge à 100 % débute alors le trente et unième jour) ;
- vous êtes enceinte et devez être hospitalisée pendant les quatre derniers mois de votre grossesse, pour votre accouchement, ou pendant douze jours après ;
- pour votre nouveau-né, s'il est hospitalisé dans les trente jours suivant sa naissance ;
- vous êtes hospitalisé(e) en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- vous êtes hospitalisé(e) en raison d'une affection de longue durée ;
- pour votre enfant mineur, s'il est hospitalisé suite à des sévices sexuels ;
- vous percevez une rente pour un accident du travail (avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66,66 %). Vos ayants droit bénéficient eux aussi de cette prise en charge à 100 % ;
- vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou veuve invalide, d'une pension vieillesse qui a remplacé votre pension d'invalidité, ou d'une pension militaire ;
- vous dépendez du régime d'Alsace-Moselle ;
- vous bénéficiez de la Couverture maladie universelle ou de l'aide médicale de l'État.

Les cliniques privées non conventionnées

Les cliniques privées non conventionnées sont très peu nombreuses en France. Néanmoins, si vous choisissez ce type d'établissement, vous devez régler la totalité des frais à la clinique.

L'Assurance Maladie vous remboursera ensuite 80 % de vos frais de séjour et des honoraires médicaux, sur la base des tarifs en vigueur.

Attention, les cliniques privées non conventionnées appliquent des tarifs plus élevés que les tarifs en vigueur, les frais restant à votre charge peuvent donc être très importants. Renseignez-vous auprès de votre caisse d'Assurance Maladie avant votre admission.

Pagination

Les taux de remboursement

Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie

	Cas général	Régime d'Alsace-Moselle (1)	Bénéficiaires du FSV (2)
Honoraires			
Honoraires des praticiens : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes (3)	70 %	90 %	80 %
Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues (3)	60 %	90 %	80 %
Analyses et examens de laboratoire			
Actes en B (actes de biologie)	60 %	90 %	80 %
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	70 %	90 %	80 %
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70 %	90 %	80 %
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	60 %	90 %	80 %
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	100 %	100 %	100 %
Médicaments			
Médicaments à vignette blanche	65 %	90 %	65 %
Médicaments à vignette bleue	35 %	80 % (4)	35 %
Médicaments à vignette orange	15 %	15 %	/
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	100 %	100 %	100 %
Préparations magistrales et produits de la pharmacopée	65 %	90 %	65 %

(1) Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui sont affiliées au régime local d'Alsace-Moselle.

(2) Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui bénéficient de l'allocation supplémentaire du Fonds spécial vieillesse (F.S.V.).

(3) Ces taux de remboursement sont applicables aux soins dispensés :

- au domicile du malade ;

- dans un dispensaire, un centre de soins ou en consultation externe à l'hôpital.

(4) Cette mesure est effective pour les médicaments délivrés à compter du 1er septembre 2006.

Les taux de remboursement (suite)

Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie

	Cas général	Régime d'Alsace-Moselle (1)	Bénéficiaires du FSV (2)
Cure thermales libre			
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires)	70 %	90 %	80 %
Frais d'hydrothérapie	65 %	90 %	80 %
Frais d'hébergement, frais de transport	65 %	65 %	80 %
Cure thermale avec hospitalisation			
	80 %	100 %	100 %
Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)			
Frais d'hospitalisation (5)	80 %	100 %	100 %
Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	100 %	100 %	100 %
Autres frais médicaux			
Optique	65 %	90 %	80 %
Prothèses auditives	65 %	90 %	80 %
Pansements, accessoires, petit appareillage	65 %	90 %	80 %
Orthopédie	65 %	90 %	80 %
Grand appareillage (orthèse, prothèse, véhicule pour handicapé physique)	100 %	100 %	100 %
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100 %	100 %	100 %
Frais de transport			
	65 %	100 %	100 %

(1) Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui sont affiliées au régime local d'Alsace-Moselle.

(2) Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui bénéficient de l'allocation supplémentaire du Fonds spécial vieillesse (F.S.V.).

(3) Ces taux de remboursement sont applicables aux soins dispensés :

- au domicile du malade ;

- dans un dispensaire, un centre de soins ou en consultation externe à l'hôpital.

(4) Cette mesure est effective pour les médicaments délivrés à compter du 1er septembre 2006.

(5) Les frais d'hospitalisation comprennent les frais de séjour, les frais de salle d'opération, les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier.

- au cabinet du praticien ou de l'auxiliaire médical ;