



# La participation financière du patient dans sa prise en charge

Certaines dispositions sont à connaître concernant la prise en charge des frais médicaux. Malgré le principe de la prise en charge ALD à 100%, différents frais restent toutefois à la charge des patients.

## La participation forfaitaire de 1 euro

Le versement de la participation forfaitaire de 1 euro s'adresse aux patients âgés d'au moins 18 ans. Elle est applicable pour les consultations et actes réalisés par un médecin, ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

## Comment payer la participation forfaitaire ?

Pour les personnes ne bénéficiant pas du tiers payant, cette participation est déduite automatiquement des remboursements.

Pour les personnes bénéficiant du tiers payant, la participation sera déduite d'un remboursement ultérieur quel que soit l'acte remboursé. Néanmoins, si les frais de santé sont pris en charge en tiers payant et que la personne ne perçoit pas de remboursement, celle-ci est réglée directement à l'Assurance Maladie qui peut adresser un avis de sommes à payer indiquant comment s'en acquitter.



## Qui est concerné ?

Sont concernées les personnes souffrant d'une ALD, en arrêt de travail pour maladie, percevant une rente d'incapacité permanente suite à un ATMP, titulaires d'une pension d'invalidité, et les femmes en début de grossesse sauf pour les examens obligatoires.

Ainsi, les personnes souffrant d'une affection longue durée (ALD) sont concernées. Donc les patients atteints d'insuffisance rénale chronique et/ou ayant une greffe de rein doivent déboursier cette participation forfaitaire.

## La participation financière du patient dans sa prise en charge

La participation est retenue sur les remboursements de la sécurité sociale, et ne peut être prise en charge par les mutuelles.

**Cependant : La participation forfaitaire de 1 euro ne concerne pas :**

- Les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 1<sup>er</sup> jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>e</sup> jour après la date de l'accouchement
- Les bénéficiaires de la CMU complémentaire
- Les bénéficiaires de l'ACS (aide complémentaire santé)
- Les bénéficiaires de l'AME (aide médicale de l'Etat)

Le montant de la participation forfaitaire est plafonné à 50 euros par année et par personne.

### La franchise médicale

La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la caisse d'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le principe est que chaque personne est concernée par la franchise. Cependant, il existe des exceptions. Ne sont pas concernés par la franchise :

- Les personnes de moins de 18 ans
- Les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS, ou de l'AME

- Les femmes enceintes à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>e</sup> jour après l'accouchement

Le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 euros par année et par personne. Les patients atteints d'insuffisance rénale, en fonction de leur âge et des prestations sociales qu'ils touchent, auront ou non à payer cette franchise médicale.

### Le forfait hospitalier

Le forfait hospitalier correspond à la participation financière du patient pour les frais relatifs à son hospitalisation. Cette somme n'est donc pas remboursée par l'Assurance Maladie, et est à la charge du patient. Cependant, le forfait hospitalier peut parfois être pris en charge par la mutuelle ou la complémentaire santé si le contrat souscrit par la personne le prévoit.

De multiples situations peuvent néanmoins donner lieu à une exonération du forfait hospitalier. Parmi celles-ci : les bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME, de l'ACS, ou encore les personnes hospitalisées à domicile.

Pour plus de renseignements, rendez-vous sur le site internet [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), ou auprès de votre caisse d'assurance maladie.