

■ Parcours de soins coordonnés

Mode d'accès aux soins prévoyant, pour le patient, un recours quasi systématique à son médecin traitant à chaque problème de santé. C'est lui qui vous conseillera d'aller, si nécessaire, consulter un médecin spécialiste, en libéral ou à l'hôpital. Le parcours de soins s'applique aux personnes de plus de 16 ans.

■ Secteur 1

Un médecin qui exerce en secteur 1 est « conventionné » : il applique un tarif fixe, dit « conventionnel ».

Exemple : 21 € chez le généraliste. Pour le spécialiste, deux cas de figure : adressé par votre médecin traitant vous payez 28 €. Hors du parcours de soins coordonnés, il pourra vous demander jusqu'à 33 € pour une consultation.

■ Secteur 2

Un médecin qui exerce en secteur 2 est « conventionné, honoraires libres » : il fixe lui-même ses tarifs, en ajoutant un dépassement d'honoraires au tarif conventionnel. **La Sécurité sociale rembourse l'assuré sur la base du secteur 1.**

■ Médecin traitant et médecin correspondant

Le médecin traitant orchestre le parcours de soins afin de permettre une coordination plus efficace entre les différents acteurs. A sa demande, le patient consulte un médecin correspondant (généralement spécialiste, mais il peut être généraliste), soit pour un avis ponctuel d'expert ou pour des soins réguliers. Celui-ci tient informé le médecin traitant de son diagnostic.

■ Option de coordination

Engagement d'un médecin exerçant en secteur 2, à honoraires libres, de pratiquer les tarifs conventionnels (ceux du secteur 1) quand le patient lui est adressé par son médecin traitant.

■ Forfait de 1 euro

Depuis le 1^{er} janvier 2005, une contribution forfaitaire de 1 € reste à la charge des assurés sur tous les actes médicaux et actes de biologie. Cette somme est déduite des remboursements de l'assurance maladie obligatoire. Votre complémentaire santé ne la prend pas en charge. Sont exemptés de ce forfait : les moins de 18 ans, les femmes enceintes de plus de 6 mois, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale d'Etat.

■ Le service Tiers Payant AG2R : Terciane

- ✓ Avec la carte santé Terciane vous pouvez vous faire soigner sans avancer d'argent auprès de 75 000 professionnels de santé dont 100 % des pharmacies, la plupart des laboratoires d'analyses médicales, des auxiliaires médicaux, des chirurgiens-dentistes et opticiens.
- ✓ Retrouvez tous les avantages de votre complémentaire santé sur www.terciane.com

■ Le service « Transparence Optique et Dentaire »

- ✓ AG2R vous propose de faire parvenir le devis de votre praticien à votre centre de gestion qui l'analysera et vous répondra sous 72 heures. Il vous indiquera le montant pris en charge par la Sécurité sociale et par AG2R afin de faciliter votre décision. Les devis types sont téléchargeables sur le site www.ag2retvous.com.

NOUVEAU

- ✓ Depuis septembre 2006, les opticiens peuvent communiquer leur devis optique via le site www.terciane.com pour obtenir un accord de prise en charge immédiat.

■ Le site dédié aux assurés : www.ag2retvous.com

✓ Consultez vos décomptes santé en ligne

Il n'est plus nécessaire d'attendre son relevé mensuel pour connaître l'état de ses remboursements. Munissez-vous d'un décompte santé (un N° de référence indispensable y est indiqué) et accédez au service clients « décomptes santé » en ligne.

L'inscription dure deux minutes et si vous optez pour la réception de vos décomptes par e-mail, vous serez informé dès qu'un remboursement est effectué.

✓ Trouvez un professionnel de santé

En vous connectant à ce site internet, vous pouvez rechercher par ville et par spécialité les coordonnées du professionnel de santé pratiquant le tiers payant. (Ce service est accessible par téléphone également).

AG2R à votre écoute

pour toutes vos questions, un seul N° de téléphone :

N° Indigo 0 825 05 2000

0,15 € TTC/mn



Santé
Épargne salariale
Retraite
Action sociale

MEMENTO PRATIQUE 2007

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS...

Comment ?
Combien ?



L'avenir, c'est mieux avec

www.ag2r.com

Quelques (fausses) idées reçues...

TARIFS ET REMBOURSEMENTS DANS LE CADRE DE LA RÉFORME SANTÉ

Vous suivez le parcours de soins

Votre médecin traitant est...

Une fois le médecin traitant choisi, ce sera compliqué de changer.

Faux : Vous avez choisi, bien sûr, un médecin en qui vous avez confiance. Mais s'il ne vous convient plus, pour quelque raison que ce soit (exemple : déménagement), vous pourrez en changer. Seule obligation : avertir votre caisse d'assurance maladie.

Je ne pourrai pas aller voir un spécialiste de mon choix, mais obligatoirement celui que me conseillera mon médecin traitant.

Faux : Vous aurez toujours le choix de votre spécialiste. En fait, votre médecin traitant vous oriente vers une spécialité, pas vers un spécialiste. Mais si vous ne connaissez pas de médecin de la spécialité, il vous en conseillera un.

Je pourrai toujours aller voir un spécialiste directement, en prôtextant qu'il y a urgence.

Faux : La nouvelle feuille de soins utilisée par les praticiens mentionne tous les renseignements permettant à l'assurance maladie de savoir si vous suivez ou non le parcours de soins. La notion d'urgence est notamment mentionnée de façon précise.

Si je suis malade en vacances, je serai pénalisé.

Faux : Le système du médecin traitant prévoit que dans les cas d'urgence, ou si vous êtes en vacances, il sera possible de consulter un autre médecin, sans pénalité. Même chose si c'est votre médecin qui est en vacances.

Ce que je vois, c'est que je vais payer deux consultations au lieu d'une !

Faux : Ne partez pas du principe qu'une deuxième consultation est obligatoire. Si votre médecin traitant est un généraliste, il peut soigner la très grande majorité des maladies. Mais si vous avez besoin des soins d'un spécialiste, vous pourrez le revoir autant de fois que nécessaire. Il aura même la possibilité de vous orienter vers un autre confrère. Le tout sans retourner chez votre médecin traitant, qui sera tenu informé de votre parcours.

Je suis suivi tous les trois mois par un cardiologue. Or, j'ai choisi mon généraliste comme médecin traitant. Il va falloir que j'aille le voir également tous les trois mois ?

Faux : Votre médecin traitant peut vous envoyer chez un spécialiste pour un suivi régulier, sans aucune incidence sur vos remboursements. La consultation initiale constitue une porte d'entrée.

Généraliste

Votre médecin exerce en **secteur 1** : la consultation coûte 21 €
Remboursement Sécurité sociale : 13,70 €
Remboursement Complémentaire santé (1) : 6,30 €
Reste à charge : 1 €

Votre médecin exerce en **secteur 2** (honoraires libres)
La consultation peut vous coûter 50 € / Base remboursement SS 21 €

Vos remboursements en fonction de votre niveau de garantie :	Niveau standard TM + 50% BR	Niveau élevé TM + 150% BR
Sécurité sociale	13,70 €	13,70 €
Complémentaire	16 €	36 €
Reste à charge	21 €	1 €

Spécialiste

Votre médecin exerce en **secteur 1** : la consultation coûte 25 €
Remboursement Sécurité sociale : 16,50 €
Remboursement Complémentaire santé (1) : 7,50 €
Reste à charge : 1 €

Votre médecin exerce en **secteur 2** (honoraires libres)
La consultation peut vous coûter 50 € / Base remboursement SS 23 €

Vos remboursements en fonction de votre niveau de garantie :	Niveau standard TM + 50% BR	Niveau élevé TM + 150% BR
Sécurité sociale	15,10 €	15,10 €
Complémentaire	18,40 €	33,90 €
Reste à charge	16,50 €	1 €

Spécialiste pour suivi régulier

Votre médecin exerce en **secteur 1** : la consultation coûte 28 €
Remboursement Sécurité sociale : 18,60 €
Remboursement Complémentaire santé (1) : 8,40 €
Reste à charge : 1 €

Votre médecin spécialiste exerce en **secteur 2** (honoraires libres)
La consultation peut vous coûter 50 € / Base remboursement SS 23 €

Vos remboursements en fonction de votre niveau de garantie :	Niveau standard TM + 50% BR	Niveau élevé TM + 150% BR
Sécurité sociale	15,10 €	15,10 €
Complémentaire	18,40 €	33,90 €
Reste à charge	16,50 €	1 €

Spécialiste pour avis ponctuel

Votre médecin spécialiste exerce en **secteur 1** : la consultation coûte 42 €
Remboursement Sécurité sociale : 28,40 €
Remboursement Complémentaire santé (1) : 12,60 €
Reste à charge : 1 €

Votre médecin spécialiste exerce en **secteur 2** (honoraires libres)
La consultation peut vous coûter 50 € / Base remboursement SS 42 €

Vos remboursements en fonction de votre niveau de garantie :	Niveau standard TM + 50% BR	Niveau élevé TM + 150% BR
Sécurité sociale	28,40 €	28,40 €
Complémentaire	20,60 €	20,60 €
Reste à charge	1 €	1 €

Accès Direct : gynécologues, ophtalmologues, psychiatres, neuropsychiatres, stomatologues.

- Vous n'avez pas besoin de voir votre médecin traitant avant de consulter un gynécologue, un ophtalmologue ou un stomatologue pour les actes respectifs de prévention ou de suivi, tels que : contraception, renouvellement de lunettes, soins bucco-dentaires et chirurgicaux, etc.
- Les psychiatres et neuropsychiatres sont en accès direct pour les 16-25 ans.
- Les chirurgiens-dentistes sont en accès direct n'étant pas concernés par le système du médecin traitant.

Vous êtes hors parcours de soins

Vous consultez un médecin...

Généraliste

Votre médecin exerce en **secteur 1** : la consultation coûte 21 €
Remboursement Sécurité sociale : 11,60 €
Remboursement Complémentaire santé (1) : 6,30 €
Reste à charge : 3,10 €

Votre médecin exerce en **secteur 2** (honoraires libres)
La consultation peut vous coûter 50 € / Base remboursement SS 21 €

Vos remboursements en fonction de votre niveau de garantie :	Niveau standard TM + 50% BR	Niveau élevé TM + 150% BR
Sécurité sociale	11,60 €	11,60 €
Complémentaire	16,80 €	37,40 €
Reste à charge	21,60 €	1 €

Spécialiste

Votre médecin exerce en **secteur 1** : la consultation coûte 33 €
Base remboursement SS 25 € / Remboursement Sécurité sociale : 14 €
Remboursement Complémentaire santé (1) : 7,50 €
Reste à charge : 11,50 €

Votre médecin exerce en **secteur 2** (honoraires libres)
La consultation peut vous coûter 50 € / Base remboursement SS 23 €

Vos remboursements en fonction de votre niveau de garantie :	Niveau standard TM + 50% BR	Niveau élevé TM + 150% BR
Sécurité sociale	12,80 €	12,80 €
Complémentaire	19 €	25,70 €
Reste à charge	18,20 €	11,50 €

(1) Si votre complémentaire vous garantit au moins le TM. BR : La Base de Remboursement est définie par la Sécurité sociale (SS) et permet de rembourser les actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés. TM : Le Ticket Modérateur correspond à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement qu'elle effectue. Le remboursement par la complémentaire santé est fonction des garanties prévues par votre contrat. Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/09/2006. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.