



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Essonne

Guide pratique

édition 2021



infos pratiques / santé / droits et démarches

Les essentiels



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Aidez nous à lutter contre l'épidémie

**Ici j'active
mon application
TousAntiCovid**



**#Tous
AntiCovid**

Pour télécharger l'application,
scanner ce QR code avec
votre téléphone

Edito



Vous informer, vous protéger

Je suis fière de vous présenter ce guide pratique 2021, qui vous permet d'avoir toujours à portée de main les « essentiels » de l'Assurance Maladie. Démarches, modes de contact, bons réflexes au quotidien... Vous trouverez dans ce guide tous nos services, et nos téléservices, dont les indispensables : le Compte Ameli et le Dossier Médical Partagé. Votre santé étant au cœur de nos actions, j'ai également voulu mettre à votre disposition dans ces pages les principaux dispositifs dont vous pouvez bénéficier, selon votre situation personnelle. A vos côtés, nous pourrons ainsi, chaque jour, mettre en application la signature institutionnelle de l'Assurance Maladie : agir ensemble, protéger chacun.

Cécile Alomar
Directrice Générale
de la Cram de l'Essonne

S O M M

INFO PRATIQUES

1

Les 5 démarches essentielles de l'assuré...

- ρ. 7 Mettre à jour sa carte vitale
- ρ. 7 Déclarer son médecin traitant
- ρ. 8 Transmettre son RIB
- ρ. 8 Ouvrir son compte Ameli
- ρ. 9 Ouvrir son Dossier Médical Partagé (DMP)

2

Vos contacts avec l'Assurance Maladie

- ρ. 11 Poser vos questions au bon endroit sans vous déplacer
- ρ. 11 Contacter l'Assurance Maladie par téléphone
- ρ. 12 Prendre un rendez-vous avec un conseiller
- ρ. 12 Transmettre un document papier
- ρ. 13 Obtenir rapidement un document dans nos espaces en libre-service

3

Les bons réflexes pour réaliser ses démarches

- ρ. 15 Les 10 bons réflexes de l'assuré
- ρ. 16 Consulter et comprendre ses remboursements
- ρ. 18 Bien remplir votre feuille de soin papier
- ρ. 19 Commander votre carte Européenne

A I R E

SANTÉ, DROITS ET DÉMARCHES

4

Connaître les dispositifs adaptés à votre situation

- ρ. 21 La protection universelle maladie
- ρ. 22 Demander la complémentaire santé solidaire
- ρ. 22 Demander le 100% santé
- ρ. 24 La contraception d'urgence
- ρ. 26 Être accompagné à domicile après une hospitalisation avec le PRADO
- ρ. 25 SOPHIA
- ρ. 27 Prescription de votre transport
- ρ. 28 Déclarer un accident causé par un tiers
- ρ. 28 Réclamation et médiation

5

La prévention à tous les âges

- ρ. 31 La prévention bucco-dentaire : Le programme M'T dents
- ρ. 32 La vaccination
- ρ. 33 L'arrêt du tabac
- ρ. 35 Les dépistages organisés des cancers



Les 5 démarches essentielles
de l'assuré ...



Mettre à jour sa carte vitale

À quoi ça sert ?

Votre carte Vitale contient tous les renseignements nécessaires au remboursement de vos frais de santé. Pour pouvoir utiliser votre carte Vitale, vous devez la mettre à jour au moins une fois par an et à chaque fois que votre situation change.

Comment faire ?

Vous pouvez mettre à jour votre carte en pharmacie et dans certains établissements de santé ou avec les bornes qui se trouvent dans les points d'accueil de votre Caisse d'Assurance Maladie.

Déclarer son **médecin traitant**



À quoi ça sert ?

Vous êtes mieux soigné, grâce à un suivi adapté à votre état de santé par un médecin qui vous connaît bien. Et vous êtes mieux remboursé si vous le consultez en priorité avant de vous adresser à un autre professionnel de santé. Sans médecin traitant, vous êtes moins bien remboursé : uniquement à hauteur de 30% du prix de la consultation par l'Assurance Maladie au lieu de 70%.

Comment faire ?

Lors d'une consultation et sur présentation de votre carte Vitale, le médecin que vous avez choisi peut faire une déclaration en ligne, directement transmise à votre caisse d'Assurance Maladie.



Transmettre ses coordonnées bancaires

À quoi ça sert ?

Tout simplement à être remboursé par l'Assurance Maladie par virement sur votre compte bancaire.



Comment faire ?

Si vous avez déjà renseigné des coordonnées bancaires sur votre compte ameli (celles de vos parents par exemple), vous pouvez les modifier directement en ligne. Si aucune coordonnées bancaires n'est renseigné sur votre compte ameli, transmettez-les par voie postale à votre Caisse d'Assurance Maladie en inscrivant votre numéro de sécurité sociale au dos.



Ouvrir son compte Ameli

À quoi ça sert ?

En créant votre compte ameli, vous accédez à tous les services en ligne de l'Assurance Maladie, de votre smartphone, tablette ou ordinateur ! Vous faites toutes vos opérations courantes en ligne grâce à votre code d'accès personnalisé et sécurisé :

- **suivi des remboursements**
- **changement d'adresse**
- **déclaration de naissance**
- **téléchargement d'attestations**
- **commande d'une Carte Européenne d'Assurance Maladie**
- **suivi de votre prise en charge d'affection longue durée**
- **suivi de la réception d'un avis d'arrêt de travail...**

Comment faire ?

Vous pouvez directement ouvrir votre compte ameli sur www.ameli.fr ou à partir de l'application ameli disponible gratuitement sur l'App Store et Google Play.

Les 5 démarches essentielles de l'assuré ...



Ouvrir son Dossier Médical Partagé (DMP)

À quoi ça sert ?

Le DMP est votre carnet de santé numérique qui vous permet de conserver l'ensemble de vos informations de santé en un seul endroit. Gratuit et confidentiel, il vous permet de partager vos informations avec les professionnels de santé de votre choix afin d'être soigné plus efficacement.

Comment faire ?

A l'aide de votre carte vitale, vous pouvez ouvrir votre DMP et celui de vos enfants :

- **sur internet** : dmp.fr
- **sur mon application DMP** auprès d'un professionnel de santé (votre médecin, votre pharmacien)
- dans l'un des points d'accueils de la CPAM de l'Essonne.

Grâce au DMP vous pouvez :

- Avoir accès à vos informations de santé en ligne via l'Application DMP ou depuis le site dmp.fr
- Partager vos informations de santé avec les professionnels de santé de votre choix
- Faciliter votre prise en charge en cas d'urgence
- Bénéficier d'un service confidentiel et hautement sécurisé

Vos contacts avec
l'Assurance Maladie ...



Poser vos questions au bon endroit sans vous déplacer

Avec le forum d'entraide

Le forum assuré d'ameli est un espace d'entraide qui vous permet d'échanger en ligne sur toutes vos questions en matière de droits et démarches. Ce nouveau moyen d'échanger entre assurés, vous donne la garantie d'obtenir des réponses certifiées et validées par les webconseillers de l'Assurance Maladie.

Comment faire ?

Accédez au forum assuré sur : ameli.fr. Posez vos questions et partagez vos conseils avec d'autres assurés.

Avec la messagerie Ameli

Avec votre compte ameli personnel, vous envoyez un mail à votre Caisse et un conseiller vous répond dans les 48 heures.

Comment faire ?

Connectez-vous à votre compte ameli et utilisez la messagerie pour poser votre question.

Si vous n'avez pas encore de compte ameli, vous pouvez directement l'ouvrir sur ameli.fr ou à partir de l'appli ameli disponible gratuitement sur l'App Store et Google Play.



3646 L'Assurance Maladie par téléphone

Un numéro unique : le 3646

En contactant le 3646, vous avez directement en ligne un téléconseiller Assurance Maladie qui vous guide dans vos démarches et répond à vos questions.

Le 3646 vous permet également de prendre rendez-vous avec un conseiller dans l'un de nos points d'accueil.

Comment faire ?

Depuis le 1^{er} juillet 2020, plus aucun numéro de l'Assurance Maladie n'est surtaxé. Le 3646 est accessible du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30 (service gratuit + prix de l'appel). Un serveur vocal permet également d'obtenir 24h/24 et 7j/7 des informations sur vos remboursements en cours (dates, montants...).



Prendre un rendez-vous avec un conseiller

Comment être accompagné par un conseiller dans l'un de nos points d'accueil ?

Vous avez besoin de renseignements sur le traitement de votre dossier, sur vos droits et vous souhaitez être accompagné par un conseiller. Avec l'accueil sur rendez-vous, vous choisissez la date, le lieu et l'heure qui vous conviennent le mieux.

Comment prendre rendez-vous ?

Prenez rendez-vous avec un Conseiller en utilisant votre compte Ameli ou par téléphone au 3646 et venez à votre rendez-vous avec tous les documents et justificatifs demandés.

3646

**Service gratuit
+ prix appel**



Transmettre un document papier

Où déposer ou envoyer vos documents papier ?

Pour vos courriers, feuille de soins, demande d'entente préalable, avis d'arrêt de travail (à envoyer dans les 48 heures) la Cram a créé une adresse unique.

Avec l'adresse unique, vous gagnez au minimum deux jours sur le traitement de votre dossier.

A quelle adresse ?

Quelle que soit votre commune de résidence en Essonne, envoyez vos courriers à l'adresse unique de la Cram :

CPAM – 91040 EVRY CEDEX

À noter :

Pensez à inscrire votre numéro de sécurité sociale sur tous les documents que vous envoyez à la Cram.



Obtenir rapidement un document dans nos espaces en libre-service

Comment utiliser les bornes et les postes ameli en libre-service ?

Avec votre carte Vitale et votre code personnel ameli vous accédez aux bornes multiservices et postes informatiques en libre-service dans tous nos accueils pour :

- mettre automatiquement votre carte Vitale à jour (rattachement d'un enfant, changement de situation...)
- imprimer votre attestation de droits
- effectuer une demande de carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) pour vous ou vos ayants droit
- imprimer un relevé de remboursements de soins (sur 6 mois), un relevé d'indemnités journalières, un formulaire de déclaration de changement de situation...

Où trouver une borne ou un poste ameli en libre-service ?

Consultez les adresses, horaires d'ouverture, équipement en libre-service de tous nos points d'accueil en Essonne sur www.ameli.fr

Quatre bornes (dans nos accueils d'Evry, Corbeil, Grigny, Les Ulis) sont accessibles en extérieur 24h/24 et 7j/7.



Comment obtenir votre code ameli ?

- Créez votre compte ameli sur ameli.fr

Code oublié ?

- Demander un code provisoire sur la borne ou avec votre smartphone sur ameli.fr (un code vous sera envoyé immédiatement à l'adresse e-mail renseignée dans votre compte ameli).



Les bons réflexes
pour réaliser
ses démarches sans erreurs ...



Les 10 Bons réflexes de l'assuré

1 Choisissez un **médecin traitant** et consultez-le en priorité

2 Gardez toujours votre **carte Vitale** sur vous

3 Consultez l'annuaire santé d'ameli.fr pour **connaître les tarifs des professionnels de santé** et vérifiez s'ils acceptent la carte Vitale

4 Envoyez obligatoirement vos **avis d'arrêt de travail sous 48h** à votre Caisse

5 Victime d'un accident causé par un tiers ?
Déclarez-le sur www.onmablesse.fr

6 Dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD), seuls les soins prescrits pour cette affection sont **pris en charge à 100 %**

7 Seul votre médecin peut juger de la **nécessité d'un transport sanitaire**

8 **Préférez les médicaments génériques** moins chers et tout aussi efficaces

9 **Préservez l'efficacité des antibiotiques** : si on les utilise à tort, ils deviendront moins forts !

10 Prenez soin de votre santé en découvrant **vos offres de prévention** et en vous informant sur www.ameli.fr



Consulter et comprendre un remboursement

1 LE PARCOURS DE SOINS CORDONNES

Il est déterminé par le **choix de votre médecin traitant**, le consulter en priorité vous permet de bénéficier d'un meilleur remboursement. Si cela est nécessaire, il peut vous orienter vers un médecin spécialiste.

2 LA BASE DU REMBOURSEMENT

Depuis le 1^{er} mai 2017, le tarif d'une consultation de médecin généraliste de secteur 1 (tarif sans dépassement d'honoraires, appliquée par 94 % des généralistes) **est de 25€**.

3 LE TAUX DE PRISE EN CHARGE

70% pour une consultation médicale et certains frais d'analyse et de laboratoire.

65%, 30%, et 15% selon les cas pour les médicaments.

100% pour toutes consultations et médicament liés à une affection de longue durée.

4 L'HONORAIRE DE DISPENSATION

Depuis le 1^{er} janvier 2015, le prix du médicament se compose : du prix et des honoraires de dispensation du pharmacien.

5 LA FRANCHISE MEDICALE OU PARTICIPATION FORFAITAIRE

Une franchise médicale s'applique sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports. Elle est plafonnée à **50€** par an, au total. Pour préserver notre système de santé, une participation forfaitaire d'**1€** vous est demandée si vous êtes âgé de plus de 18 ans. Elle s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Les bons réflexes pour réaliser ses démarches...



assuré social DUPOND JEAN
n° de Sécurité Sociale 1 60 09 00 000 000 00
Pour tout contact 36 46

Assurance Maladie de l'Essonne
91039 EVRY CEDEX

Accédez aux informations et services
de votre caisse d'Assurance Maladie

M. DUPOND JEAN
30 RUE DU PONT
911000 CORBEIL

Voici le détail des versements vous concernant pour un paiement du 04/05/2015

Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte. Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	2 montant payé	base du rembours.	3 taux	4 montant versé
	pour JEAN né(e) le 00/09/1960 maladie réf 0731 1512010005405				
28/04/2015	1 PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT CONSULTATION Sect1 (C + PC) maladie réf 3611 1512480008797	2,00	2,00	70 %	16,10
	participation forfaitaire (PFH)				5 -1,00
	À noter : Pour les prestations figurant ci-après vous n'avez pas réglé directement votre professionnel, les participations forfaitaires ou les franchises n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.				
	pour JEAN né(e) le 00/09/1960 maladie réf 1131 1512010017834				
28/04/2015	2 PHARMACIE (PH7 + PC) franchise à retenir (FRT)	6,38	6,38	65 %	4,15
28/04/2015	3 HONOR. DISPENS. (HD7 + PC) PHARMACIE (PH4 + PC) franchise à retenir (FRT)	0,82	0,82	65 %	-0,50
28/04/2015	HONOR. DISPENS. (HD4 + PC)	7,69	7,69	30 %	0,53
		0,82	0,82	30 %	2,31
					-0,50
					0,25
	LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT À L'ORGANISME COMPLÉMENTAIRE				
6	réglé le 05/05/2015 au destinataire PHARMACIE XXXXXXXX : 7,24 euro(s)				
	le 04/05/2015 : 14,10 euro(s)				

6 TIERS PAYANT

Le professionnel transmet le dossier à votre organisme complémentaire

Le tiers payant, c'est zéro avance de frais sur la part des soins remboursés par l'Assurance Maladie. En revanche, les éventuels dépassements d'honoraires continuent de devoir être réglés directement aux professionnels de santé. De même, la participation forfaitaire et les franchises médicales restent à la charge de l'assuré.



Bien remplir votre feuille de soins papier

Dans quelle situation ?

Si vous avez oublié votre carte Vitale ou si le professionnel de santé n'est pas équipé informatiquement, il vous remet une feuille de soins papier. La feuille de soins est valable 2 ans. Vous devez l'adresser à votre CPAM :

- **par courrier** postal affranchi à l'adresse unique :

CPAM – 91040 EVRY CEDEX

- **dans un des points d'accueils** de votre département.

À noter :

N'oubliez pas de joindre, si nécessaire, les prescriptions médicales correspondant aux actes facturés dessus. **Pensez à signer votre feuille de soins avant de l'envoyer.**

Comment remplir ma feuille de soins ?

Si vous êtes la personne recevant les soins et que vous êtes vous-même l'assuré concerné, inscrivez seulement votre numéro de sécurité sociale sur la feuille de soins.

Si vous êtes la personne recevant les soins mais que vous n'êtes pas l'assuré, indiquez sur la feuille de soins :

- **vos noms et prénoms**
- **votre numéro de sécurité sociale, si vous en avez un**
- **votre date de naissance**
- **le nom et le prénom de l'assuré dont vous dépendez ainsi que son adresse et son numéro de sécurité sociale**

Les bons réflexes pour réaliser ses démarches...



Commander votre carte Européenne

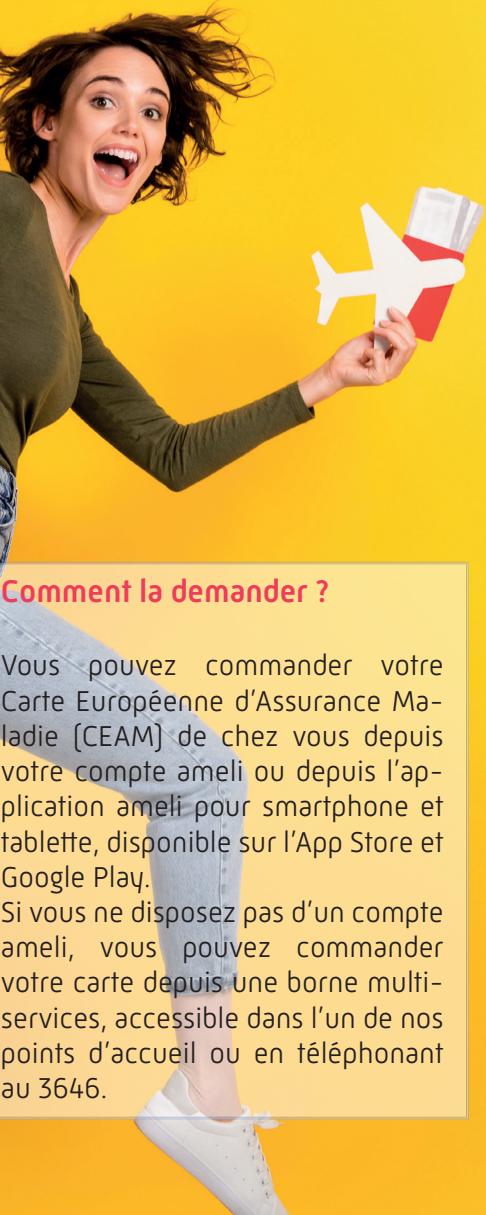
Pour quoi faire ?

La Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) facilite la prise en charge de soins médicaux en Europe.

Elle atteste des droits de son titulaire à l'Assurance Maladie française.

Lors de vacances ou d'un court séjour en Europe, il est conseillé de se la procurer.

La CEAM est valable deux ans et est individuelle. Chaque membre de la famille doit avoir sa carte, y compris les enfants de moins de 16 ans.



Comment la demander ?

Vous pouvez commander votre Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) de chez vous depuis votre compte ameli ou depuis l'application ameli pour smartphone et tablette, disponible sur l'App Store et Google Play.

Si vous ne disposez pas d'un compte ameli, vous pouvez commander votre carte depuis une borne multi-services, accessible dans l'un de nos points d'accueil ou en téléphonant au 3646.





Connaitre les dispositifs
adaptés à votre situation ...



La Protection Universelle Maladie

Qu'est-ce que c'est ?

La Protection Universelle Maladie garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière un droit à la prise en charge des frais de santé de manière continue tout au long de sa vie.

Qui est concerné ?

Toute personne majeure est assurée à titre individuel dès sa majorité (ou dès 16 ans à sa demande). Elle pourra choisir de percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire, recevoir son décompte de remboursement et disposer de son compte ameli, ce qui garantit une meilleure confidentialité des informations sur les frais de santé pris en charge.

Avec la Protection Universelle Maladie vos conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Si vous êtes salarié, vous n'avez plus à



justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Si vous êtes sans activité professionnelle, vous bénéficiez de la prise en charge de vos frais de santé au seul titre de votre résidence stable et régulière en France.



Demander la Complémentaire Santé Solidaire

Qui peut en bénéficier ?

Si vous rencontrez des difficultés dans l'accès aux soins, vous pouvez bénéficier d'une aide : la Complémentaire santé solidaire. Depuis le 1^{er} novembre 2019, cette complémentaire remplace la CMU-C et l'ACS. Le droit à la Complémentaire santé solidaire dépend des ressources que vous et le reste de votre foyer avez eues durant les 12 mois avant votre demande. Si vous y avez droit, elle ne vous coûte rien ou coûte moins de 1€ par jour et par personne.

Comment la demander ?

Avec le simulateur en ligne sur www.ameli.fr, vérifiez si vous avez droit à la Complémentaire santé solidaire.

Vous pouvez demander la Complémentaire santé solidaire :

- Sur Internet depuis votre compte ameli.
- En envoyant ou en déposant le formulaire papier disponible sur www.ameli.fr et les justificatifs demandés à votre Caisse d'Assurance Maladie.



Demander le 100 % santé

C'est quoi le 100% santé ?

Le 100% Santé permet d'améliorer et de renforcer l'accès aux soins en permettant de s'équiper de lunettes et d'aides auditives de qualité ainsi que de bénéficier de soins dentaires prothétiques esthétiques sans que l'acte ou le soin réalisé ne vous coûte un centime après remboursement de l'Assurance Maladie et des complémentaires.

Qu'est-ce qui change ?

En optique, avec le 100% santé vous avez la possibilité de choisir parmi 34 montures (20 pour les enfants) d'une valeur de 30€.

En dentaire, vous bénéficiez du remboursement intégral de 46% des actes prothétiques (notamment pour les prothèses sur les dents visibles).

En audiologie, Vous bénéficiez, de la prise en charge intégrale d'équipements de qualité.

Vous restez toujours libres de choisir des équipements et matériaux hors paniers 100% santé.

VOUS AVEZ DES DIFFICULTÉS POUR VOUS SOIGNER ?

UN CONSEILLER ACCOMPAGNEMENT SANTÉ EST LÀ POUR VOUS.



Qu'est-ce que c'est ?

Un conseiller qui vous accompagne pour vos démarches en lien avec votre santé.

Dans quel cas ?

Si vous ne savez pas comment faire ou si vous avez des difficultés financières pour réaliser vos démarches et vos soins.

Comment ça marche ?

Vous pouvez nous en parler ici, ou contacter votre caisse d'assurance maladie.



La contraception d'urgence

A quoi ça sert ?

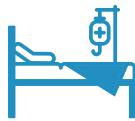
La contraception d'urgence permet aux jeunes filles de réduire le risque de grossesse après un rapport sexuel non protégé. Pour les mineures, la contraception d'urgence hormonale aussi appelée la pilule du lendemain est totalement gratuite, anonyme et sans prescription médicale.

Pour les personnes majeures assurées et en possession d'une prescription médicale le médicament est remboursé à 65%.

Comment ça marche ?

La pilule du lendemain est un seul comprimé qui peut être pris jusqu'à 5 jours après le rapport à risque, mais son efficacité réduit de jour en jour, il est donc préférable de la prendre le plus tôt possible.

Pour l'obtenir, vous pouvez vous rendre en pharmacie, dans un centre de planification et d'éducation familiale ou bien vous pouvez aller voir l'infirmière scolaire qui peut aussi vous la donner en cas d'urgence. Trois médicaments peuvent vous être délivrés : Norlevo, Levonogestrel Biogaran et EllaOne.



Être accompagné à domicile après une hospitalisation avec le PRADO

A quoi ça sert ?

Selon votre situation médicale, vos soins en sortie d'établissement peuvent être organisés pour faciliter votre retour à domicile. Avec le service PRADO, un Conseiller de l'Assurance Maladie organise pour vous les rendez-vous avec les professionnels de santé de ville dont vous aurez besoin, prescrits par l'établissement ; il prépare votre retour à domicile.



Comment adhérer au PRADO ?

Votre accouchement ou votre opération s'est bien passé(e) et l'équipe soignante donne son accord pour la date de sortie de votre hospitalisation.

Vous pouvez bénéficier d'une prise en charge personnalisée à domicile. L'équipe médicale de l'établissement définit vos besoins avant votre sortie. Un conseiller de l'Assurance Maladie vous met en relation avec les professionnels de santé de votre choix qui vous suivront lors de votre retour à la maison.

Avec votre accord, le conseiller organise le premier rendez-vous.

Votre médecin traitant sera systématiquement informé de votre adhésion au dispositif PRADO.



SOPHIA : pour les maladies chroniques

C'est quoi SOPHIA ?

SOPHIA est un service, gratuit et sans engagement, d'accompagnement des malades chroniques pour l'asthme et le diabète.

Pas à pas, avec SOPHIA vous apprenez à mieux connaître votre maladie et à mettre en pratique les recommandations du médecin.

Vous recevez par courrier ou courriel des informations et des conseils pratiques validés par des experts.

Une équipe d'infirmiers/conseillers en santé est à votre écoute au :

0 809 400 040

(service gratuit + prix appel)
du lundi au vendredi de 9h à 19h
et le samedi de 9h à 13h

Comment adhérer à SOPHIA ?

Les personnes atteintes d'asthme et de diabète éligibles au service SOPHIA reçoivent directement un courrier ou un courriel de l'Assurance Maladie avec une brochure de présentation et un bulletin d'adhésion à compléter.



AMBULANCE



VSL* OU TAXI CONVENTIONNÉ

*Véhicule Sanitaire Léger



VÉHICULE PERSONNEL
OU TRANSPORTS EN COMMUN



Prescription de **transport**

L'essentiel

L'Assurance Maladie peut prendre en charge vos frais de transport sous certaines conditions et seulement si votre médecin juge que votre état de santé le justifie.

Votre médecin vous prescrira alors un transport adapté. Cette prescription papier peut également être établie directement en ligne par votre médecin qui vous fournira un justificatif.

Sur prescription médicale de votre médecin, l'Assurance Maladie peut également rembourser les frais d'utilisation de votre véhicule personnel, ou de transport en commun.

Vous pouvez effectuer votre demande de remboursement en ligne avec le service «mes remboursements simplifiés» disponible via votre compte ameli.

Les conditions à remplir ?

- Transport lié à une hospitalisation.
- Transport en cas de traitements ou examens liés à une affection de longue durée (ALD), un accident du travail ou une maladie professionnelle.
- Si votre état de santé nécessite une ambulance.
- Lors d'une convocation de contrôle du service médical ou d'un médecin expert.
- En cas de rendez-vous chez un fournisseur de certains types d'appareillage (exemple : véhicules pour handicapés, ...).
- Transport de longue distance, (plus de 150 km aller).
- Transports en série avec accord préalable de l'Assurance Maladie complété par le médecin (au moins 4 trajets de plus de 50 km aller, sur deux mois, pour le même traitement).

Déclarer un accident causé par un tiers

A quoi ça sert ?

Vous avez été blessé par un tiers ? Déclarez votre accident à votre Caisse d'Assurance Maladie. Elle pourra ainsi se retourner vers la personne responsable ou sa compagnie d'assurance pour obtenir le remboursement des frais engagés pour vos soins liés à l'accident. Rien ne change pour votre prise en charge ou en cas d'arrêt de travail, par exemple.

Comment faire ?

Déclarez votre accident :

- **en ligne** : www.onmablesses.fr ou depuis votre compte Ameli
- **par courrier** : envoyez le formulaire S3743 de déclaration d'un dommage corporel causé par un tiers à l'adresse unique : CPAM de l'Essonne 91040 EVRY CEDEX
- **par courriel** : rct.cpam-evry@assurance-maladie.fr
- **par téléphone** : 3646 du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30 (Service gratuit + prix appel).

Réclamation et médiation

Dans quels cas saisir le médiateur ?

Vous avez déposé une réclamation auprès de l'Assurance Maladie. Si elle n'aboutit pas, vous pouvez ensuite saisir le médiateur. Après examen, si le dossier relève de sa compétence, celui-ci le prendra en charge jusqu'à sa résolution.

Vous pouvez aussi saisir directement le médiateur si vous estimez être victime d'un refus de soins ou si votre réclamation concerne vos relations avec un médecin lorsque, par exemple, vous ne parvenez pas à déclarer un médecin traitant.

Comment faire ?

Vous pouvez saisir le médiateur de l'Assurance Maladie de l'Essonne :

- **par courriel** : mediation.cpam-evry@assurance-maladie.fr
- **par courrier** : CPAM, à l'attention du Médiateur, 2 rue Ambroise Croizat 91039 Evry Cedex
- **par téléphone** : 01.60.79.78.84 [répondeur]

Précisez bien votre numéro de sécurité sociale et, si vous le souhaitez, votre numéro de téléphone.



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



**MAL DE DOS ?
LE BON TRAITEMENT,
C'EST LE
MOUVEMENT.**



Pour ne pas laisser le mal de dos s'installer,
il faut continuer de s'occuper de sa famille.

ameli.fr

La prévention à tous
les âges ...

La prévention à tous les âges...

Un rendez-vous , c'est quoi ?



Le dentiste vérifie la santé des dents et des gencives.



Le dentiste donne des conseils pour bien s'occuper des dents.



Si besoin, le dentiste soigne les dents et vous ne le payez pas.



M'T dents : des rendez-vous offerts chez le dentiste

Qui est concerné ?

Tous les 3 ans, l'Assurance Maladie, offre avec le programme M'T dents, un rendez-vous chez le dentiste aux enfants à partir de 3 ans et aux jeunes jusqu'à l'âge de 24 ans.

L'objectif de ce programme de prévention est d'aider les enfants et les jeunes à prendre de bonnes habitudes et de soigner les caries dès leur apparition.

M'T dents s'adresse aussi aux femmes enceintes car les gencives et les dents sont plus fragiles pendant la grossesse.

Comment en bénéficier ?

Un mois avant la date d'anniversaire de votre enfant, quand il va avoir 3, 6, 9, 12 et 15 ans, vous recevez une prise en charge M'T dents sur votre compte ameli ou par courrier.

Prenez rendez-vous chez le dentiste et présentez cette prise en charge avec votre carte Vitale. Le dentiste pourra alors réaliser un examen complet de la dentition de votre enfant.

Pour les jeunes, le formulaire est envoyé un mois avant l'anniversaire des 18, 21 et 24 ans.

Pour les femmes enceintes le formulaire est envoyé pendant le 4^{ème} mois de grossesse.



Vaccinations : êtes-vous à jour ?

Comprendre la vaccination

La vaccination permet de lutter contre diverses maladies infectieuses. Son principe se fonde sur la production d'anticorps et la mise en mémoire par l'organisme du germe impliqué. Certaines vaccinations sont obligatoires. Les autres sont recommandées.

Quand se faire vacciner ?

La vaccination est programmée selon un calendrier. Vous pouvez également vous faire vacciner en cas d'oubli (rattrapage) ou si vous voyagez. 11 vaccins sont obligatoires chez les nourrissons depuis le 1^{er} janvier 2018. Ils sont remboursés, sur prescription médicale, à 65%. La part complémentaire est habituellement prise en charge par les organismes complémentaires. Seuls le ROR et la grippe peuvent être pris en charge à 100% sous certaines conditions.

Calendrier simplifié des vaccinations *

*Calendrier des vaccinations 2020 : sources vaccination infoservice.fr

Arrêt du tabac : l'Assurance Maladie vous accompagne

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Santé publique France

MOIS SANS TABAC

La meilleure façon d'arrêter de fumer, c'est de s'inscrire à Mois sans tabac.

Pour réussir votre arrêt, un nouveau programme d'accompagnement. Inscrivez-vous sur tabac-info-service.fr

L'appli, le site, et le 3989 3989 • Service gratuit + prix appelé

tabac info service

bienvenue dans une vie sans tabac

l'Assurance Maladie

A quoi ça sert ?

L'Assurance Maladie vous accompagne dans l'arrêt du tabac. Elle prend en charge, sur prescription médicale établie par un professionnel de santé (médecins, sages-femmes ou infirmiers par exemple) les traitements de substituts nicotiniques.

Le pharmacien délivre le traitement sur présentation de la prescription médicale. Vous n'avez pas d'avance de frais à effectuer.

Que sont les traitements nicotiniques ?

Le traitement nicotinique vise à diminuer l'envie de fumer et à réduire les symptômes de manque dus au sevrage tabagique. Il remplace la nicotine contenue dans les cigarettes par de la nicotine présente dans divers produits (patch, gomme, pastille...) qui permettent d'aider à arrêter de fumer.

Des études scientifiques ont montré que les traitements par substituts nicotiniques aident à arrêter de fumer : ils augmentent vos chances de réussir de 50% à 70%.

JE ME SUIS FAIT DÉPISTER, ET J'AI BIEN FAIT.



CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

TOUS
LES 3 ANS
TEST DE
DÉPISTAGE

DE
25 À 65 ANS

CANCER DU SEIN

TOUS
LES 2 ANS
MAMMOGRAPHIE
EXAMEN
CLINIQUE

DE
50 À 74 ANS

CANCER COLORECTAL

TOUS
LES 2 ANS
TEST

DE
50 À 74 ANS



DÉPISTAGE DES CANCERS

Centre de coordination
Île-de-France

Site de l'Essonne

Pour plus d'informations,
contactez le CRCDC-IDF site de l'Essonne au
01 64 90 52 12



— TERRE D'AVENIRS —



Dépistages organisés des cancers

Pourquoi se faire dépister ?

L'Assurance Maladie met en place de nombreuses actions de dépistages des cancers. Ces dépistages organisés ont pour objectifs de détecter les cancers avant l'apparition de symptômes et de les soigner plus facilement.

Trois cancers sont ciblés par ces campagnes : le cancer du sein, du côlon et du col de l'utérus.

Vous recevez à partir de 50 ans un courrier vous invitant à retirer un kit de dépistage auprès de votre médecin traitant, il vous expliquera la démarche à suivre pour l'utiliser correctement. Une fois réalisé, le test doit être renvoyé à un laboratoire agréé. Les résultats vous parviendront dans les 15 jours suivants.

À qui s'adressent ces dépistages gratuits ?

- Si vous avez entre 50 et 74 ans, vous pouvez bénéficier tous les deux ans de dépistages gratuits du cancer du sein. A partir de 50 ans vous recevez à votre domicile, un courrier ainsi qu'un bon de prise en charge qui vous permet de réaliser une mammographie de dépistage. Il vous suffira de présenter à votre radiologue le bon, le courrier d'invitation et votre carte vitale.
- Le dépistage du cancer du côlon, est également pris en charge.

- Le dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé à toutes les femmes, dès 25 ans et jusqu'à 65 ans. Les dépistages par examen cytologique ou par test HPV sont pris en charge à 100% par l'Assurance maladie sans avance de frais.

Si vous n'avez pas effectué de dépistage dans les intervalles recommandés, vous recevez un courrier de votre Centre régional de coordination des dépistages des cancers vous invitant à consulter votre gynécologue, médecin traitant ou sage-femme pour réaliser un dépistage.



ON NE SAIT JAMAIS QUAND ON CROISE LE VIRUS.

MAIS AU MOINS,
ON SAIT QUI
ON A CROISÉ.

JULIEN

NADIA

LÉO

En cas de test positif, je communique la liste de tous mes contacts récents à mon médecin traitant et à l'Assurance Maladie pour qu'ils puissent les **alerter**, et j'**alerte** les personnes que j'ai croisées grâce à l'application #TousAntiCovid. En identifiant les personnes contact, je participe à ralentir la propagation de l'épidémie.

ENSEMBLE, CONTINUONS L'EFFORT.