



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Charente-Maritime

L'ESSENTIEL

COMPRENDRE LES PARTICIPATIONS FORFAITAIRES ET LES FRANCHISES MÉDICALES



Depuis le 15 mai 2024,
une participation forfaitaire de 2 €
pour toutes consultations, analyses
de biologie médicale ou examens de
radiologie.

Depuis le 31 mars 2024,
**une franchise médicale de 1 €
à 8 €** selon la prestation médicale.



Tout le monde est concerné quelle que soit votre pathologie*

Prélevées sur vos remboursements de soins ou le
versement de vos prestations (indemnités journalières,
pension, rente, capital, etc.)



Pour vous aider à mieux comprendre les principes de la
franchise médicale et de la participation forfaitaire, une
vidéo est à votre disposition.
Pour y accéder, flashez le QR code.



EN RÉSUMÉ

	PARTICIPATIONS FORFAITAIRES	FRANCHISES MÉDICALES
*QUI EST CONCERNÉ ?	- Toutes les personnes : → même si vous avez choisi un médecin traitant → même si vous respectez le parcours de soins → même si vous avez une affection de longue durée (ALD) - Sauf : → les personnes de moins de 18 ans → les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'Etat → les femmes enceintes dès le 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement	
SUR QUOI ?	- Toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste (quel que soit le lieu de rendez-vous) - Les examens de radiologie - Les analyses de biologie médicale	- Les médicaments - Les actes paramédicaux - Les transports sanitaires
COMBIEN ?	2 € par acte ou consultation	1 € par boîte de médicaments ou unité de conditionnement (flacon) 1 € par acte paramédical 4 € par transport sanitaire
PLAFOND JOURNALIER	8 € par jour par professionnel de santé	4 € par jour pour les actes paramédicaux 8 € pour les transports sanitaires
PLAFOND ANNUEL <i>par année civile de la date de remboursement</i>	50 € par an et par personne	50 € par an et par personne
COMMENT ?	- Vous réglez vos soins et prestations : elles sont déduites automatiquement du montant de vos remboursements. - Vous ne réglez pas vos soins (tiers payant) occasionnellement : elles se cumulent et seront déduites sur un de vos remboursements lorsque vous vous acquitterez des soins et prestations ou sur vos indemnités journalières, pension d'invalidité, capital décès, frais funéraires, etc. (les rentes accident du travail/maladie professionnelle sont exclues de cette récupération). C'est la raison pour laquelle le montant de votre remboursement peut être minoré ou être de 0 €. - Vous ne réglez jamais les professionnels de santé : vous recevrez un « avis de sommes à payer » à régler directement à votre caisse d'assurance maladie. - Le plafond annuel est applicable à la date de remboursement de vos soins et non à la date à laquelle vos soins ont été effectués (si vos actes ont été effectués durant l'année N-1 et qu'ils sont remboursés pendant l'année N, alors la retenue s'applique pour le plafond annuel de l'année N).	

Notes :

Et sur ameli.fr...

- obtenez des informations depuis la rubrique [Assuré > Remboursements prestations et aides > Ce qui reste à votre charge](#)
- consultez votre montant depuis votre [compte ameli > Mes paiements > Participations forfaitaires et franchises](#).

