

la carte Vitale ET LE COMPTE AMELI

Le numéro d'Assurance Maladie, qu'est-ce que c'est ?

Un identifiant unique de 13 chiffres que possède chaque personne affiliée à l'Assurance Maladie.

La carte Vitale, qu'est-ce que c'est ?

C'est une carte gratuite avec le numéro d'Assurance Maladie qui permet à l'assuré d'accéder aux soins et de se faire rembourser directement.



Le compte ameli, qu'est-ce que c'est ?

C'est le compte en ligne qui permet de gérer les démarches de santé et de suivre les remboursements.

LE DISPOSITIF M'T DENTS C'EST QUOI M'T DENTS ?

M'T dents, c'est un rendez-vous de prévention bucco-dentaire offert, au cours duquel le dentiste :

- Vérifie la santé de vos dents et de vos gencives et vous donne des conseils ;
- Vous propose un ou plusieurs nouveaux rendez-vous si vos dents doivent être soignées.

CE QUI EST OFFERT :

L'examen bucco-dentaire ainsi que les soins conservateurs (traitement des caries, détartrage), les actes chirurgicaux et les radiographies qui en découlent.

CE QUI N'EST PAS OFFERT :

Les autres soins prévus après l'examen, comme les appareils d'orthodontie ou les prothèses.

→ Si votre dentiste vous propose ces traitements, il doit vous informer sur les tarifs et les remboursements.



EN PRATIQUE, COMMENT ÇA MARCHE POUR LES JEUNES ADULTES ?

- Un mois avant votre 18^{ème}, 21^{ème} et 24^{ème} anniversaire, vous recevez un formulaire M'T dents (valable 1 an) par courrier ou sur votre compte ameli.
- Vous prenez rendez-vous chez le dentiste pour un examen bucco-dentaire.
- Le jour du RDV, pour ne pas payer, vous présentez au dentiste :
 - Votre carte Vitale ;
 - Le formulaire M'T dents.

L'OFFRE DE SOINS 100% SANTÉ OPTIQUE

Des lunettes de vue 100% prises en charge

Depuis 2020, tous les opticiens de France doivent pouvoir vous proposer un large choix de montures de lunettes de plusieurs coloris et de verres traitant toutes les corrections visuelles, 100% remboursés par la Sécurité sociale et les complémentaires santé.

→ Si vous choisissez des montures et verres de la gamme « 100% santé », il restera à votre charge 0€.

Qui peut en bénéficier ?

Toutes les personnes disposant de la complémentaire santé solidaire ou d'une complémentaire santé responsable (soit près de 95% des contrats du marché).

En cas de doute, n'hésitez pas à interroger l'organisme complémentaire qui vous couvre.



CONCEPTION/CREATION DISAIDEVITIA

RETROUVEZ LA LISTE DES SITES UTILES ET TOUTES LES EXPLICATIONS SUR LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS SUR LE SITE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

WWW.UNIVERSITE-LYON.FR/MASANTE

SANTÉ DES ÉTUDIANTS TOUT SAVOIR SUR L'ACCÈS AUX SOINS !



AVEC LE SOUTIEN DE



EN PARTENARIAT AVEC



L'ASSURANCE MALADIE

ET LE REMBOURSEMENT DES SOINS

L'Assurance Maladie

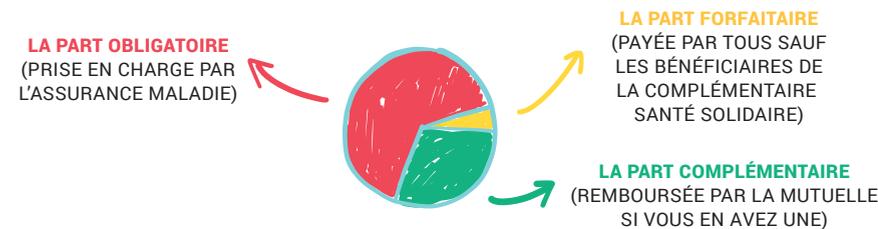
est l'organisme qui rembourse une partie des frais de santé (part obligatoire). Depuis 2019, tous les étudiants sont affiliés au régime général de l'Assurance Maladie.

L'Assurance complémentaire ou « mutuelle »

est une couverture maladie que l'on peut payer pour être mieux remboursé. Pour les petits budgets, il existe des solutions : la complémentaire santé solidaire permet d'accéder à des soins de qualité sans reste à charge, pour une participation financière nulle ou limitée.

Comprendre les frais de santé

En France, le coût des soins* est réparti en trois catégories :



Focus

LE TIERS PAYANT, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Vous n'avez pas à payer la part obligatoire de votre consultation qui est réglée au médecin directement par l'Assurance Maladie. Pour cela il faut que votre carte Vitale soit à jour.

* Montants calculés dans le cadre du parcours de soins

Comprendre les tarifs des médecins

Les médecins n'appliquent pas tous les mêmes tarifs pour les mêmes actes. Ils sont répartis en deux secteurs :

Médecins secteur 1

Le médecin appartenant au secteur 1 applique des tarifs fixés par convention avec l'Assurance Maladie, sans dépassement d'honoraires. Cela sert de base aux montant de remboursement* :

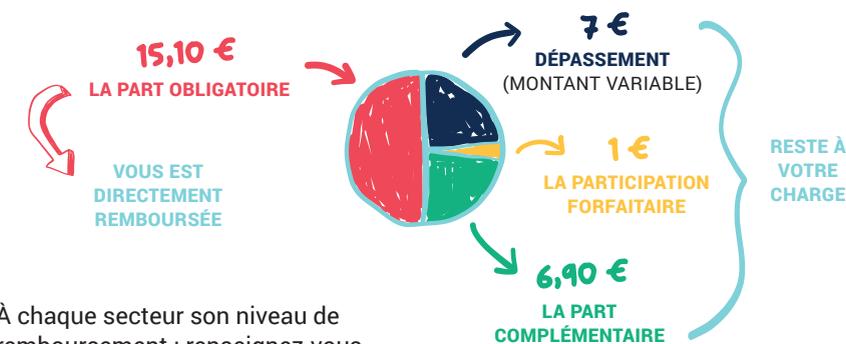
EXEMPLE : CONSULTATION CHEZ UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE 25 €



Médecins secteur 2

Le médecin de secteur 2, qu'il soit généraliste ou spécialiste, est autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Cela influe donc sur la répartition des coûts d'une consultation* :

EXEMPLE : CONSULTATION AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DE 7 €



À chaque secteur son niveau de remboursement : renseignez-vous avant de prendre rendez-vous !

* Montants calculés dans le cadre du parcours de soins

LE MÉDECIN TRAITANT



Le médecin traitant, qu'est-ce que c'est ?

C'est le médecin que l'on choisit librement et que l'on déclare à l'Assurance Maladie après son accord pour être mieux remboursé. Il est le médecin référent qui coordonne le parcours de soins de l'assuré. Il connaît et gère son dossier médical.

Le parcours de soins, qu'est-ce que c'est ?

Il s'agit du parcours à effectuer pour bénéficier de soins et être mieux remboursé quand on consulte un médecin spécialiste. Pour cela, il faut consulter au préalable son médecin traitant. Il existe cependant des exceptions : gynécologues, psychiatres (si vous avez entre 16 et 25 ans) et ophtalmologues peuvent être consultés directement.

Répartition des montants remboursés en l'absence de déclaration de médecin traitant, sur la base d'une consultation à 25 € :

