



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Essonne

Guide *pratique*

édition 2023



infos pratiques / santé / droits et démarches

.....
Les essentiels

**Savez-vous
qu'avec ameli,
vous pouvez faire
vos démarches
plus vite que vous
l'imaginez ?**

Compte ameli, le moyen le plus simple et le plus rapide
pour effectuer vos démarches au quotidien.



compteameli

Allez-y, demandez-lui.



Le guide pratique 2023, que vous tenez entre vos mains, est un véritable condensé de tous nos services. Il a pour vocation de faciliter vos démarches, de vous aider à prendre en main votre santé, de vous fournir toutes les informations dont vous avez besoin au quotidien.

C'est un lien indispensable entre vous, assurés sociaux, et nous, Assurance Maladie, dont la mission est de vous protéger et de vous accompagner. Une mission que le contexte sanitaire a parfois rendu difficile dernièrement.

Mais je tiens à vous assurer que les agents de la Caisse Primaire de l'Essonne sont tout au long de l'année mobilisés pour que nous puissions vous proposer le meilleur service possible.

Albert Lautman
Directeur Général
de la Cnam de l'Essonne

S O M M A I R E

INFOS PRATIQUES

1

Les 5 démarches essentielles d'un nouvel assuré

- p. 7 Mettre à jour sa carte vitale
- p. 7 Déclarer son médecin traitant
- p. 8 Transmettre son RIB
- p. 8 Ouvrir son Compte ameli
- p. 9 Activer Mon espace santé

2

Vos contacts avec l'Assurance Maladie

- p. 11 Poser ses questions au bon endroit sans vous déplacer
- p. 11 Transmettre un document papier
- p. 12 Prendre un rendez-vous avec un conseiller
- p. 12 Contacter l'Assurance Maladie par téléphone
- p. 12 Être accompagné pour ses démarches
- p. 13 Accueil sur rendez-vous et accès au libre-service

3

Les bons réflexes de l'assuré

- p. 15 Adopter les 10 bons réflexes de l'assuré
- p. 16 Bien remplir votre feuille de soin papier
- p. 17 Commander votre carte Européenne

SANTÉ, DROITS ET DÉMARCHES

4

Connaître les dispositifs adaptés à votre situation

- p. 19 Protection universelle maladie
- p. 20 Demander le 100% santé
- p. 20 Demander la complémentaire santé solidaire
- p. 21 Demander une aide financière
- p. 21 Être accompagné en cas de difficulté pour se soigner
- p. 22 Contraception d'urgence
- p. 23 Contraception et consultation gratuite pour les moins de 26 ans
- p. 23 Dépistage du VIH
- p. 24 SOPHIA : pour les maladies chroniques
- p. 25 Dispositif d'accompagnement «MonPsy»
- p. 26 Être accompagné à domicile après une hospitalisation avec le PRADO
- p. 27 Demander une prise en charge de transport
- p. 28 Déclarer un accident causé par un tiers
- p. 28 Réclamation et médiation

5

La prévention à tous les âges

- p. 31 Prévention bucco-dentaire : le programme M'T dents
- p. 32 Vaccination
- p. 33 Arrêt du tabac
- p. 35 Dépistages organisés des cancers

Les 5 démarches essentielles d'un nouvel 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 les transmettre ?

Si des coordonnées bancaires sont déjà enregistrées sur votre Compte ameli vous pouvez les modifier directement en ligne.

Si vous ne pouvez pas utiliser ce service en ligne ou si aucune coordonnée bancaire n'est renseignée sur votre Compte ameli, transmettez les pièces suivantes à votre Caisse d'Assurance Maladie, par courrier à l'adresse unique [CPAM – 91040 EVRY CEDEX] :

- **Votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) en inscrivant au verso votre numéro de sécurité sociale**
- **Une copie de votre pièce d'identité**
- **Votre ancien RIB** (en cas de changement de coordonnées bancaires).

Ouvrir son Compte ameli

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.

À quoi ça sert ?

En créant votre Compte ameli, vous accédez à une quarantaine de services en ligne de l'Assurance Maladie, de votre smartphone, tablette ou ordinateur !

Les 5 démarches essentielles d'un nouvel assuré

Partez à la conquête d'un nouvel espace pour votre santé



mon ESPACE SANTÉ

VOUS AVEZ LA MAIN SUR VOTRE SANTÉ

Activer Mon espace santé

À quoi ça sert ?

Mon espace santé est un carnet de santé numérique interactif. Grâce à ce service, chacun peut participer activement au suivi et à la préservation de sa santé.

Comment faire ?

Pour pouvoir l'utiliser, par exemple pour renseigner vos informations de santé, il est nécessaire d'**activer votre profil** à l'aide de votre carte Vitale.

Pour réaliser cette démarche, rendez-vous sur le site monespacesante.fr ou sur l'application mobile Mon espace santé.

Si vous rencontrez une difficulté, contactez le support téléphonique de Mon espace santé au **3422** (service gratuit + prix d'appel).

Grâce à Mon espace santé vous pouvez :

- **Stocker des documents** (traitements, résultats d'examen, antécédents médicaux, comptes rendus d'hospitalisation) de façon sécurisée et les partager avec les professionnels de santé.

- **Utiliser la messagerie sécurisée** : pour recevoir des informations personnelles en toute confidentialité en provenance des professionnels de santé qui vous suivent, en ville comme à l'hôpital.

Et bientôt :

- **Disposer d'un agenda** de santé : pour enregistrer tous vos rendez-vous médicaux, mais aussi recevoir des rappels personnalisés pour vos vaccins ou dépistages.

Vos contacts avec l'Assurance Maladie



Vos contacts avec l'Assurance Maladie



Poser ses questions au bon endroit sans se 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'échange 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 votre Compte ameli

À la moindre interrogation, vous pouvez solliciter «ameliBot» depuis le Compte ameli. Il s'agit d'un assistant virtuel qui répond de manière autonome sur une messagerie instantanée. Il est paramétré pour vous orienter avec le plus de précision possible et répondre à un grand nombre de questions. «ameliBot» répond à 90 % des demandes.

Comment faire ?

«ameliBot» est situé en bas à droite de votre Compte ameli. Vous le reconnaîtrez facilement à son icône bleue et sa bulle de dialogue vous invitant à poser vos questions.



Transmettre un document papier

Où envoyer vos documents papier ?

Pour vos courriers, feuilles de soins, demandes d'entente préalable, avis d'arrêt de travail (à envoyer dans les 48 heures) la Cnam a créé une adresse unique :

CPAM – 91040 EVRY CEDEX

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

Pourquoi envoyer vos documents papier à l'adresse unique ?

Pour un traitement rapide et plus sécurisé nous vous conseillons d'utiliser l'adresse unique.

À noter :

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



Contactez 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.

Pour les dossiers un peu plus complexes, il peut vous proposer un rendez-vous avec un conseiller

dans l'un de nos points d'accueil. Un rendez-vous téléphonique spécifique peut également vous être proposé.

Quand téléphoner ?

Le **3646** est accessible du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30 (service gratuit + prix de l'appel).



Être accompagné pour ses démarches par nos partenaires France services



Comment être accompagné près de chez vous ?

Plus d'une vingtaine de France services sont déjà implantés en Essonne. Retrouvez, à moins de 30 minutes de chez vous, des agents France services formés par l'Assurance Maladie et capables de vous accompagner dans vos démarches administratives quotidiennes, même les plus complexes.

Pour quelles démarches ?

Pour créer votre Compte ameli et vous aider à l'utiliser, imprimer une attestation de droits ou d'indemnités journalières, réaliser une demande de Complémentaire Santé Solidaire ou encore prendre rendez-vous avec l'Assurance Maladie...

Plus d'informations sur : france-services.gouv.fr

Vos contacts avec l'Assurance Maladie



Accueil sur rendez-vous et accès au libre-service



Un accueil sur rendez-vous

Vous avez besoin d'être accompagné par un conseiller, prenez un rendez-vous directement **depuis votre Compte ameli** (rubrique «Mon agenda» puis «Prendre un rendez-vous») **ou par téléphone au 3646.**

Pour quelles questions prendre un rendez-vous ?

Le conseiller Assurance Maladie vous accompagne pour les questions sur :

- la Complémentaire Santé Solidaire
- la demande de pension d'invalidité
- la demande de capital décès
- les soins à l'étranger
- les cures thermales
- les indemnités journalières...

Le jour de votre rendez-vous pensez à venir avec votre carte Vitale, une pièce d'identité originale, un RIB récent mentionnant l'Iban, ainsi que tous les documents et justificatifs demandés.

Accès à nos espaces libre-service

Avec votre carte Vitale et votre code d'accès au Compte ameli **vous accédez seul** aux bornes multiservices et ordinateurs en libre-service dans tous nos accueils pour :

- Mettre à jour sa carte vitale
- Consulter ses derniers paiements
- Imprimer une attestation
- Commander une carte Européenne...

En dehors de la mise à jour de la carte Vitale, ces démarches peuvent aussi être effectuées chez soi, depuis le Compte Ameli.

Code oublié ?

Obtenez un code provisoire sur la borne en indiquant votre numéro de sécurité sociale, votre date de naissance et votre adresse mail.

Le code provisoire est envoyé à votre adresse mail.

Les bons réflexes de l'assuré



Adopter 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 **Ouvrez votre Compte ameli** pour échanger avec votre Caisse et effectuer toutes vos démarches 24h/7j
- 7 **Activez votre espace santé**. Conservez vos documents médicaux dans un espace sécurisé et partagez-les avec vos professionnels de santé
- 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



Bien remplir sa **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 l'urne d'un des points d'accueil** 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 votre **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 de l'assuré



Commander sa **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.





Connaître les dispositifs adaptés à votre situation



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 le 100 % santé

C'est quoi le 100% santé ?

Le 100% Santé améliore et renforce l'accès aux soins en permettant à chacun 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 santé.

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.



Demander la Complémentaire Santé Solidaire

Complémentaire santé solidaire avec elle, plus aucun frais de santé à payer.



perçues 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.

Qui peut en bénéficier ?

Si vous n'avez pas de mutuelle et que vous rencontrez des difficultés pour payer vos dépenses de santé, vous pouvez bénéficier d'une aide : la Complémentaire santé solidaire.

Le droit à la Complémentaire santé solidaire dépend des ressources que vous et le reste de votre foyer avez



Demander une aide financière

Pour qui ?

Si vous avez des difficultés financières pour réaliser vos démarches et vos soins (maladie, maternité, handicap, invalidité, accident du travail) l'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie peut vous permettre de bénéficier d'une aide financière ponctuelle.

Comment faire la demande ?

Téléchargez et complétez le formulaire de demande d'aide financière sur le site : www.ameli.fr

Le dossier complet, avec les pièces justificatives demandées, est à transmettre à l'adresse suivante :

CPAM de l'ESSONNE SPASS

2 rue Ambroise Croizat
91 039 EVRY CEDEX

Les conditions à remplir ?

Toutes nos aides sont soumises à des conditions de ressources et à des critères de recevabilité. Votre situation sera examinée par une commission qui se réunit régulièrement et qui vous avertira de sa décision.



Être accompagné en cas de difficulté pour se soigner

Dans quelle situation ?

Si vous avez des difficultés à vous faire soigner, faites le point sur votre situation et bénéficiez d'un accompagnement personnalisé avec un conseiller accompagnement en santé.

Il est votre interlocuteur privilégié pour vous aider dans vos difficultés d'accès aux droits ou aux soins.

Comment faire ?

Pour être accompagné, prenez contact avec votre Caisse d'Assurance Maladie via la messagerie de **votre Compte ameli** ou en téléphonant au **3646**.

Un conseiller accompagnement santé vous contactera et réalisera avec vous un bilan de vos droits et de vos besoins. Il vous orientera et vous accompagnera dans vos démarches en lien avec votre santé.



Contraception et consultation gratuite pour les moins de 26 ans

Comment ça marche ?

Les jeunes femmes entre 12 et 25 ans peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance Maladie, sans avance de frais pour :

- Une consultation par an afin de choisir une contraception adaptée chez un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme en libéral ou en centre de santé. Plus une consultation de suivi la 1^{ère} année d'accès à la contraception.
- Les examens de biologie médicale prescrits une fois par an, si nécessaire.

- Les contraceptifs remboursables par l'Assurance Maladie, délivrés en pharmacie.

Les mineurs peuvent demander à bénéficier du secret médical, c'est à dire, qu'elles n'ont pas à obtenir le consentement de leurs parents pour consulter ou obtenir une contraception.

La première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles est ouverte aux assurés de moins de 26 ans : mineur(e)s, hommes et femmes.

Attention : les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge.



Contraception d'urgence

A quoi ça sert ?

La contraception d'urgence permet aux femmes 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.

L'accès à la contraception d'urgence est gratuit pour toutes les femmes, quel que soit l'âge.

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.



Dépistage du VIH

Comment ça marche ?

Il est possible d'effectuer le dépistage du VIH dans un laboratoire de ville :

- sans avance de frais
- sans ordonnance
- sans rendez-vous

Ce dispositif concerne tous les assurés sociaux et leurs ayants droits, dont les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME).





Dispositif d'accompagnement psychologique «**MonPsy**»

Qui est concerné ?

Toute personne (dès 3ans) angoissée, déprimée ou en souffrance psychique, peut bénéficier de séances d'accompagnement psychologique prises en charge par l'Assurance Maladie.

Le paiement des séances se fait directement au psychologue après chaque séance (40€ pour la séance d'évaluation et 30€ pour les séances de suivi).

La feuille de soins et le courrier d'adressage seront à transmettre à l'organisme d'Assurance Maladie pour le remboursement à hauteur de 60% et le reste à hauteur de 40% par la complémentaire santé.

En cas d'urgence, contactez le SAMU ou le 3114 si vous ressentez une détresse ou des pensées suicidaires. Service accessible gratuitement 24h/24 et 7j/7 partout en France.

Comment en bénéficier ?

En fonction de l'état de santé du patient, le médecin peut proposer jusqu'à huit séances d'accompagnement sur 12 mois par un psychologue conventionné.

Un courrier d'adressage valable six mois à l'intention du psychologue est remis au patient par le médecin.

L'annuaire des psychologues partenaires du dispositif est accessible sur le site :

<https://monpsy.sante.gouv.fr/>

Vous n'avez pas besoin d'avancer de frais si vous êtes bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS), de l'Aide Médicale d'État (AME) ou de soins en lien avec une Affection de Longue Durée (ALD), un accident du travail ou une maladie professionnelle (AT-MP) ou avec une maternité (à compter du 6^e mois de grossesse).



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.



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 **Programme d'accompagnement du retour à domicile (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.



Connaître les dispositifs de l'Assurance Maladie



AMBULANCE



VSL¹ ou TAXI
CONVENTIONNÉ



VÉHICULE PERSONNEL
ou TRANSPORTS EN COMMUN



Demander une **prise en charge de transport**

Les cas de prise en charge ?

L'Assurance Maladie peut prendre en charge vos frais de transport seulement si votre médecin juge que votre état de santé le justifie. Votre médecin vous délivrera une prescription médicale de transport sous forme « papier » que vous devrez présenter au transporteur. Il peut également l'établir directement en ligne et vous remettra alors un justificatif.

Attention : la prescription médicale de transport doit obligatoirement être établie avant le transport.

Sur prescription médicale de votre médecin, l'Assurance Maladie rembourse 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 et êtes remboursé sous 4 jours.

Les conditions à remplir ?

- Transport lié à une hospitalisation.
- Transport pour traitements ou examens liés à :
 - une affection de longue durée (ALD) uniquement en cas d'incapacité ou de déficience vous empêchant de vous déplacer sans assistance
 - 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.onmablesse.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 - 91040 EVRY CEDEX
- **par courriel** : poleRTC91@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.

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

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

Insuffisance cardiaque. Et si votre cœur essayait de vous dire quelque chose ?



Essoufflement inhabituel



Prise de poids rapide



Pieds et chevilles gonflés (Œdèmes)



Fatigue excessive

Si vous constatez un seul ou plusieurs de ces signes, surtout après 60 ans, vous souffrez peut-être d'insuffisance cardiaque.

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN.

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^e mois de grossesse.



Vaccination : 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.

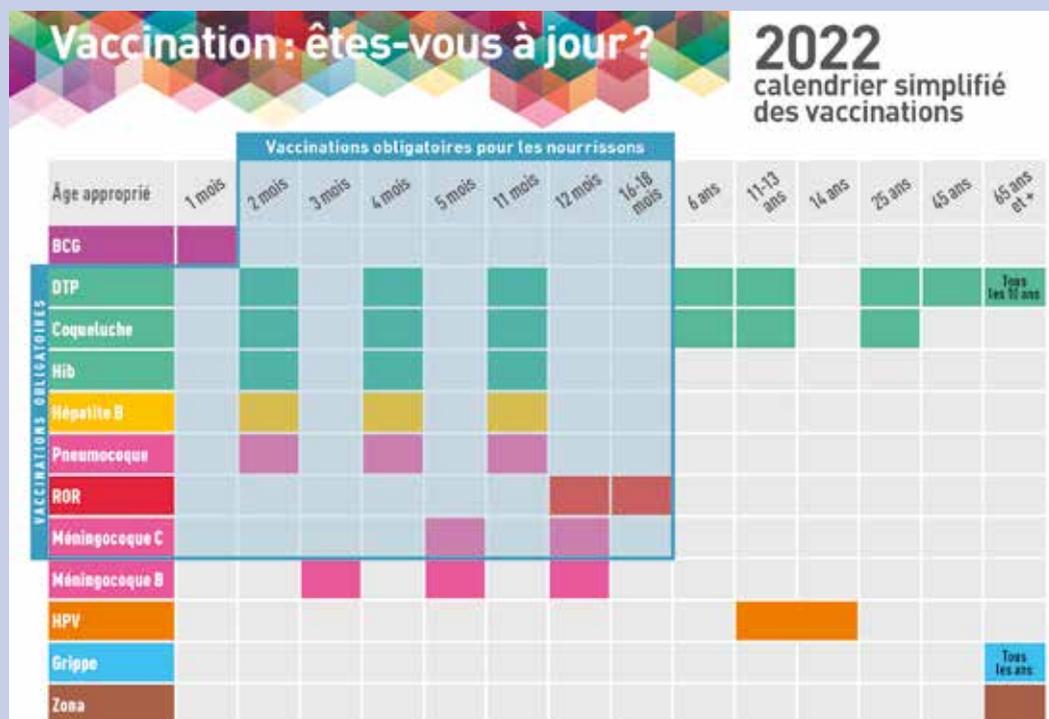
Quand se faire vacciner ?

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. 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 des vaccinations 2022 : sources vaccination infoservice.fr

Arrêt du tabac : l'Assurance Maladie vous accompagne

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 nicotiques.

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 nicotiques ?

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 nicotiques aident à arrêter de fumer : ils augmentent vos chances de réussir de 50% à 70%.

DÉPISTAGE DES CANCERS : POUR QUI ET QUAND ?

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Pour les femmes :

- tous les 3 ans, de 25 à 30 ans
- tous les 5 ans, de 30 à 65 ans



CANCER DU SEIN

Pour les femmes :

tous les 2 ans, de 50 à 74 ans



CANCER COLORECTAL

Pour les femmes et les hommes :
tous les 2 ans, de 50 à 74 ans



En cas d'antécédents personnels ou familiaux,
parlez-en avec votre médecin.

Plus d'informations sur e-cancer.fr



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.

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. Vous recevez à partir de 50 ans un courrier vous invitant à retirer un kit de dépistage auprès de votre médecin

traitant ou de votre pharmacien, ils vous expliqueront la démarche à suivre pour l'utiliser correctement.

Vous pouvez également commander le test sur le site :

monkit.depistage-colorectal.fr

Il vous suffit de renseigner le numéro d'invitation qui figure sur votre courrier.

Une fois réalisé, le test doit être renvoyé à un laboratoire agréé. Les résultats vous parviendront dans les 15 jours suivants.

- 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.

Contactez le Centre de dépistages en Essonne
au **0 800 13 24 25** service et appel gratuit



**l'Assurance
Maladie**

**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**
*Liberté
Égalité
Fraternité*



santé
famille
retraite
services

Partez à la conquête d'un nouvel espace pour votre santé.

Pour enregistrer vos informations santé et faciliter votre suivi médical, rendez-vous dès maintenant sur monespacesante.fr



mon
**ESPACE
SANTÉ**

VOUS AVEZ LA MAIN SUR VOTRE SANTÉ.

MON DOSSIER MÉDICAL, MA MESSAGERIE SANTÉ.