

# LA SÉCURITÉ SOCIALE

**avis d'arrêt de travail**

cerfa n°10170\*05 PRN-PRE

initial  de prolongation (\*)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

nom et prénom

code de l'organisme de rattachement

adresse où le malade peut être visité

code postal ville n° téléphone

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

activité salariée  fonctionnaire  profession indépendante  activité non salariée agricole

sans emploi  date de cessation d'activité

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui  non

**MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR**  
dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale n° téléphone

adresse e-mail

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom)

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

inclus

22642015

pathologique résultant de la grossesse

non

sorties autorisées sans restriction d'horaire :

**Vitale**  
carte d'assurance maladie  
émise le 17/12/2007

date 2016/01/15 signature du praticien => 13 1 18184 4

PRN-PRE S3110g

## La Sécu, c'est quoi ?

Depuis sa création en 1945, la Sécurité sociale est un système basé sur le principe de la solidarité nationale.

C'est pour cette raison qu'une cotisation de sécurité sociale est retenue sur le salaire.

## Inscription à la Sécurité sociale

**Elle est obligatoire pour toute personne qui travaille et réside en France.**

Lors de l'affiliation à la Sécu, vous recevez un numéro d'immatriculation.

Celui-ci est obtenu automatiquement :

- Dès que vous avez 16 ans,
- Lors de l'inscription au baccalauréat,
- Lors d'une première embauche.

### Quelles sont les conditions pour bénéficier de la sécurité sociale ?

Vous devez être à jour de vos cotisations.

Vous pouvez bénéficier de la sécurité sociale sans cotiser, si vous êtes ayant-droit d'un assuré social.

### Qui sont les ayants droits d'un assuré social?

Un ayant droit est une personne bénéficiant de la protection sociale d'un assuré social en cas de maladie ou de maternité.

Vous êtes un ayant droit :

- Jusqu'à 16 ans sauf si vous travaillez,
- Jusqu'à 18 ans si vous êtes en apprentissage,
- Jusqu'à 20 ans si vous êtes étudiant.

Au-delà de vos 16 ans et même après vos 20 ans, votre assurance maladie dépendra de votre situation personnelle :

**Vous êtes étudiant** : vous relevez du régime étudiant de sécurité sociale.

**Vous êtes stagiaire** : les modalités varient selon que vous percevez ou non une gratification et selon son montant.

**Vous êtes apprenti** : vous bénéficiez des mêmes droits qu'un salarié.

**Vous êtes salarié** : vous bénéficiez des prestations de l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès, accidents de travail et maladies professionnelles, sous réserve de justifier d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou d'un certain montant de cotisations. Des règles particulières s'appliquent, s'il s'agit de votre premier emploi, si vous êtes salarié intérimaire ou si votre emploi est saisonnier.

**Vous êtes sans emploi** : les modalités de votre protection sociale varient si vous percevez ou non une allocation chômage versée par Pôle emploi.

**Vous êtes sans emploi et à la charge d'un assuré social** : vous pouvez, sous certaines conditions, être ayant droit de celui-ci. A ce titre, vous bénéficiez du remboursement de vos soins en cas de maladie ou de maternité.

### Que prend en charge la sécurité sociale pour les ayants droits ?

**Les prestations nature.**

Ce sont les soins médicaux et paramédicaux, les examens et les prescriptions.

**Les opérations de prévention.**

Ce sont des examens de santé gratuits personnalisés en fonction de votre âge, de vos antécédents familiaux, de vos habitudes de vie... Faire le point sur votre santé, c'est privilégier la prévention.

**Les indemnités journalières (IJ).**

C'est la somme versée par la Sécu en cas d'arrêt de travail, de perte d'emploi ou de congé maternité. Les ayants droits n'y ont pas droit.

## Qu'est-ce que la carte Vitale ?

*La carte Vitale est un document gratuit, nominatif et confidentiel. Envoyée à chaque individu âgé de 16 ans, elle simplifie et accélère les démarches de remboursement.*

### Mise à jour

Une fois par an minimum. Cette opération actualise vos droits et garantit la prise en charge des dépenses de santé.

La mise à jour est obligatoire en cas de changement de situation (personnelle, familiale et professionnelle).

### Où la mettre à jour

Dans les bornes installées dans toutes les caisses d'assurance maladie, les pharmacies et dans les établissements de santé (hôpitaux, cliniques). Insérez votre carte dans la borne et suivez les indications.

### Que contient la carte Vitale ?

La carte vitale ne contient aucun renseignement médical mais comporte toutes les informations administratives nécessaires à la prise en charge des soins :

- Vos nom, prénoms et votre date de naissance,
- Votre numéro de sécurité sociale,
- L'identité des bénéficiaires,
- L'organisme d'affiliation qui dépend de votre situation et de votre activité professionnelle,
- La caisse de remboursement, vous êtes rattaché à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de votre lieu de résidence ou de travail en fonction de votre situation personnelle et professionnelle,

- Le ticket modérateur,
- La durée des droits.

Les informations figurant sur la carte sont confidentielles. Seul un professionnel disposant d'un accès informatique peut les consulter.

### A quoi sert la carte Vitale ?

La carte Vitale n'est pas un moyen de paiement. Elle vous permet d'être remboursé par la Sécu d'une partie de vos frais. La partie qui reste à votre charge s'appelle le «ticket modérateur». C'est pourquoi vous devez, systématiquement, présenter votre carte vitale afin de justifier de vos droits.

**Attention**, assurez-vous d'être couvert pour l'hospitalisation, car celle-ci n'est pas forcément inscrite sur la carte vitale.

### A noter

Le remboursement est versé directement sur votre compte, lorsque vous avez fourni un relevé d'identité bancaire à votre caisse.

- Si vous êtes l'assuré social, le remboursement s'effectuera sur votre compte bancaire.
- Si vous êtes ayant-droit et si vous avez utilisé votre propre carte Vitale, le remboursement reste normalement versé sur le compte de l'assuré social. Cependant, sur votre demande, vous pouvez être remboursé sur un compte personnel.

En cas de changement de banque, prévenez votre caisse d'assurance maladie et envoyez un nouveau relevé d'identité bancaire.

# Médecin traitant et parcours de soins coordonnés

## C'est qui ?

Le rôle du médecin traitant est de coordonner le « parcours de soins », c'est-à-dire les consultations et les examens nécessaires au suivi de votre santé. Tout assuré social de plus de 16 ans doit choisir son médecin traitant.

## Pourquoi ?

Votre médecin traitant est celui qui vous soigne habituellement et vous connaît donc bien. En allant le consulter en 1er lieu pour tout problème de santé, vous bénéficierez d'un suivi médical et d'une prévention personnalisée. Si besoin, le médecin traitant vous adressera à un médecin spécialiste plus apte à traiter votre situation. De plus, le non respect du parcours de soins entraîne un remboursement moins important de vos consultations de la part de la Sécu.

## Quelles démarches faut-il faire ?

Déclarer votre médecin traitant, c'est simple. Avec le médecin que vous avez choisi, remplissez et signez, le formulaire de déclaration de choix du médecin traitant et adressez ce document à la Sécu.

## Exceptions

Dans certains cas, le parcours de soins coordonnés n'est pas obligatoire (le médecin doit alors indiquer le motif sur votre feuille de soins) :

- En cas d'urgence,
- En cas d'éloignement de votre domicile (déplacement, vacances, ...)
- Lorsque votre médecin traitant est absent ou indisponible,
- Pour les « Accès direct spécifique », un ophtalmologue, un gynécologue, un psychiatre, un dentiste etc. Même pour consulter des spécialistes, vous devez avoir déclaré un médecin traitant pour être mieux remboursé.

Sur présentation de votre carte Vitale, votre médecin établit une feuille de soins électronique.

Vous réglez vos honoraires et votre médecin transmet la feuille de soins à la Sécu. Vous êtes remboursé directement sur votre compte bancaire.

Si toutefois votre médecin n'accepte pas la carte vitale, vous devez compléter et signer votre feuille de soins et la transmettre à la sécurité sociale.



# Remboursement

## Des soins

La Sécu rembourse les consultations sur la base d'un tarif fixe. Suivre le parcours de soins coordonnés, c'est la garantie de bénéficier de meilleurs conditions et remboursements qui dépendent de plusieurs critères :

- Respect du parcours de soin,
- Médecin généraliste ou spécialiste,
- Médecin conventionné ou pas.

La Sécu établie, avec les professionnels de santé, une convention qui fixe les tarifs de chaque acte médical. Un médecin est «conventionné» lorsqu'il adhère à cette convention, et respecte les tarifs établis. A l'inverse, un médecin non conventionné fixe ses propres tarifs, sans tenir compte de la convention.

## Des médicaments

Achetés en pharmacie, ils peuvent être remboursés par l'Assurance maladie si certaines conditions (liées au médicament, à sa prescription et à sa délivrance) sont respectées. Le taux de remboursement dépend du service médical rendu du médicament.

## Bénéficiaires

Vos médicaments peuvent être remboursés en tout ou partie, si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- Vous êtes affilié à la sécurité sociale,
- Vous êtes ayant droit d'une personne affiliée,
- Vous êtes bénéficiaire de la Protection universelle maladie (PUMA),

## Médicaments concernés

Un médicament est remboursé s'il figure sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

**Attention** : si vous refusez le médicament générique proposé par le pharmacien, sauf exception, vous ne bénéficiez pas du tiers-payant.

## Démarches pour obtenir le remboursement

Pour que les médicaments soient remboursés, la feuille de soins doit être transmise à votre caisse, le plus souvent, le pharmacien la transmet par voie électronique. Sinon, vous devez l'envoyer par courrier à votre Caisse d'assurance maladie.

## Taux de remboursement

Le taux de remboursement d'un médicament dépend de sa classification dans l'une des catégories.

## Information sur le prix et le taux de remboursement

L'information sur le prix et le taux de remboursement de chaque médicament figure sur une facture imprimée par le pharmacien au verso de l'ordonnance (facture appelée «ticket Vitale»).

En cas d'achat de médicaments sans ordonnance, l'information est disponible en pharmacie.



## Que ce que c'est... ?

### La participation forfaitaire de 1 €

Pour préserver notre système de santé, une participation forfaitaire de 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, pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné à 50 € par année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre) et par personne.

Les relevés de remboursement de soins que votre Caisse d'assurance maladie vous adresse précisent systématiquement la date et la nature de l'acte auquel se rapporte la participation de 1 €.

### Le forfait hospitalier

Le forfait hospitalier représente votre participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par votre hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

Montant du forfait hospitalier.

Fixé par arrêté ministériel, il est de 20 €/jour en hôpital ou en clinique.

Il n'est pas remboursé par l'assurance maladie. Il peut éventuellement être pris en charge par votre mutuelle ou votre complémentaire santé si le contrat que vous avez souscrit le prévoit.

### Le ticket modérateur

Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'assurance maladie. Son taux varie en fonction des actes et médicaments, de votre situation, et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. Votre complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur.

**Attention** : À compter du 1er janvier 2021, l'actuel ticket modérateur pour les urgences devient le « forfait patient urgence » (FPU) dû par tous les patients, à chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

Cette participation, au montant forfaitaire de 18 euros sera confirmée par arrêté ministériel.

Ce montant peut être pris en charge par la complémentaire santé.

### La franchise médicale

La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par votre caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elle est plafonnée à 50 €/an.

[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

Informez-vous sur vos  
droits et démarches

Consultez votre compte

Mission locale du pays salonnais

50 rue St Lazare

13300 Salon-de-Provence

04 90 56 28 21

[contact@ml-salon.fr](mailto:contact@ml-salon.fr)



Mission locale du pays salonnais



[ml-salon.org](http://ml-salon.org)



MLPSSalon



[mission\\_locale\\_pyas\\_salonnais](https://www.instagram.com/mission_locale_pyas_salonnais)



Les 19 communes du territoire de la Mission locale du pays