



**L'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

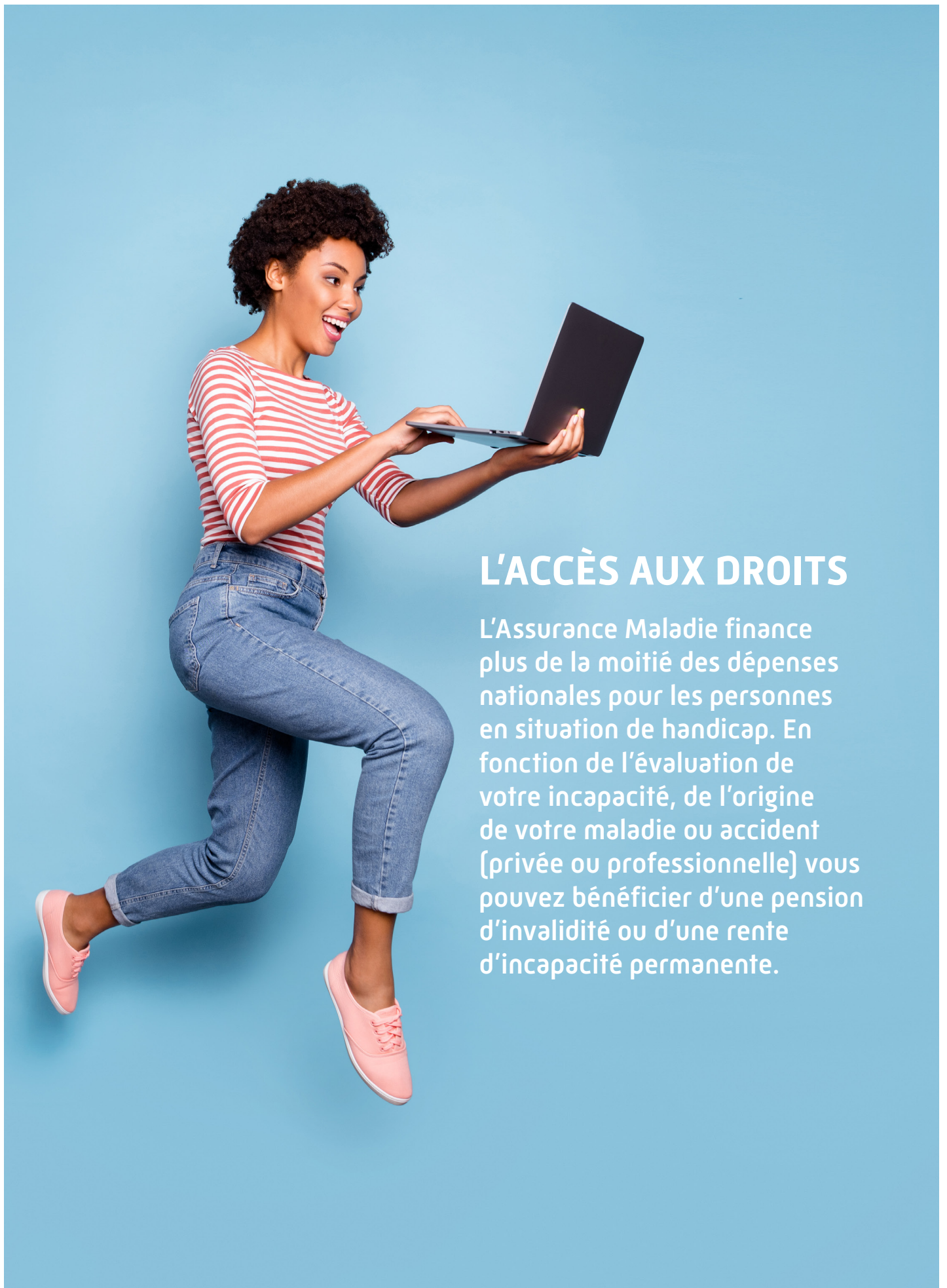
Val-de-Marne

**L'ASSURANCE MALADIE
VOUS ACCOMPAGNE
PERSONNES EN SITUATION DE
HANDICAP ET LEURS PROCHES**



ameli.fr

	01
p.3	L'ACCÈS AUX DROITS
p.4	Le compte ameli
p.5	La carte Vitale
p.6	Complémentaire santé solidaire
p.7	Les indemnités journalières
p.8	L'indemnisation du handicap
p.9	Le cumul des prestations invalidité et AAH
p.10	L'aide à l'insertion professionnelle
p.11	La prise en charge de l'aide à la personne
p.12	L'accompagnement santé
p.13	Les aides financières individuelles
p.14	02
	L'ACCÈS AUX SOINS
p.15	Le médecin traitant
p.16	La prise en charge des soins médicaux et frais médicaux
p.17	La prise en charge d'un appareillage ou d'un équipement
p.18	Mon espace santé
p.19	03
	LA PRÉVENTION EN SANTÉ
p.20	L'examen de prévention en santé
p.21	La santé mentale
p.22	La vaccination
p.23	Le dépistage du cancer du sein
p.24	Le dépistage du cancer du col de l'utérus
p.25	Le dépistage du cancer colorectal
p.26	La grippe



L'ACCÈS AUX DROITS

L'Assurance Maladie finance plus de la moitié des dépenses nationales pour les personnes en situation de handicap. En fonction de l'évaluation de votre incapacité, de l'origine de votre maladie ou accident (privée ou professionnelle) vous pouvez bénéficier d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente.

01

LE COMPTE AMELI

Avez-vous ouvert votre compte ameli ? C'est l'espace personnel sécurisé qui permet de simplifier toutes vos démarches de santé en ligne !

Adoptez les bons réflexes et créez, en quelques clics, votre compte ameli !

LE COMPTE AMELI, À QUOI ÇA SERT ?

Le compte ameli est un espace personnel sécurisé pour accéder à tous les services de l'Assurance Maladie depuis un ordinateur, un smartphone ou une tablette. L'application ameli est disponible sur l'App Store et Google Play.

Il vous permet de :

- consulter vos remboursements de soins ;
- télécharger votre attestation de droits, utile lorsque l'on n'a pas sa carte vitale sur soi ;
- commander votre carte Vitale ou déclarer sa perte ou son vol ;
- commander une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ;
- se faire rembourser des soins effectués à l'étranger ;
- actualiser et gérer vos informations personnelles (adresse, téléphone, mail, coordonnées bancaires...).
- interroger amelibot (le chatbot de l'Assurance Maladie, qui répond à toutes vos questions et vous guide dans les démarches en ligne).

LA MISE À JOUR DES COORDONNÉES DE CONTACT

Numéros de téléphone (portable et/ou fixe), adresse postale, relevé d'identité bancaire (RIB) et mail... Il est essentiel de mettre à jour vos coordonnées personnelles pour bénéficier d'un suivi optimal de vos démarches de santé. Avec

des informations à jour, l'Assurance Maladie peut entrer directement en contact avec vous et vous proposer toute une offre de services adaptée à vos besoins.

COMMENT FAIRE ?



Pour vous accompagner, vous avez à votre disposition un pas à pas pour vous aider à la création de votre compte.



02

LA CARTE VITALE

Votre carte Vitale contient tous les renseignements nécessaires au remboursement de vos frais de santé et à votre prise en charge en cas d'hospitalisation. Grâce à votre carte Vitale, votre médecin aura accès aux informations suivantes :

- votre identité et celle de vos ayants droit : enfants de moins de 16 ans, enfants de votre conjoint à la charge de votre foyer... ;
- votre numéro de sécurité sociale ;
- le régime d'assurance maladie auquel vous êtes rattaché : régime général (pour les salariés, les nouveaux étudiants 2018 et les indépendants), régime agricole, régimes spéciaux... ;
- la caisse primaire d'assurance maladie dont vous relevez, en fonction de votre lieu d'habitation.

La présentation de la carte Vitale permet aussi :

- si vous avez des soins liés à une affection de longue durée, une maternité, un accident de travail ou une maladie professionnelle, une exonération du ticket modérateur, avec dispense d'avance de frais. Vous n'avez rien à avancer chez les professionnels de santé et vous payez seulement les franchises et les participations forfaitaires ;
- si vous êtes bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire, la dispense d'avance de frais, c'est-à-dire, la prise en charge totale de vos frais de santé.



COMMENT FAIRE ?



ÉTAPE 1

Je me connecte à Mon compte ameli et je choisis l'onglet « Mes démarches »



ÉTAPE 2

J'accède à mon dossier dans la rubrique « Commander ma carte Vitale »

- ⊗ je choisis le bénéficiaire
- ⊗ je vérifie mes informations



ÉTAPE 3

Je télécharge les documents et je valide

- ⊗ ma photo d'identité numérique
- ⊗ ma pièce d'identité numérique



ÉTAPE 4

Je peux suivre l'envoi de ma carte Vitale depuis mon compte ameli.

ET SI JE N'AI RIEN REÇU ? SI JE L'AI PERDUE ?

Je contacte la CPAM de mon lieu de résidence, je déclare la perte de ma carte sur Mon compte ameli, à l'accueil le plus proche ou par courrier.

03

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Être bien assuré, c'est important en cas d'hospitalisation et même pour les soins courants, car si l'Assurance Maladie vous rembourse la majorité de vos frais de santé, une partie reste à payer.

C'est pourquoi, nous vous conseillons de prendre une complémentaire santé.

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE (C2S) C'EST QUOI ?

La Complémentaire santé solidaire (C2S) est une aide pour payer vos dépenses de santé sous conditions de ressources. Elle ne vous coûte rien ou vous coûte moins de 1€ par jour et par personne.

COMMENT LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE VOUS AIDE-T-ELLE ?

Avec la Complémentaire santé solidaire vous ne payez pas :



Le médecin



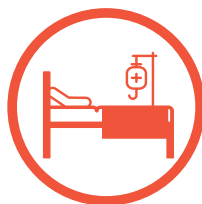
Le dentiste



L'infirmier



Le kiné



L'hôpital



Les médicaments

Et vous ne payez pas dans la plupart des cas :



Les prothèses dentaires



Les lunettes



Les prothèses auditives



Les dispositifs médicaux



ATTENTION

Le médecin ne peut pas vous demander de dépassement d'honoraires sauf si vous avez des demandes particulières, comme des visites à domicile non justifiées.



EN SAVOIR +
SUR LA C2S



04

LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident non professionnels, vous pouvez percevoir des indemnités journalières pour compenser la perte de votre salaire, non en tant qu'adulte handicapé mais en qualité de salarié.

Les indemnités journalières peuvent éventuellement se cumuler avec :

- Une pension d'invalidité, lorsqu'une reprise d'activité a été autorisée ;
- Un salaire, dans le cadre de la reprise d'une activité professionnelle à temps partiel pour motif thérapeutique ;
- L'allocation aux adultes handicapés.

QUELS SONT LES CRITÈRES POUR ÊTRE INDEMNISÉ EN CAS DE MALADIE ?

Les indemnités journalières (IJ) vous sont versées par l'Assurance Maladie pour compenser votre salaire pendant l'arrêt de travail. Sous certaines conditions, vous pouvez percevoir des IJ après un délai de carence de 3 jours. Elles sont calculées à partir de vos salaires bruts et versées après traitement de votre dossier par votre caisse primaire d'assurance maladie puis tous les 14 jours en moyenne.

À noter : vos relevés d'indemnités journalières valident également vos droits à la retraite. Conservez-les sans limitation de durée, comme vos bulletins de salaire.

En fonction de la durée de votre arrêt maladie, les conditions pour être indemnisé sont différentes.



LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES VOUS COUVRENT EN CAS D'ARRÊT MALADIE, OUI MAIS PAS QUE !

Vous êtes en arrêt maladie ou victime d'un accident du travail ? Vous bénéficiez d'un congé suite à la naissance ou à l'adoption d'un enfant ? Retrouvez toutes les indemnités journalières que vous pouvez percevoir.



05

L'INDÉMNISATION DU HANDICAP

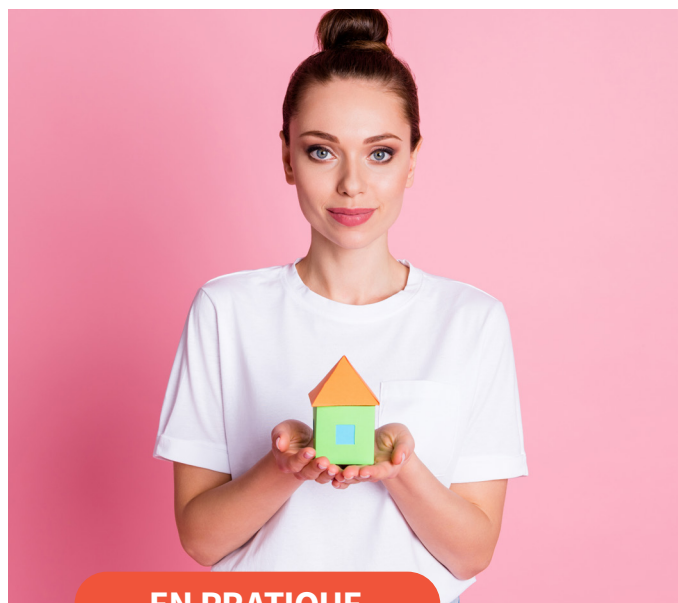
Si vous avez moins de 60 ans et que votre capacité est réduite d'au moins deux tiers, suite à un accident ou une maladie d'origine non professionnelle : vous pouvez bénéficier d'une pension d'invalidité.

Cette aide financière est accordée par l'Assurance Maladie pour compenser la perte totale ou partielle de votre salaire. Son montant varie entre 30 et 50 % de votre salaire annuel. Elle peut être complétée par l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité (FSI).

EN CAS DE HANDICAP RÉSULTANT D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE :

Une fois votre handicap stabilisé, le médecin conseil de l'Assurance Maladie détermine votre taux d'incapacité permanente ou, en cas d'aggravation, le réévalue :

- Si votre taux d'incapacité permanente partielle (IPP) est inférieur à 10 %, vous percevez une indemnité en capital. Son montant dépend du taux d'incapacité et d'un barème fixé par l'État. Elle est versée en une seule fois.
- Si votre taux d'incapacité est supérieur ou égal à 10 %, vous percevez une rente d'incapacité permanente. Son montant dépend de votre taux d'incapacité et de vos salaires perçus pendant les douze mois précédant l'arrêt de travail. La rente est versée chaque mois ou chaque trimestre. Elle peut être majorée de 40 % sous certaines conditions, si vous avez besoin d'une personne à vos côtés.
- Si votre taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 % et que vous ne pouvez pas effectuer les actes de la vie courante, vous pouvez bénéficier de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne. Cette prestation est modulée sur la base de forfaits fixés en fonction de vos besoins d'assistance.



EN PRATIQUE

La pension d'invalidité a pour objet de compenser la perte de revenus qui résulte de la réduction de la capacité de travail.

Quelles sont les conditions d'attribution ? Comment faire la demande ? Le point sur les démarches à effectuer pour les salariés et les indépendants.



06

LE CUMUL DES PRESTATIONS INVALIDITÉ ET AAH

Les avantages invalidité sont prioritaires sur l'allocation aux personnes handicapées (AAH).

Si le montant de la prestation invalidité accordée par votre caisse d'assurance maladie demeure inférieur à celui de l'AAH, une AAH différentielle vous sera accordée par la caisse d'allocations familiales (CAF).

Si le montant de votre prestation invalidité est supérieur au montant de l'AAH, vous n'aurez pas droit à l'AAH.

À noter :

Vous devez déclarer votre pension d'invalidité dans vos ressources perçues, lorsque vous faites votre demande d'AAH.

SUPPRESSION DE LA PENSION D'INVALIDITÉ APRÈS 60 ANS

À 60 ans, vous êtes présumé « inapte au travail » et la caisse d'assurance maladie ne vous accorde plus de pension d'invalidité (comme la CAF ne vous accorde plus d'AAH).

Deux situations peuvent se présenter :

- Si vous avez cotisé à l'assurance vieillesse en exerçant une activité professionnelle, vous pourrez percevoir votre retraite, à laquelle pourront s'ajouter le complément de retraite et l'allocation supplémentaire.
- Si vous n'avez pas travaillé, vous pourrez percevoir l'allocation spéciale vieillesse.



07

L'AIDE À L'INSERTION PROFESSIONNELLE

Si vous souhaitez travailler et que vous êtes âgé de plus de 16 ans, votre caisse d'assurance maladie peut vous proposer des aides à l'insertion professionnelle, notamment des formations et contrats de rééducation.

Vous devez au préalable avoir fait reconnaître votre handicap par la CDAPH.

CDAPH C'EST QUOI ? COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Au sein de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) décide des droits de la personne handicapée.

La CDAPH est chargée de prendre les décisions relatives aux droits pouvant être attribués aux personnes handicapées :

- l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale ;
- la désignation des établissements ou services correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé et en mesure de l'accueillir ;
- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et son complément ;
- l'allocation aux adultes handicapés ;
- le complément de ressources ;
- la prestation de compensation du handicap ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;

- l'avis concernant la carte mobilité inclusion ;
- l'avis concernant l'affiliation gratuite de l'aide familial à l'assurance vieillesse.

Elle est composée :

- des représentants du département ;
- des services et des établissements publics de l'État ;
- des organismes de protection sociale (CPAM, CAF, etc.) ;
- des organisations syndicales ;
- des associations de parents d'élèves et, pour au moins un tiers de ses membres, des représentants des personnes handicapées et de leurs familles désignés par les associations représentatives ;
- un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées.



08

LA PRISE EN CHARGE DE L'AIDE À LA PERSONNE



Sous certaines conditions, votre caisse d'assurance maladie peut vous verser une aide financière si vous avez besoin d'une personne à vos côtés : un professionnel ou un membre de votre famille.

09

L'ACCOMPAGNEMENT SANTÉ

BÉNÉFICIER D'UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ EN CAS DE DIFFICULTÉ POUR SE SOIGNER

Accessible à tous et sans critères d'âge ou de revenus, L'Assurance Maladie propose un accompagnement personnalisé avec un conseiller pour vous permettre de réaliser les soins dont vous avez besoin.

De nombreuses situations peuvent entraîner des difficultés pour vous faire soigner :

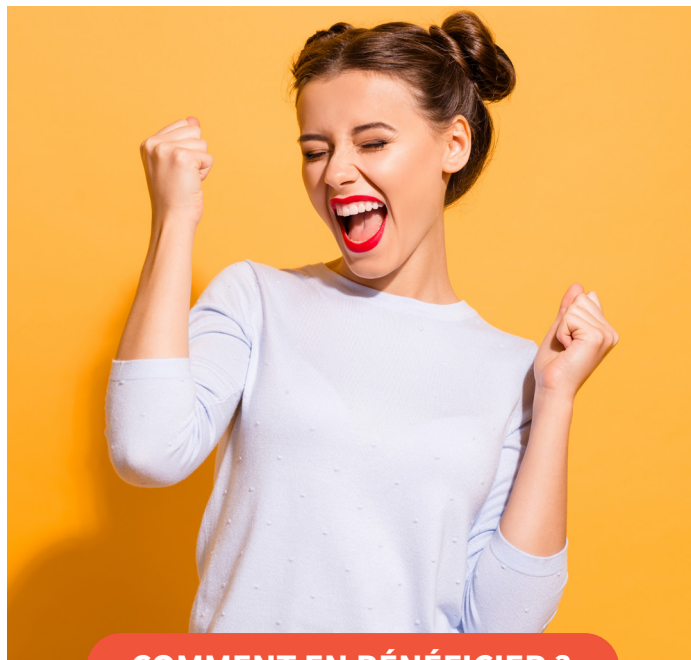
- vous ne savez pas quelles démarches réaliser ni à qui vous adresser ;
- vous n'avez pas de complémentaire santé ou une couverture complémentaire inadaptée ;
- vous avez du mal à obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé ;
- vous devez avancer ou payer des sommes trop importantes ;
- vous êtes isolé et avez des difficultés pour vous déplacer ;
- vous êtes perdu dans les démarches en ligne (compte ameli, Mon espace santé, ...) ;
- etc.

Les conseillers sont présents dans toutes les caisses d'assurance maladie. Cet accompagnement se déroule la plupart du temps par téléphone et démarre avec un bilan complet de votre situation administrative en fonction de votre statut. Avec le conseiller, vous pouvez ainsi réaliser les premières démarches ou les compléter lorsqu'elles sont manquantes afin de bénéficier d'une couverture santé optimale et de la prise en charge de vos frais de santé (déclaration de médecin traitant, prise de rendez-vous médicaux, couverture des frais d'optique, dentaires, examens, hospitalisation...).

La seconde étape de ce suivi personnalisé consiste à vous accompagner vers des solutions adaptées

à vos problématiques, comme la recherche d'un professionnel de santé ou d'une structure de soins, la recherche de financement pour payer vos soins s'ils sont trop élevés, la sensibilisation aux actions de prévention santé...

Vous êtes à jour de vos droits, plus autonome dans vos démarches et mieux orienté dans le parcours de soins !



COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

Pour être accompagné, prenez contact avec votre caisse d'assurance maladie :



à l'accueil de votre CPAM



par messagerie via votre compte ameli



par téléphone au 36 46

10 LES AIDES FINANCIÈRES INDIVIDUELLES

QUELLES SONT LES AIDES ?

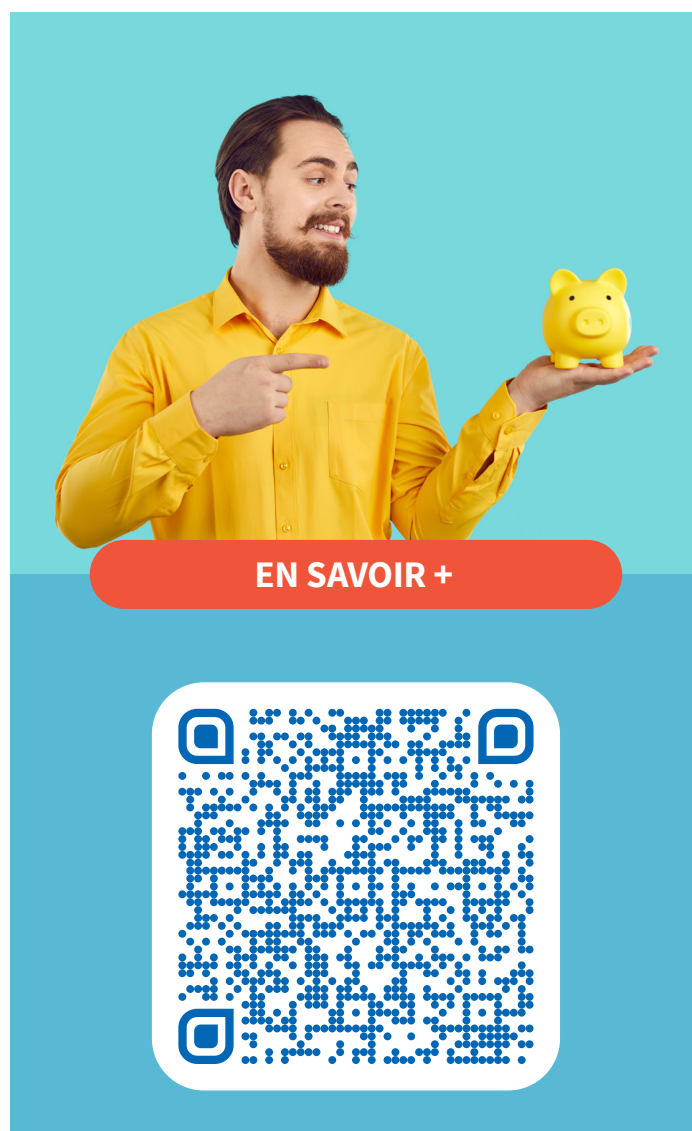
L'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie peut vous permettre de bénéficier d'une aide financière ponctuelle, en complément des prestations (remboursement des soins, indemnités journalières...) habituellement versées.

- **Aide pour faciliter l'accès à une complémentaire** pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire âgés de moins de 29 ans et plus de 70 ans
- **Aide pour les frais d'équipement** optique, de prothèses dentaires, d'appareils auditifs, forfait journalier, ticket modérateur...
- **Aide pour des séances de psychologie**
- **Aide pour des séances de psychomotricité**
- **Aide pour l'achat de protection pour incontinence** pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire
- **Aide pour l'achat de protection périodique** pour les femmes (entre 12 et 50 ans) bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire
- **Aide pour la réalisation de dermopigmentation réparatrice** pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire atteints d'une Affection Longue Durée ALD
- **Participation à la prise en charge d'une activité physique médicalement prescrite** aux assurés atteints d'une Affection Longue Durée ALD
- **Participation au paiement d'une aide-ménagère** notamment à la suite d'une hospitalisation pour favoriser le retour au domicile
- **Participation à la prise en charge de séance d'ergothérapie** pour les personnes âgées de plus de 75 ans et celles ayant eu un AVC en sortie d'hospitalisation

COMMENT SONT ACCORDÉES CES AIDES ?

Ces aides exceptionnelles peuvent être attribuées par la Commission Sociale de la CPAM du Val-de-Marne après examen de la demande (ressources, charges, composition de la famille ...)

Pour certaines demandes, une évaluation sociale est nécessaire. Elle est réalisée par un travailleur social.



L'ACCÈS AUX SOINS

L'égalité d'accès aux soins est l'un des principes fondateurs de l'Assurance Maladie. C'est aussi la première de ses missions au quotidien : renforcer, dans chaque territoire, l'accès aux droits et le recours aux soins pour l'ensemble de ses assurés.



01 LE MÉDECIN TRAITANT

LE MÉDECIN TRAITANT EST CELUI QUI :

- connaît le mieux le patient car il le soigne régulièrement ;
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés (vers d'autres professionnels de santé) ;
- connaît et gère « Mon espace santé » en centralisant toutes les informations de soins du patient ;
- assure une prévention personnalisée (suivi de la vaccination, examens de dépistage, aide à l'arrêt du tabac...) ;
- permet d'être mieux remboursé (70 % contre 30 % sans médecin traitant).

Dans certains cas, vous pouvez consulter un autre médecin que votre médecin traitant :

- si vous réalisez des études dans un autre département que le votre ;
- si vous partez en vacances ;
- si vous êtes atteint d'une affection longue durée, d'une maladie chronique ou que vous suivez une séquence de soins.

Vous devez demander au médecin de cocher la case « Urgence » sur la feuille de soins pour être remboursé normalement.

COMMENT FAIRE ?



Le médecin que vous avez choisi fait une déclaration en ligne, sur présentation de votre carte Vitale, lors d'une prochaine consultation à son cabinet.

OU

En complétant un formulaire, que vous transmettez à votre CPAM.



L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI recense l'ensemble des professionnels de santé et des établissements de soins.

Dans certains cas, si vous rencontrez des difficultés pour trouver et déclarer un médecin traitant, vous pouvez saisir le médiateur de votre organisme de Sécurité Sociale

02

LA PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX ET FRAIS MÉDICAUX

Vous pouvez bénéficier de l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire de la prise en charge à 100 % des soins et frais médicaux, sur la base et dans la limite des tarifs de la sécurité sociale :

- Si votre pathologie fait partie de la liste des trente affections de longue durée (ALD), fixée par le code de la sécurité sociale (art. D322-1), et que votre handicap est lié à cette affection : paraplégie, insuffisance cardiaque grave, sclérose en plaques, etc. Vous pouvez éventuellement bénéficier de l'exonération du ticket modérateur s'il s'agit d'une affection hors liste mais invalidante (exemple : malformation congénitale des membres). Votre médecin doit adresser une demande de prise en charge à votre caisse d'assurance maladie. Le service médical de l'Assurance Maladie émet ensuite un avis sur l'exonération du ticket modérateur. Pour que ces dispositions s'appliquent, vous devez être reconnu atteint d'une affection grave ou invalidante, ou de plusieurs.
- Si vous êtes titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle dont le taux est au moins égal à 66,66 %.
- Si vous êtes bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou d'une pension de retraite après une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou veuve invalide.

D'autres exonérations, notamment liées à la nature du traitement, peuvent vous être accordées : frais d'hébergement des adultes handicapés dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS), cure thermale, gros appareillage pour personnes handicapées physiques, etc.



À QUI S'ADRESSER ?

- Vos droits et la prise en charge de vos soins et frais médicaux : contactez le service social de votre caisse d'assurance maladie.
- L'AAH : contactez la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), les services sanitaires et sociaux ou le centre communal d'action sociale (CCAS) de votre commune.
- Des aides complémentaires : adressez-vous à votre caisse d'allocations familiales (CAF), au conseil général, à l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph), à votre mutuelle, à votre organisme de prévoyance, etc.

03

LA PRISE EN CHARGE D'UN APPAREIL- LAGE OU D'UN ÉQUIPEMENT

Votre caisse d'assurance maladie prend en charge - sur prescription médicale et dans la limite des montants fixés par l'État (dits « tarifs de responsabilité ») - les frais de prothèse, de chaussures orthopédiques, de fauteuil roulant, etc., ainsi que tout ou partie de vos frais d'entretien ou de renouvellement.

Par exemple, un fauteuil roulant à propulsion électrique et à verticalisation électrique peut coûter entre 6 000 et 25 000 €. La prise en charge de l'Assurance Maladie est de 5 200 €, quelle que soit la marque choisie.

La prestation de compensation du handicap (PCH) peut prendre en charge presque la totalité de la somme restant à votre charge. Cette prestation ne relève pas de l'Assurance Maladie, mais de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Renseignez-vous auprès d'elle. Néanmoins, l'Assurance Maladie participe au financement du fonds départemental du droit à compensation.

À noter :

- Certains appareillages sont soumis à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie. Cette indication vous sera donnée par le médecin prescripteur.
- Sous certaines conditions, l'Assurance Maladie peut prendre en charge, avec dispense d'avance de frais, l'achat d'un coussin anti-escarres à l'usage de certains patients, notamment ceux atteints d'affection neuromusculaire.



**CONTACTER LA MDPH DU
VAL-DE-MARNE**



7-9 voie Félix Eboué, 94046
Créteil



01 43 99 79 00



mdph94@valdemarne.fr

04

MON ESPACE SANTÉ

mon ESPACE SANTÉ

QU'EST-CE-QUE MON ESPACE SANTÉ ?

Mon espace santé est un espace numérique personnel et sécurisé, proposé par l'Assurance Maladie et le ministère de la Santé, qui a vocation à devenir le carnet de santé numérique interactif de tous les assurés. Grâce à ce nouveau service, vous participez activement au suivi et à la préservation de votre santé.

Dès 18 ans, vous pouvez activer votre profil sur l'appli Mon espace santé et y stocker tous vos documents de santé (résultats d'analyses, ordonnances, comptes-rendus de radiologie...) en toute sécurité et y accéder à tout moment.

Lors de vos rendez-vous santé ou en cas d'urgence, les professionnels de santé peuvent les consulter avec votre autorisation.



COMMENT ACTIVER SON ESPACE PERSONNEL

1. Un code confidentiel est envoyé à chaque assuré, par e-mail ou par courrier pour activer son espace personnel sur monespacesante.fr. Ce code est valable 6 semaines à partir de la date d'envoi. Il permet d'activer le service ou de s'opposer à sa création.

2. Après ce délai de 6 semaines, si l'assuré ne s'y est pas opposé, l'espace personnel sera créé automatiquement.

3. Chacun reste libre de s'opposer à la création de son espace personnel ou de le fermer à tout moment.



Rendez-vous sur le site monespacesante.fr



Ou téléchargez l'application [Mon espace santé](#)



LA PRÉVENTION EN SANTÉ

Parce que la santé de tous est capitale, l'Assurance Maladie vous accompagne et vous apprend à préserver votre capital santé pour être bien dans votre corps et dans votre tête !



01

L'EXAMEN DE PRÉVENTION EN SANTÉ

BÉNÉFICIEZ D'UN EXAMEN DE PRÉVENTION EN SANTÉ GRATUIT

L'examen de prévention en santé (EPS) est une offre proposée aux assurés sociaux du régime général. Totalement pris en charge par l'Assurance Maladie, l'EPS s'appuie sur les recommandations médicales les plus récentes en matière de prévention et s'inscrit en complémentarité de l'action du médecin traitant.

UN MOMENT D'ÉCHANGES PRIVILÉGIÉS

L'EPS comprend une information sur les droits en santé, le parcours de soins, les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Il comprend également des temps d'échanges

avec les professionnels du centre : personnel administratif, infirmier, dentiste et médecin ainsi que la réalisation d'examens et d'actions de dépistage.

De nombreuses thématiques peuvent être abordées en fonction de l'âge et des facteurs de risque de l'assuré ainsi que de ses préoccupations (addictions, bien-être, vie affective, activité sportive etc.).

Dans tous les cas, l'EPS est l'occasion de faire un point sur votre santé, de poser des questions à une équipe médicale en toute confidentialité, d'être informé et orienté, en lien avec le médecin traitant, vers les structures de prises en charge, notamment éducatives.

PRENDRE RENDEZ-VOUS



- Centre Amelot dans le XI^{ème} arrondissement de Paris ouvert à tous à partir de 10 ans : [01 53 44 59 10](tel:0153445910)
- Centre Moulinet dans le XIII^{ème} arrondissement de Paris ouvert à tous à partir de 26 ans
- Centre Maroc dans le XIX^{ème} arrondissement de Paris ouvert à tous à partir de 26 ans
- Centre IPSC dans le XVI^{ème} arrondissement de Paris ouvert à tous à partir de 26 ans

02

LA SANTÉ MENTALE

Il ne suffit pas de s'occuper de sa santé physique. Si vous n'avez pas le moral, si vous n'arrivez plus à accomplir vos tâches du quotidien, à maintenir des liens avec votre entourage, à travailler et à trouver du plaisir dans la vie, n'hésitez pas à en parler. Il est important que vos troubles soient pris en charge afin d'éviter qu'ils ne s'aggravent et deviennent chroniques.

LE FORFAIT PSYCHOLOGIE PROPOSÉ PAR L'ASSURANCE MALADIE DU VAL-DE-MARNE

La CPAM du Val-de-Marne prend en charge, pour les assurés, un forfait de 10 séances annuelles, dans la limite de 50 € par séance. Cette aide est soumise à conditions de ressources.

MONPSY : LE REMBOURSEMENT DE SÉANCES AVEC UN PSYCHOLOGUE

Ce dispositif d'accompagnement psychologique permet à tout enfant de plus de 3 ans, adolescent et adulte angoissé, déprimé ou en souffrance psychique, de bénéficier de séances d'accompagnement psychologique avec une prise en charge par l'Assurance Maladie.

En fonction de votre état de santé, et en accord avec vous, votre médecin peut vous proposer de suivre jusqu'à 8 séances avec un psychologue conventionné et partenaire du dispositif MonPsy

L'accompagnement psychologique comprend :

- une première séance qui est un entretien d'évaluation ;
- entre 1 à 7 séances de suivi psychologique dans l'année. Ce nombre est adapté à vos besoins par le psychologue.



EN SAVOIR +



03

LA VACCINATION

VACCINATIONS RECOMMANDÉES OU OBLIGATOIRES

Il y a des vaccinations recommandées ou obligatoires à réaliser à des âges précis : de la naissance à l'âge adulte, à chaque âge sa vaccination.

Si une vaccination a été oubliée pendant l'enfance, un rattrapage est possible, il n'est pas nécessaire de tout recommencer. Même pendant l'adolescence et l'âge adulte, les vaccinations sont nécessaires pour être bien protégé.

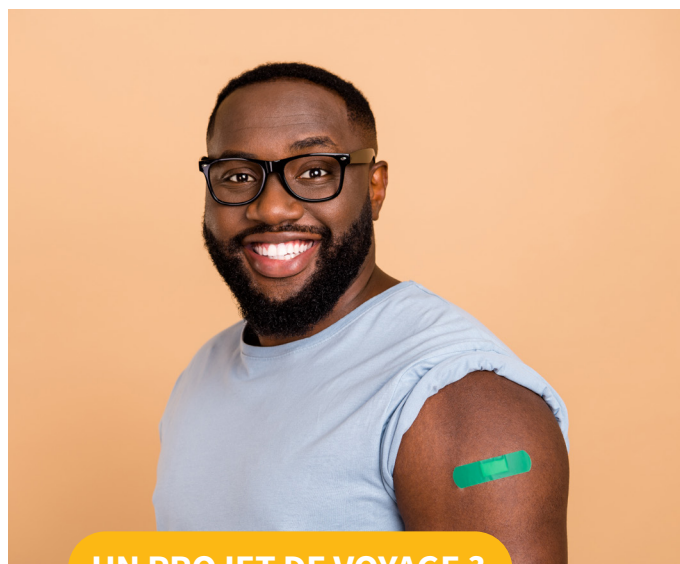
Pour vérifier qu'on est à jour, les vaccins que vous avez déjà réalisés sont inscrits dans le carnet de santé. Il est important de faire régulièrement le point avec son médecin sur ses vaccinations.

À 25 ans, c'est le moment de faire le rappel de vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche.

Pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), vous devez avoir reçu 2 doses de vaccins ROR pendant l'enfance pour être bien protégé. Si ce n'est pas le cas, un rattrapage est encore possible.

Si vous n'avez pas été vacciné dans l'enfance contre les méningites et septicémies à méningocoque, il est encore temps de le faire, la vaccination est possible jusqu'à 24 ans inclus.

Il est aussi recommandé de se faire vacciner contre la Covid-19.



UN PROJET DE VOYAGE ?

Avant tout voyage il est important de :

- vérifier les vaccins indispensables pour voyager, notamment si le séjour a lieu dans un pays étranger ;
- préparer sa trousse de médicaments ;
- prévoir une protection contre les moustiques selon la destination ;
- suivre les conseils pour éviter les troubles digestifs dus à des parasites intestinaux.



le site Vaccination info service, site institutionnel de référence pour toutes les questions relatives aux vaccins.



[vaccination-info-service.fr](https://www.vaccination-info-service.fr)

04

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en France. Les chances de guérison sont plus élevées s'il est détecté tôt.

Parce que votre santé est notre priorité, l'Assurance Maladie vous informe sur l'importance du dépistage qui est 100 % gratuit pour les femmes de 50 à 74 ans, tranche d'âge où elles y sont le plus exposées.

Simple : si vous avez entre 50 et 74 ans, tous les 2 ans vous recevrez un courrier d'invitation du CRCDC* pour effectuer une mammographie, accompagné d'un bon de prise en charge et de la liste des radiologues de votre département agréés dans le cadre du programme de prévention national.

Si vous ne l'avez pas reçue ou ne l'avez plus : vous pouvez contacter le 0800 692 778 (appel gratuit) ou vous rendre sur le site depistage-cancers-idf.org

Gratuit : lors de la consultation, présentez le bon de prise en charge avec votre courrier d'invitation et votre carte Vitale. Vous n'aurez rien à payer. L'Assurance Maladie règlera directement le radiologue.

Contrôlé : une 2^{ème} lecture systématique des mammographies jugées normales est assurée par un second radiologue expert.

**Centre Régional de Coordination des Dépistages des cancers*



EN SAVOIR +



05

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Le cancer du col de l'utérus résulte d'une infection prolongée par un Papillomavirus à haut risque, transmis sexuellement. Il touche 3 000 femmes chaque année, mais 90 % de ces cancers peuvent être évités grâce à la pratique régulière d'un test HPV.

LE DÉPISTAGE :

Pour les femmes entre 25 et 29 ans, le test de dépistage consiste en une analyse des cellules prélevées au niveau du col de l'utérus, le prélèvement ou frottis est un examen simple et indolore.

Dès 25 ans, 2 frottis doivent être réalisés à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans.

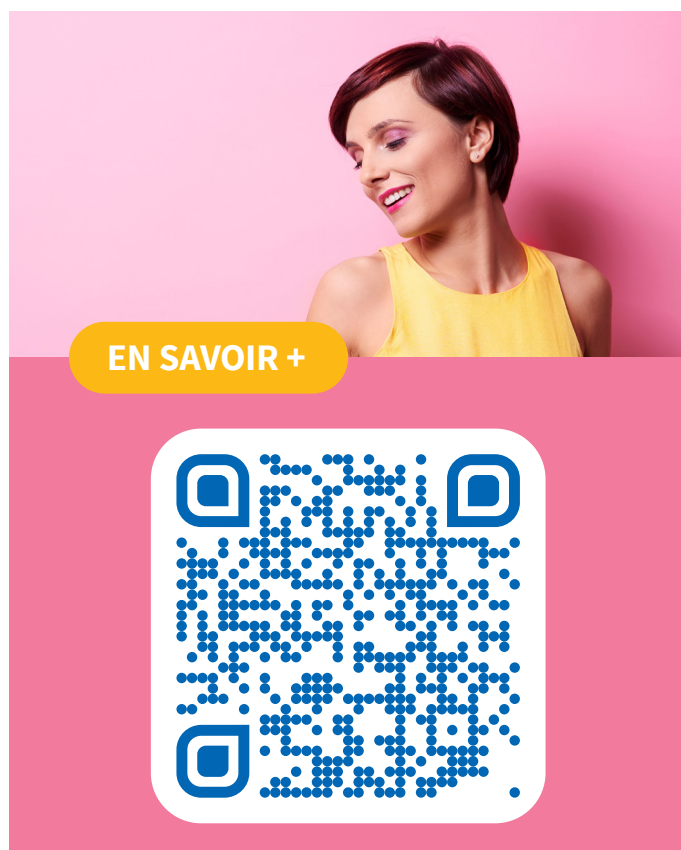
Pour les femmes de 30 ans à 65 ans, le frottis doit être réalisé tous les 5 ans jusqu'à l'âge de 65 ans.

Il peut être réalisé :

- par votre médecin (gynécologue ou généraliste) au cours d'une consultation ;
- par votre sage-femme, soit dans le suivi de grossesse, soit lors d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention ;
- dans les centres d'exams de santé de l'Assurance Maladie ou dans les centres mutualistes (lors des bilans de santé) ;
- dans un laboratoire, sur prescription médicale.

Si vous recevez un courrier d'invitation du CRC-DC, vous devrez le présenter au professionnel de santé qui effectue le prélèvement. Vous bénéficierez ainsi de la gratuité de l'analyse. Le biologiste sera remboursé directement par l'Assurance Maladie. La consultation et le prélèvement sont pris en charge dans les conditions habituelles par l'Assurance Maladie.

LA VACCINATION CONTRE LES HPV permet de prévenir les infections par les papillomavirus les plus fréquents, responsables, chez la femme, de 70 à 90 % des cancers du col de l'utérus. Elle est recommandée pour les filles et les garçons âgés de 11 à 14 ans. Par ailleurs, dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les jeunes femmes et les jeunes hommes entre 15 et 19 ans révolus selon un schéma à 3 doses. La vaccination renforce les mesures de prévention du cancer du col de l'utérus, mais ne se substitue pas aux mesures de prévention. Donc, même vaccinées, les femmes doivent bénéficier du dépistage en réalisant un frottis du col de l'utérus (ou d'un test HPV selon les recommandations en vigueur).



06

LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les cancers du côlon et du rectum sont regroupés sous le nom de cancer colorectal. Ils se développent à partir de cellules qui tapissent la paroi interne du colon ou du rectum, principalement, par transformation progressive d'un polype bénin. Avec plus de 43 000 personnes touchées par an, le cancer colorectal fait partie des cancers les plus fréquents en France. Lorsqu'il est détecté à un stade précoce, il se guérit dans 9 cas sur 10.

EN PRATIQUE :

Le dépistage du cancer colorectal est à réaliser chez soi en pratiquant un test de recherche de sang caché dans les selles tous les 2 ans.

Vous avez entre 50 et 74 ans, tous les 2 ans vous recevez à domicile un courrier du CRCDC* vous invitant à retirer un kit de prélèvement chez votre médecin traitant. Si vous ne l'avez pas reçu ou ne l'avez plus : vous pouvez contacter le [0800 692 778](tel:0800692778) (appel gratuit) ou sur depistage-cancers-idf.org.

Votre médecin ou votre pharmacien pourra vous remettre un kit de dépistage. Vous réaliserez le prélèvement d'un échantillon de selles chez vous et l'adresserez au laboratoire à l'aide d'une enveloppe affranchie et fournit dans le kit.

Les résultats vous seront communiqués ainsi qu'à votre médecin traitant.

L'Assurance Maladie prend en charge le kit de prélèvement et l'analyse à 100 %, vous n'avez aucun frais à avancer.

**Centre Régional de Coordination des Dépistages des cancers*



EN SAVOIR +



07

LA GRIPPE

Les épidémies de grippe surviennent chaque année en France au cours de l'automne et de l'hiver. Il s'agit d'une maladie virale très contagieuse.

Pour les personnes fragiles, la vaccination est le premier geste à faire pour se protéger de la grippe. Si la vaccination ne permet pas toujours d'éviter la grippe, elle réduit le risque de complications graves ou de décès. Les gestes barrières diminuent le risque d'être contaminé(e) par le virus et limitent sa propagation lors d'une épidémie.

Le vaccin de la grippe est particulièrement recommandé à certaines catégories de personnes qui sont susceptibles d'avoir une forme grave de la grippe :

- personnes âgées de 65 ans et plus ;
- femmes enceintes, quel que soit le terme de la grossesse ;
- personnes de moins de 65 ans, y compris les enfants à partir de 6 mois, atteintes de certaines affections chroniques (insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque ou maladie rénale chronique, diabète de type 1 ou de type 2, affections broncho-pulmonaires chroniques (asthme et BPCO, etc.) ;
- personnes obèses (IMC d'au moins 40 kg/m² ;
- personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou dans un établissement médico-social d'hébergement, quel que soit son âge.



TOUT SAVOIR SUR LA GRIPPE

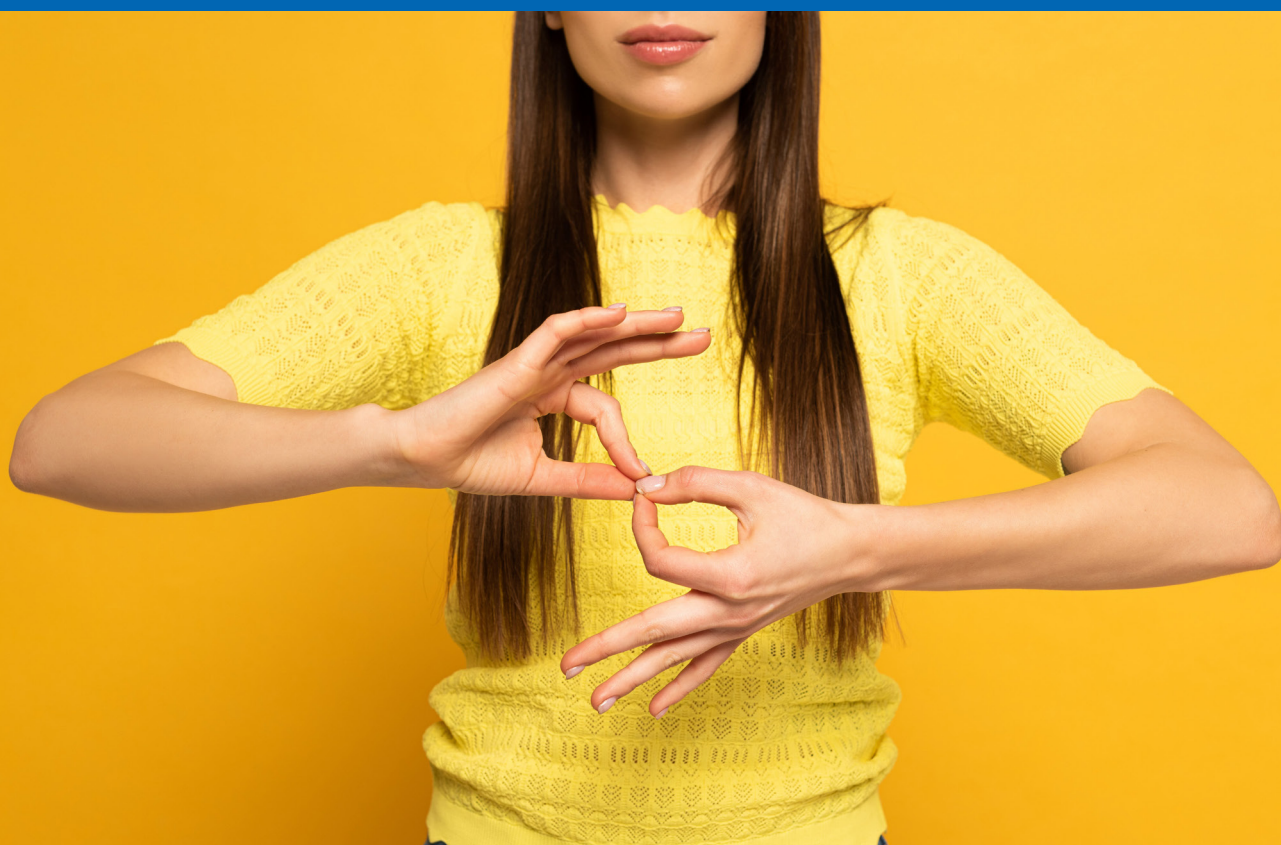


CAMPAGNE DE VACCINATION GRIPPE ET COVID-19



Pour être doublement protégé, il est recommandé aux personnes à risque de grippe grave, qui sont aussi à risque de faire une forme grave de Covid, de faire, en plus de la vaccination contre la grippe, leur dose de rappel contre le Covid -19. Les 2 vaccinations peuvent avoir lieu lors de la même séance. Aucun délai entre les 2 vaccinations n'est requis.

L'ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE EST DésORMAIS ACCESSIBLE AUX PERSONNES SOURDES ET MALENTENDANTES



Les personnes sourdes, malentendantes ou présentant des problèmes d'élocution et qui souhaitent contacter l'Assurance Maladie peuvent désormais échanger avec un conseiller en choisissant le mode de communication qui leur convient le mieux :

- LSF : langue des signes française (webcam nécessaire),
- TTRP : transcription en temps réel de la parole (par écrit),
- LFPC : langue française parlée complétée (webcam nécessaire).



**L'ASSURANCE MALADIE
VOUS ACCOMPAGNE
PERSONNES EN SITUATION DE
HANDICAP ET LEURS PROCHES**

CPAM du Val-de-Marne

Iconographie : 123rf.fr

CPAM du Val-de-Marne – Service communication – Octobre 2022



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Val-de-Marne