

“

MES
REMBOURSEMENTS
DE SOINS



CSSM

CAISSE DE
SÉCURITÉ SOCIALE
DE MAYOTTE

**LES DÉMARCHES
ET FORMALITÉS**

SECURITE SOCIALE
 **l'Assurance
Maladie**
MAYOTTE

“MES REMBOURSEMENTS DE SOINS

**LA CSSM REMBOURSE
MES FRAIS DE SOINS AUX MÊMES
TAUX QU’EN MÉTROPOLE.**

MA PARTICIPATION :

Une partie des frais engagés est à ma charge :
c’est le ticket modérateur.

Par exemple, pour une consultation chez le
médecin généraliste, la **CSSM** me remboursera
70% du tarif de la consultation, et les **30%** appelés le ticket modérateur
resteront à ma charge ou seront pris en charge par ma complémentaire
santé si j’en ai une.



JE SUIS PRIS EN CHARGE À 100% PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE SI JE FAIS PARTIE DES CAS SUIVANTS :

CATÉGORIE	TAUX
<ul style="list-style-type: none">• Les titulaires d'une rente accident du travail (dont le taux est supérieur à 66,66%)• L'exonération concerne l'assuré et ses ayants-droit	100% pour toutes les prestations relatives aux soins en lien avec l'accident du travail
<ul style="list-style-type: none">• Les pensionnés militaires d'invalidité	100% pour toutes les prestations en nature
<ul style="list-style-type: none">• Les assurés ayants-droit atteints d'une affection de longue durée (ALD)	100% pour les soins en rapport avec l'affection y compris les médicaments à vignette bleue
<ul style="list-style-type: none">• Les femmes enceintes à compter du 6ème mois de grossesse jusqu'à la date réelle de l'accouchement	100% au titre de l'assurance maternité pour toutes les prestations relatives ou non à la grossesse, à l'accouchement ou à ses suites



100%

JE SOUFFRE D'UNE AFFECTION LONGUE DURÉE (ALD)

Mon médecin établit un « **protocole de soins** », en concertation avec les médecins qui me suivent.

Un protocole de soins indique les soins et les traitements pour mon **ALD** pris en charge à **100%**, sur la base des tarifs de la sécurité sociale. Un exemplaire de ce protocole est à présenter à chaque médecin consulté.

cerfa
n°11626*03

protocole de soins
articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71-4 et 71-4-1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet médical 1
à conserver par
le médecin conseil

personne recevant les soins

• **identification de la personne recevant les soins**
nom et prénom (autres, s'il y a lieu, de son épouse(e))
adresse
numéro d'immatriculation
si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante
date de naissance de la personne recevant les soins

• **identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))**
nom et prénom de l'assuré(e) (autres, s'il y a lieu, de son épouse(e))
numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

• **diagnostic(s) de l'(és) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début**
1
2
3

• **arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrite l'état invalidant)**

actes et prestations concernant la maladie (à compléter par votre médecin traitant)

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques (1) suivi biologique prévu (type d'actes) (1)
ou dispositifs médicaux

recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu) (1)

recours à des professionnels de santé para-médicaux (1)

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.
durée prévisible des soins : durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :
reclassement professionnel envisagé : oui non

proposition du médecin traitant (cocher l'acte ou actes correspondante(s))

ALD non exonérante : 1 ALD 30 (liste) : 2 ALD hors liste : 3 polypathologie invalidante : 4 autre : 5

décision du médecin conseil

accord au titre de (2) du au pour
accord au titre de (2) du au pour
accord au titre de (2) du au pour

(2) Le médecin conseil reporte la chiffre correspondant à la situation alléguée listée dans la rubrique précédente : (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30...) refus nature et motif du refus

date protocole valable jusqu'au
signature et cachet du médecin traitant cachet de l'établissement ou du centre de référence signature et cachet du médecin conseil

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire. S 3591 c

MES SOINS AU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE (CHM)

Etant affilié à la **CSSM**, je n'ai aucune avance à effectuer pour les consultations et hospitalisations au sein du **CHM** et des dispensaires.

Les documents justificatifs à fournir :

- Carte Vitale ou mon attestation de droits



LES FRAIS DE TRANSPORT SONT PRIS EN CHARGE DANS LES CAS SUIVANTS :

- Transports liés à une hospitalisation
- Transports pour les bénéficiaires d'une **ALD** en lien avec leur affection et présentant une déficience ou une incapacité
- Transport par ambulance
- Transport en un lieu distant de plus de **35 km**
- Transports en série (au moins **4** transports de plus de **50 km** aller, sur une période de 2 mois, pour un même traitement)
- Transport liés aux soins ou traitement des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (**CAMSP**) et les centres médico-psycho-pédagogiques (**CMPP**).
- Pour se rendre à une convocation du service médical de la **CSSM**, d'un médecin expert (pour une expertise médicale de la sécurité sociale) ou pour un rendez-vous chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils (prothèses oculairesvet faciles, podo-orthèses, orthoprothèses).

L'ACCORD PRÉALABLE OBLIGATOIRE

- La demande d'accord préalable est faite par mon médecin, en même temps que la prescription médicale de transport. Je dois la compléter, et l'adresser immédiatement au service médical de la **CSSM**.
- Si je ne reçois pas de réponse dans les **15 jours** suivant l'envoi de ma demande, je peux considérer que celle-ci est acceptée par l'assurance maladie. Ce délai ne s'applique pas en cas d'urgence attesté par le médecin.
- En cas de refus, et uniquement dans ce cas, la **CSSM** m'adressera un courrier en m'indiquant les voies de recours.
- Mes frais de transport sont remboursés à **65%** en règle générale, sur la base des tarifs de la sécurité sociale.

- Si l'hospitalisation est liée à un accident de travail, ou à une maladie professionnelle, la « **feuille accident du travail ou de maladie professionnelle** » est remise par l'employeur ou par la **CSSM**.



MSA
santé
famille
retraite
services

ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET MALADIES PROFESSIONNELLES
DES NON-SALARIES AGRICOLES

À conserver
par la
victime

**FEUILLE D'ACCIDENT DU TRAVAIL
OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

(Articles L.752-24 et D.752 66 du Code rural et de la pêche maritime)

Sur présentation du présent formulaire au médecin, à l'auxiliaire médicale), à l'hôpital, au pharmacien ou au fournisseur, vous pouvez vous faire soigner et obtenir, à titre provisoire, des médicaments et des fournitures, **SANS AVOIR À FAIRE L'AVANCE DES FRAIS** (pharmaceutiques, d'appareillage...) **ET HONORAIRES**, s'ils sont en lien avec l'accident du travail ou de trajet, la maladie professionnelle, **dans la limite du tarif de responsabilité de l'assurance maladie.**

Afin de préserver vos droits, vous devez impérativement et immédiatement procéder à la déclaration d'accident du travail ou de la maladie professionnelle auprès de votre MSA, si vous ne l'avez déjà fait.

En cas de rechute d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou si nécessaire en cas de poursuite de soins, votre MSA vous délivre une nouvelle feuille.

Une participation forfaitaire de 1€ sera déduite de vos remboursements ultérieurs pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, ainsi que pour chaque examen radiologique ou analyse de biologie médicale et ce, à compter du 1^{er} janvier 2025. Cette participation sera limitée à 50€ par an et par personne.

Cette information figurera sur votre relevé de remboursement ultérieur qui comportera la date et la nature de l'acte auquel se rapporte la participation forfaitaire de 1 €.

1 - VICTIME

N° d'immatriculation (N° INSEE) :

NOM DE FAMILLE : _____ Prénoms : _____

NOM d'usage (s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

2 - L'ACCIDENT DU TRAVAIL OU LA MALADIE PROFESSIONNELLE

N° d'accident du travail ou de maladie professionnelle :

ACCIDENT DU TRAVAIL	MALADIE PROFESSIONNELLE
Date : <input style="width: 100px;" type="text"/>	Date du certificat médical faisant état du caractère professionnel de la maladie : <input style="width: 100px;" type="text"/>
Rechute du : <input style="width: 100px;" type="text"/>	Rechute du : <input style="width: 100px;" type="text"/>

Lésions apparentes

Nature : _____

Siège : _____

Soins post-consolidation

Nature : _____

Durée : _____

3 - CAISSE DE MSA GESTIONNAIRE

Code régime :

Code MSA :

Fait à : _____

Le :

Cachet :

4 - RESTITUTION OU DE NOUVEAU REMPLISSEMENT

La présente feuille doit être renvoyée par la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle à sa MSA :

- 1- soit à la fin des soins ;
- 2- soit pour renouvellement dès que l'un des cadres du verso est entièrement rempli. Dans ce cas cocher la case et indiquez où envoyer la nouvelle feuille, au cas où votre adresse serait différente de celle inscrite au cadre 1.
- 3- lors de la guérison ou consolidation de votre état de santé.

Aux termes de l'article 313-2 5° du code pénal, sont qualifiés d'escroquerie et punissables de peines de sept ans d'emprisonnement et de 750 000 euros d'amende les fraudes commises au préjudice d'un organisme de protection sociale pour l'obtention d'une allocation, d'un paiement ou d'un avantage indu (portées à dix ans d'emprisonnement et à 1 000 000 euros d'amende lorsque l'escroquerie est commise en bande organisée).

Par ailleurs, l'article 441-6 3° alliné du même code sanctionne de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la fourniture volontaire d'une fausse déclaration ou d'une déclaration incomplète pour obtenir d'un organisme de protection sociale un paiement d'un avantage indu.

Signature de la victime : _____

Réf. 103 REV15 / PACO CSSM/SA
1/2

JE PARS EN VACANCES EN EUROPE

- Bien avant mon départ, je fais ma demande de carte européenne d'Assurance Maladie (**CEAM**) en effectuant une demande en ligne via mon compte Ameli.fr, ma carte européenne me parviendra ensuite par voie postale. Si toutefois je rencontre des difficultés, je peux m'adresser à l'accueil de la **CSSM** pour effectuer ma demande, et une attestation provisoire me sera remise.



JE PARS EN VACANCES À L'ÉTRANGER

- Si je pars en vacances dans un pays étranger, seuls les soins urgents et imprévus pourront être pris en charge par la **CSSM**. Je conserve les factures et justificatifs de paiement pour le remboursement des frais de soins.

MES FRAIS DE SOINS ET D'HOSPITALISATION HORS MAYOTTE SUR LE TERRITOIRE NATIONAL

- Je présente mon attestation de droits ou ma carte **Vitale**. L'établissement de soins pourra effectuer le tiers payant. Pour le ticket modérateur (part non prise en charge par la Sécurité Sociale), je prends contact avec ma mutuelle.

“

MES REMBOURSEMENTS DE SOINS



CSSM

CAISSE DE
SÉCURITÉ SOCIALE
DE MAYOTTE



02 69 61 91 91



PLACE MARIAGE - 97600 MAMOUDZOU



pfs.cssm@css-mayotte.fr



www.cssm.fr