

Garantir l'accès aux soins pour tous

Qu'est-ce que la CMUC ?

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) **fonctionne comme une mutuelle pour vos patients qui ont de faibles ressources**. Elle les dispense de faire l'avance des frais pour la plupart des soins.

L'Assurance Maladie délivre **ce droit pour une durée d'un an**, renouvelable chaque année, après avoir étudié les conditions de ressources et de résidence du demandeur.

Comment savoir si mon patient est bénéficiaire de la CMUC ?

Lorsque vous recevez un patient bénéficiaire de la CMUC, il doit vous présenter **sa carte Vitale à jour** (la mention « date de fin de droits » prouve l'ouverture de droits à la CMUC) ou son attestation de droits. En cas de besoin, vous pouvez également visualiser directement ses droits sur **votre compte ameli**.

Comment facturer ma prestation ?

Pour pratiquer le tiers payant avec dispense totale d'avance de frais, vous réalisez une feuille de soins selon les modalités habituelles et **cochez les cases « l'assuré n'a pas réglé la part obligatoire » et « l'assuré n'a pas réglé la part complémentaire »**.

Vous ne pouvez pas facturer de dépassement d'honoraires sauf en cas d'exigence particulière de votre patient.

Comment serai-je réglé ?

L'Assurance Maladie vous verse directement le montant de vos honoraires au tarif opposable. **Le versement intervient dans les neuf jours si vous établissez une feuille de soins électronique** ou dans les trois semaines, s'il s'agit d'une feuille de soins papier. Vous pouvez ensuite vérifier le paiement de vos factures électroniques dans votre logiciel de télétransmission grâce à l'outil Noemie.

Pour en savoir plus : www.ameli.fr (rubrique : « gérer votre activité »).

→ Pour en savoir plus

Auprès de votre caisse, en appelant le **36 46** (prix d'un appel local depuis un poste fixe) et sur www.ameli.fr.

Garantir l'accès aux soins pour tous

Que faire en cas de difficultés rencontrées avec un patient ?

Les bénéficiaires de la CMUC doivent **pouvoir être reçus par tous les médecins**. En cas de refus de soins, ils pourraient porter réclamation auprès de leur caisse.

Réciproquement, si votre patient ne respecte pas certaines règles (droits à la CMUC non justifiés, rendez-vous manqués), **vous pouvez aussi solliciter le conciliateur de votre caisse**.

C'est le conciliateur de la caisse d'assurance maladie qui examine en première intention la réclamation. Après expertise, il peut :

- procéder à un rappel des sanctions possibles envers le professionnel de santé, saisir le Conseil de l'Ordre, ou bien intervenir auprès de la caisse

s'il s'agit d'un problème lié à la gestion du dossier administratif ;

- rappeler au patient les règles qu'il doit respecter ou demander en cas de besoin l'intervention du service social pour un suivi plus attentionné.

L'offre de services pour les patients

Afin d'accompagner les patients dans leurs démarches administratives et dans le bon usage du parcours de soins (respect des horaires de consultation, carte Vitale à jour, respect du parcours, etc.), l'Assurance Maladie déploie une offre de services sur mesure.

→ Pour en savoir plus

Auprès de votre caisse, en appelant le **36 46** (prix d'un appel local depuis un poste fixe) et sur www.ameli.fr.