

Fiche R - Prise en charge financière du dépistage, du suivi et du traitement du saturnisme

Pour les non-assurés sociaux, une orientation est possible vers les PASS (Permanence d'Accès Soins de Santé) hospitalières ou ambulatoires pour une prise en charge médico-sociale jusqu'à l'obtention d'une couverture maladie.

Pour les assurés sociaux, les modalités de prise en charge sont décrites dans le tableau R1 récapitulatif ci-dessous.

Les actes et prestations sont dispensés :

- intégralement en tiers payant aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c), de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS), de l'Aide Médicale de l'État (AME) ainsi, depuis le 31 décembre 2016, qu'aux assurés bénéficiant d'une affection de longue durée (ALD) ou de l'assurance maternité.
- en tiers payant *a minima* sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les autres assurés, à partir du 30 novembre 2017.

Lorsque l'assuré n'a pas souscrit de contrat de complémentaire santé, son reste à charge est constitué des frais mentionnés dans la ligne « reste à charge après remboursement par la complémentaire santé » auxquels s'ajoutent les frais inscrits dans la ligne « Assurance maladie complémentaire ». Les garanties mentionnées dans la ligne « Assurance maladie complémentaire » correspondent aux obligations qui s'imposent aux « contrats responsables » (L. 871-1 du Code de la sécurité sociale), qui constituent l'essentiel des contrats commercialisés sur le marché.

Types de prise en charge		Consultations, actes et médicaments	Dépistage du saturnisme et suivi de la plombémie -consultations de dépistage et de suivi ; -prélèvement sanguin ; -plombémie.	Actes et examens associés - NFS, ferritine ; - consultations médicales spécialisées (pédopsychiatre, neuropédiatre) ; - consultations paramédicales ¹ .	Traitements médicamenteux (supplémentation en fer et calcium, chélateur, etc.)	Hospitalisation (pour chélation par ex.)
Dispositif dérogatoire² - mineurs ; - femmes enceintes, avant le 1 ^{er} jour du sixième mois de grossesse.	Assurance maladie obligatoire	100 % dans la limite du tarif de responsabilité de la sécurité sociale (TRSS)	Ne rentre pas dans le champ du dispositif dérogatoire			
	Assurance maladie complémentaire	Dépassements d'honoraires*				
	Reste à charge après remboursement par la complémentaire santé	Dépassements d'honoraires				
Assurés en Affection de longue durée (ALD) dont la pathologie nécessite des consultations et examens de dépistage et de suivi du saturnisme ex : ALD hors liste	Assurance maladie obligatoire	100 % dans la limite du TRSS				
	Assurance maladie complémentaire	Dépassements d'honoraires*	—		- Forfait journalier hospitalier -Dépassements d'honoraires*	
	Reste à charge après remboursement par la complémentaire santé	- Participations forfaitaires et franchises médicales - Dépassements d'honoraires	Franchises médicales		Dépassements d'honoraires	

¹ Orthophonistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicures-podologues. Les soins dispensés par les autres professionnels de santé paramédicaux ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

² Ce dispositif est créé en application de l'arrêté du 18 janvier 2005 relatif au programme de lutte contre le saturnisme, aux examens de dépistage et aux consultations médicales de prévention. Pour en faire bénéficier le patient, le professionnel de santé devra inscrire manuellement sur la prescription et la feuille de soins papier la mention « dépistage du saturnisme ». Cf. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/le-saturnisme-prevenir-reperer-agir/vos-formalites-en-pratique.php>

Assurées enceintes bénéficiaires de l'assurance maternité (à partir du 1 ^{er} jour du sixième mois de grossesse)	Assurance maladie obligatoire	100 % dans la limite du TRSS			
	Assurance maladie complémentaire	Dépassements d'honoraires*	—	Dépassements d'honoraires*	
	Reste à charge après remboursement par la complémentaire santé	Dépassements d'honoraires	—	Dépassements d'honoraires	
Autres assurés	Assurance maladie obligatoire	- 70 % dans la limite du TRSS pour les consultations médicales - 60 % pour les actes de biologie	- 70 % dans la limite du TRSS pour les consultations médicales - 60 % pour les actes de biologie et consultations paramédicales	Médicaments à service médical rendu (SMR) : - majeur ou important : 65 % TRSS - modéré : 30 % TRSS - faible : 15 % TRSS	80 % dans la limite du TRSS
	Assurance maladie complémentaire	- Ticket modérateur - Dépassements d'honoraires*		Ticket modérateur (si médicaments à SMR faible ou modéré : *)	-Ticket modérateur ¹ - Forfait journalier hospitalier -Dépassements d'honoraires*
	Reste à charge après remboursement par la complémentaire santé	- Participations forfaitaires et franchises médicales - Dépassements d'honoraires		- Ticket modérateur - Franchises médicales	Dépassements d'honoraires
Bénéficiaires de l'aide médicale de l'État	Assurance maladie obligatoire	100 % dans la limite du TRSS		100 % dans la limite du TRSS à la condition, pour les seuls majeurs : - que le patient accepte les médicaments génériques - que le SMR du médicament soit majeur, important ou modéré	100 % dans la limite du TRSS
	Reste à charge après remboursement par la complémentaire santé	Dépassements d'honoraires		Ticket modérateur des médicaments à SMR faible	Dépassements d'honoraires

- Prise en charge non obligatoire, qui dépend du niveau du contrat de complémentaire santé souscrit. En cas d'absence de prise en charge ou de faible prise en charge, les frais incombent en tout ou partie directement à l'assuré.

¹ Le ticket modérateur des actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, est forfaitisé à 18€.

* Prise en charge non obligatoire, qui dépend du niveau du contrat de complémentaire santé souscrit. En cas d'absence de prise en charge ou de faible prise en charge, les frais incombent en tout ou partie directement à l'assuré.