

## CE QUI A CHANGE LE 22 DÉCEMBRE 2024

### TARIFS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES (accord pour les 5 prochaines années) :

*Information issue de « AMELI & VOUS » (publié le 17 décembre, mis à jour le 24 décembre).*

Les premières mesures de la convention signée en juin 2024, entre les représentants des médecins libéraux et l'assurance maladie, commencent à se mettre en place.

#### 1. Des revalorisations des tarifs de consultations.

- La consultation du **généraliste** passe de 26,50 € à **30 €**. Elle passe à **35 €** pour les enfants de moins de 6 ans.
- La consultation chez le **gynécologue** passe de 33,50 € à **37 €**.
- La consultation du **psychiatre, du neuropsychiatre, du neurologue**, passe de 51,70 € à **55 €**, et passera à **57 € en juillet 2025**.
- La consultation du **gériatre** passe de 31,50 € à **37 €**.
- La consultation du **dermatologue** passe de 47,50 € à **54 €**, et passera à **60 € en juillet 2025**.

#### 2. Des consultations de l'enfant revalorisées pour mieux accompagner les familles et une attention particulière portée aux enfants.

- La consultation chez le **pédiatre** passe à : **39 €** pour les enfants de 0 à 2 ans.  
**35 €** pour les enfants de 2 à 6 ans.  
**31,50 €** pour les enfants de plus de 6 ans.
- Les **3 consultations obligatoires chez le pédiatre prisent en charge à 100% par la CPAM**, sont revalorisées de 47,50 € à **54 €**.
- Les consultations de **pédopsychiatre** passent de 54,70 € à **67 €** jusqu'à **25 ans (16 ans** auparavant). Elle seront à nouveau réévaluée au 1<sup>er</sup> juillet 2025 à **75 €**.
- Une **nouvelle consultation d'expertise psychiatrique** est valorisée à **60 €**.
- Une **revalorisation des consultations obligatoires : 60 €** pour celles avec délivrance de certificat.

#### 3. Vers un meilleur suivi des personnes âgées.

- En 2026 : **Nouvelle consultation longue** avec le médecin traitant pour les patients de plus de 60 ans valorisée à **60 €**.

⇒ A noter : La **téléconsultation** est maintenue à **25 €**.

# NOUVELLE CONVENTION MÉDICALE : FOCUS SUR PLUSIEURS MESURES PHARES

## Des consultations revalorisées pour améliorer le suivi des patients

### POUR LA SANTÉ DE TOUS

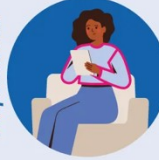
Généralistes



30€  
[+3,5€]

### POUR LA SANTÉ MENTALE

Psychiatres



57€  
[+5,3€]

### POUR LES FEMMES

Gynécologues  
médicaux



40€  
[+6,5€]

### POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Gériatres



42€  
[+10,5€]

### POUR LES ENFANTS

Pédiatres



0-2 ans  
40€  
[+1,5€]

2-6 ans  
35€  
[+1,5€]

Généralistes



< 6 ans  
35€  
[+3,5€]

## Une attention particulière à la santé des enfants



Nouvelle consultation  
d'expertise pédiatrique  
valorisée à 60€

Consultation en pédopsychiatrie  
étendue jusqu'à 25 ans et  
revalorisée à 75€

Revalorisation des consultations  
obligatoires (60€ pour celles  
avec délivrance de certificat)

## Vers un meilleur suivi des personnes âgées



Nouvelle consultation longue avec le  
médecin traitant pour les patients de  
plus de 80 ans valorisée à 60€ dès  
2026



Aide forfaitaire de 100€ par an pour les  
médecins traitants afin de valoriser le  
suivi d'un patient de plus de 80 ans  
ayant une maladie chronique dès 2026.

## Des solutions pour les territoires où l'offre médicale est insuffisante



Aides à l'installation en zones  
sous-denses :  
jusqu'à 10 000€ pour les  
primo-installations en cabinet libéral  
et des majorations du forfait médecin  
traitant dès 2026



Consultations ponctuelles dans  
ces territoires valorisées à  
200 euros par demi-journée  
dès 2026



Soutien à l'emploi  
d'un assistant médical  
dans les cabinets

Ces nouveaux tarifs sont ouverts aux médecins exerçant en secteur à tarif opposable (secteur 1) ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

## « Ce qui reste à votre charge »

### LA PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 2 €

Pour préserver notre système de santé, une **participation forfaitaire de 2 €** est demandée aux personnes âgées de **plus de 18 ans**.

Elle s'applique sur :

- Toutes les **consultations ou actes** pratiqués par un médecin,
- Les **examens radiologiques**,
- Les **analyses** de biologie médicale.

Cette participation ne peut pas excéder **8 € par jour**, et 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 personnes concernées par la participation forfaitaire :

- Les personnes qui souffrent d'une affection longue durée (ALD)
- Les personnes en arrêt de travail pour maladie.
- Les personnes qui perçoivent une rente d'incapacité permanente à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail.
- Les personnes titulaires d'une pension d'invalidité, les retraités, etc ...
- Les personnes ayant déclaré une grossesse jusqu'à la fin du 5<sup>ème</sup> mois de grossesse, sauf pour les actes médicaux relatifs aux examens obligatoires.

#### Les personnes non concernées par la participation forfaitaire :

- Les jeunes de moins de 18 ans.
- A partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>o</sup> jour suivant l'accouchement.
- Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire C2S (ex CMU-C et ACS) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

#### Sur quels actes médicaux s'applique la participation forfaitaire de 2 € ?

- Toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin généraliste ou spécialiste,
  - que vous respectiez le parcours de soins ou non,
  - que la consultation ait lieu, à son cabinet, à votre domicile, dans un dispensaire, dans un centre de soins, en consultation externe ou aux urgences à l'hôpital.
- Les examens de **radiologie**
- Les analyses de biologie médicale

#### Vous ne devez pas verser la participation forfaitaire de 2 € dans les cas suivants :

- Chez le **chirurgien-dentiste**.
- Pour les soins pratiqués par **une sage-femme**.
- Pour les soins pratiqués par les **auxiliaires médicaux : infirmière, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, ...**
- Dans le cadre d'une **intervention chirurgicale**, d'une **hospitalisation complète** d'une ou plusieurs journées à l'hôpital.
- Pour tous les actes réalisés dans le cadre du **dépistage organisé du cancer du sein**.

- Pour tous les **frais de santé liés à un acte de terrorisme** pour les personnes déclarées victimes par le parquet de Paris.
- Pour les examens et consultations effectués dans les **centres de dépistage anonyme et gratuit du sida**.
- Pour les **actes de dépistage** pris en charge par le **Fonds national d'action sanitaire et sociale (Fnass)**.
- Pour les consultations et les soins délivrés dans les **structures psychiatriques sectorisées sans hébergement**.
- Pour les consultations d'expertise médicale.

#### Que se passe-t-il, si plusieurs actes ou consultations ont lieu le même jour ?

- Si consultation de **plusieurs médecins différents le même jour** : la participation est retenue pour chaque consultation ou acte.
- Si, **le même médecin est consulté plusieurs fois au cours de la même journée**, la participation est retenue pour chaque consultation ou acte, dans la limite de 8 € pour le même professionnel de santé.
- Si votre médecin, prescrit **plusieurs actes de biologie médicale**, une participation forfaitaire de 2 € sera prélevée pour chaque acte de biologie réalisé dans la limite de 8 € par jour et par laboratoire.

#### Comment payer la participation forfaitaire de 2 € ?

##### 1 – Si vous ne bénéficiez pas du tiers-payant :

La participation forfaitaire est déduite automatiquement du montant de vos remboursements.

Exemple : la consultation chez le généraliste est remboursée à 70% du tarif de base qui est de 30€, soit, 21 € - 2 € = 19 €.

##### 2 – Si vous bénéficiez du tiers-payant :

- **Les participations forfaitaires sont déduites de vos remboursements ou de paiements ultérieurs** car vous bénéficiez du tiers-payant. L'assurance maladie a 5 ans pour récupérer ces participations, il y a donc un décalage entre la date de l'acte et le moment où apparaîtra la déduction sur votre relevé.

Les participations forfaitaires de 2 € peuvent, comme les franchises, être récupérées sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, qu'il s'agisse des remboursements de soins ou des prestations en espèces (indemnités journalières, pensions d'invalidité, capital décès, frais funéraires, etc...). Les rentes AT/MP ne sont pas concernées par cette récupération)

Les relevés de remboursement adressés par courrier par la CPAM ou disponibles dans votre compte AMELI précisent systématiquement la date et la nature de l'acte auquel se rapporte la participation de 2 €.

- Paiement en l'absence de versements de l'assurance maladie :  
Si vous n'avez pas l'occasion de percevoir de remboursement, les participations forfaitaires et les franchises doivent être réglées directement à l'assurance maladie. Un courrier vous est envoyé avec avis des sommes à payer qui indique comment s'en acquitter.

#### Plafonnement de la participation forfaitaire :

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.

**Attention de ne pas confondre les participations forfaitaires avec les franchises !**

## « Ce qui reste à votre charge »

### LA FRANCHISE MEDICALE

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.

#### La franchise : quels montants ?

Le montant de la franchise est de :

- 1 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 1 € par acte paramédical ;
- 4 € par transport sanitaire.

**À noter** : la franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence (appel du Samu centre 15).

#### Quels plafonds ?

Un plafond journalier

Un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. On ne peut pas déduire :

- plus de 4 € par jour pour les actes paramédicaux ;
- plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

#### Un plafond annuel

Le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

#### Qui est concerné ?

Toutes les personnes sont concernées par la franchise, sauf :

- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'État (AME) ;
- les femmes enceintes à partir du 1er jour du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après l'accouchement ;
- les mineures pour la contraception et la contraception d'urgence sans consentement parental ;
- les victimes d'un acte de terrorisme, pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

**À noter** : les titulaires d'une pension visés à l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont dispensés de l'acquittement de la franchise mais uniquement pour les soins délivrés gratuitement par l'État et nécessités par les infirmités donnant lieu

à pension. Pour les soins autres, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas en rapport avec les maladies, infirmités ou blessures de guerre, ils sont exonérés du ticket modérateur mais pas de la franchise.

### Comment est prélevée la franchise médicale ?

Le mode de prélèvement de la franchise médicale varie, selon que vous bénéficiez ou non du tiers payant.

#### 1 - Si vous réglez vos médicaments ou vos soins

Si vous réglez vos médicaments ou vos soins, la franchise médicale est déduite directement de vos remboursements.

Sur les relevés de remboursement, envoyés par courrier par votre caisse d'assurance maladie ou disponibles dans votre compte ameli, figure chaque franchise médicale prélevée, son montant, la date et la nature de l'acte auquel elle se rapporte, ainsi que le bénéficiaire concerné.

#### 2 - Si vous bénéficiez du tiers payant

Si vous ne réglez pas vos médicaments ou vos soins, la franchise médicale sera déduite ultérieurement lors d'un prochain remboursement quel qu'il soit (consultations, soins, examens radiologiques, actes infirmiers, transports...) pour vous-même ou l'un de vos ayants droit (enfant, conjoint...).

Les franchises médicales peuvent, comme les participations forfaitaires, être récupérées sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, qu'il s'agisse des remboursements de soins ou des prestations en espèces (indemnités journalières, pension d'invalidité, capital décès, frais funéraires, etc.).

À noter que les rentes AT/MP ne sont pas concernées par cette récupération.

Si tous vos frais de santé sont pris en charge en tiers payant et que vous n'avez pas l'occasion de percevoir de remboursement, les franchises médicales et les participations forfaitaires doivent être réglées directement à l'Assurance Maladie.

Un courrier de votre caisse vous est adressé avec un avis de sommes à payer qui indique comment vous en acquitter.

### Comment s'applique la franchise médicale ?

Le montant de la franchise médicale varie, selon qu'elle s'applique sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.

#### 1 - Franchise sur les médicaments

Le montant de la franchise est de 1 € par boîte de médicaments ou toute autre unité de conditionnement (flacon par exemple).

#### Quels sont les médicaments concernés ?

Tous les médicaments remboursables sont concernés (médicaments allopathiques et préparations magistrales).

#### Une franchise médicale est-elle prélevée si j'achète une boîte de médicaments sans prescription médicale ?

Non, la franchise médicale n'est prélevée que sur les médicaments remboursés par l'Assurance Maladie.

**En pratique, que se passe-t-il à la pharmacie quand j'achète des médicaments ? Le pharmacien me fait-il payer plus cher la boîte ?**

Non, vous payez le même prix que d'habitude. Le montant de la franchise médicale (1 €) sera déduit du remboursement effectué par l'Assurance Maladie pour la boîte de médicaments que vous avez achetée.

Par exemple, si vous achetez une boîte de médicaments 10 €, et que ce médicament est remboursé à 65 %, l'Assurance Maladie vous remboursera 5,50 € (6,50 € - 1 € de franchise).

**La franchise s'applique-t-elle sur les pansements prescrits par mon médecin traitant ?**

Non, les pansements ne sont pas des médicaments, ce sont des dispositifs médicaux appartenant à la Liste des produits et prestations.

**Comment cela se passe-t-il si j'achète des médicaments pour mon enfant ?**

Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans sont exonérés, il n'y aura donc pas de franchise déduite du remboursement.

**Peut-on me prélever une franchise si le remboursement pour une boîte de médicaments est inférieur à 1 € ?**

Oui, une franchise est prélevée quel que soit le coût du médicament remboursé. Dans certains cas, le montant de la franchise pourra par conséquent être inférieur à 1 €. C'est notamment le cas pour un médicament dont le remboursement est inférieur à 1 €, la franchise se limitera alors au montant du remboursement.

## **2 - Franchise sur les actes paramédicaux**

Le montant de la franchise médicale est de 1 € par acte paramédical.

**Quels sont les actes concernés ?**

Il s'agit de tous les actes effectués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues).

**Existe-t-il un plafond journalier ?**

Oui, le montant maximum est fixé à 4 € par jour pour les actes paramédicaux.

Concrètement, il ne peut pas être déduit plus de 4 € par jour de franchise médicale pour les actes paramédicaux effectués dans la même journée pour un même patient.

**Lors d'un passage à domicile, un infirmier peut réaliser plusieurs actes : injection intramusculaire, pansement, toilette, etc. La franchise médicale est-elle prélevée pour chaque acte ou pour l'ensemble des actes effectués lors d'un passage ?**

La franchise médicale s'applique pour chaque acte mais elle est plafonnée à 4 euros par jour pour un même professionnel de santé et pour un même patient.

Par exemple, si l'infirmier passe le matin et le soir pour effectuer 3 actes pour le même patient, la franchise médicale ne pourra pas excéder 4 € pour la journée même si ce sont 6 actes qui ont été réalisés.

**Si l'ordonnance du médecin comporte la prescription de plusieurs séances de kinésithérapie, la franchise médicale s'applique-t-elle pour chaque séance ?**

Oui, la franchise s'applique pour chaque acte dans la limite du plafond journalier de 4 € par jour pour le même patient.

## **3 - Franchise sur les transports**

Le montant de la franchise médicale est de 4 € par transport (1 aller/retour = 2 franchises = 8 €).

### **Quels sont les transports concernés ?**

La franchise médicale concerne les transports en taxi conventionné, en véhicule sanitaire léger (VSL) et en ambulance. Elle ne concerne ni les transports en véhicule personnel, ni les transports en commun, ni les transports d'urgence (appel du Samu centre 15).

### **Existe-t-il un plafond journalier ?**

Oui, le plafond journalier est fixé à 8 euros par jour et par transporteur pour un même patient.

### **Je dois effectuer un aller-retour en transport sanitaire.**

#### **Les 2 trajets sont-ils soumis à une franchise médicale ?**

Oui, l'aller-retour correspond à deux franchises médicales de 4 € (une franchise par trajet) soit 8 € au total.

### **Que se passe-t-il si le retour n'est pas effectué par la même compagnie de transport qu'à l'aller ?**

La franchise médicale de 4 € s'applique pour chaque trajet, que le transporteur change ou non.

### **La franchise peut-elle être prise en charge par les complémentaires santé ?**

Dans la quasi-totalité des cas, les complémentaires ne prévoient pas la prise en charge des franchises. Informez-vous, le cas échéant, auprès de votre complémentaire.

### **Comment régler les participations forfaitaires et les franchises en cas de tiers payant ?**

Le tiers payant consiste à ne plus faire l'avance de vos frais de santé. Mais l'Assurance Maladie doit récupérer les participations forfaitaires et les franchises qui sont la contribution des assurés à la préservation de notre système de santé.

Ces sommes ne sont pas remboursables par les mutuelles et elles restent, sauf exceptions, à votre charge. Elles étaient jusqu'à présent prélevées sur vos remboursements. Avec la mise en place du tiers payant, le recouvrement de cette avance pourra être demandé par votre caisse d'assurance maladie.

Vous pouvez effectuer votre paiement par virement bancaire, chèque ou via [le service Paiement des créances en ligne](#) mis en place par l'Assurance Maladie.