



Vous vous installez, nous vous accompagnons !



- Le Conseil Départemental de l'Ordre
- Les missions
- Les coordonnées
Fiche n° 1

- L'URSSAF
- Les missions
- Le calcul de vos cotisations
Fiche n°2
Fiche n°3

- Le retour d'information sur votre activité (RIAP - SNIR) Fiche n°4

- La Formation Professionnelle Conventiionnelle (FPC) Fiche n°5

- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) Fiche n°6

- La Couverture Maladie Universelle (CMU)
et l'Aide Médicale d'Etat (AME) Fiche n°7

- L'Aide Complémentaire Santé (ACS) Fiche n°8

Le Conseil Départemental de l'Ordre



Conseil de l'Ordre
Masseurs-Kinésithérapeutes
Loir-et-Cher

Les missions

L'ordre assure une mission d'administration de la profession. Pour cela, il organise et gère un tableau de l'ordre où sont inscrits tous les professionnels en exercice (sauf ceux exerçant au profit du ministère de la défense). Enfin il assure une mission de solidarité et d'entraide entre ces membres. Le fonctionnement de l'ordre est uniquement assuré par ses membres.

C'est pour cette raison qu'il a délégué pour encaisser des cotisations.

Le conseil départemental de l'ordre :

- Statue l'inscription des professionnels au tableau, ce qui rend licite l'exercice de la masso-kinésithérapie
- Assure la diffusion des règles de bonne pratique auprès des professionnels
- Assure un rôle de conciliateur lors de litiges
- Lutte contre l'exercice illégal
- Est à l'écoute et au service des praticiens dans leur activité professionnelle

Les coordonnées

Conseil Départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Loir et Cher : 145 bis avenue Maunoury - 41000 BLOIS

Téléphone : 02.54.51.92.32

Email : Cdo41@ordremk.fr

Site web : www.loiretcher.ordremk.fr

Horaire d'ouverture :

Mercredi : 9h00 à 12h00 / 13h30 à 17h30

Les missions

■ Les missions de l'URSSAF

- L'ensemble de la population bénéficie des prestations du régime général de la Sécurité sociale : soins médicaux, allocations familiales, retraites, indemnités d'accident du travail...
- La mission principale des URSSAF (branche recouvrement de la Sécurité sociale) est de collecter toutes les ressources permettant de financer les prestations.
- L'objectif des URSSAF est de mettre les fonds le plus rapidement possible à la disposition des caisses qui en assurent le versement.

■ Les acteurs de votre protection sociale

En tant que professionnel indépendant, vous relevez d'une protection sociale spécifique et obligatoire.

Votre couverture pour chacun des risques traditionnels (maladie, famille, retraite) est assurée par une caisse de Sécurité Sociale différente.

Risques	Vous versez des cotisations	Vous bénéficiez de prestations
Famille	A l'URSSAF	Prestations familiales versées par la CAF (Caisse d'Allocations Familiales).
Maladie	A l'URSSAF	Votre protection maladie est assurée par la Caisse d'Assurance maladie.
Vieillesse	A la CNAVPL (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales).	Votre pension de retraite est versée par les sections professionnelles de la CNAVPL, soit la CARPIMKO

■ La déclaration de revenus

Tous les ans, vous êtes tenu de communiquer à l'URSSAF le montant de vos revenus professionnels provenant de votre activité non salariée au titre de l'année civile précédente.

L'URSSAF vous adresse chaque année un imprimé de déclaration de vos revenus. Vous êtes invité à le retourner pour le 1er mai. Vous devez par ailleurs fournir ces informations à votre caisse vieillesse.

Les personnes qui ont cessé leur activité doivent continuer à fournir leur déclaration de revenus professionnels jusqu'à régularisation des cotisations de la dernière année d'activité.

A défaut de déclaration, vos cotisations sont calculées sur une taxation forfaitaire.

■ Le paiement de vos cotisations et contributions

- **Cotisations personnelles d'allocations familiales (CPAF)** : le paiement de vos cotisations s'effectue par prélèvement automatique le 5 ou le 20 de chaque mois. Pour cela, complétez **l'adhésion au prélèvement mensuel** jointe à ce livret et retournez-la accompagnée d'un **RIB ou RICE**.

Les premiers paiements interviennent après un délai minimum de 90 jours suivant la date de début d'activité. Ce report permet aux créateurs d'entreprise de réunir la trésorerie nécessaire avant de payer les charges sociales.

Le paiement trimestriel, avec ou sans prélèvement, reste possible. Contactez votre URSSAF.

- **Contribution à la formation professionnelle (CFP)**

La contribution est versée en même temps que la cotisation personnelle d'allocations familiales au **mois de février**.

- **Contribution aux unions régionales des Professions de santé (URPS)**

Vous versez la contribution aux unions régionales, si vous êtes en activité dans le cadre du régime conventionnel au 1er janvier de l'année. Cette contribution est à régler pour **le mois de mai** en même temps que la cotisation personnelle d'allocations familiales.

Le calcul de vos cotisations

Assurance maladie

En début d'activité, votre cotisation est calculée sur le revenu forfaitaire suivant :

	Médecins* et chirurgiens, dentistes	Sages-femmes et auxiliaires médicaux
1 ^{re} année en 2011	17 676 €	11 764 €
2 ^e année en 2011	23 568 €	17 676 €
3 ^e année en 2011	Revenu de la 1 ^{re} année complété pour chaque mois entier d'inactivité par :	
	2 046 €	1 984 €
4 ^e année et suivants	Revenu de l'avant-dernière année	

* Pour les médecins conventionnés du secteur I.

Pour les médecins conventionnés du secteur II optant pour le régime des professions indépendantes, contactez le RR.

Allocations familiales

En début d'activité, votre cotisation est calculée sur le revenu forfaitaire suivant :

Bases forfaitaires	
1 ^{re} année en 2011	7 006 €
2 ^e année en 2011	10 508 €

Le principe de calcul

1 - La provision

Votre cotisation pour l'année en cours est d'abord calculée à titre provisionnel sur la base du revenu professionnel de votre avant-dernière année d'activité (année N - 2).

2 - La régularisation

Lorsque votre revenu professionnel de l'année considérée (année N) est connu, il est procédé à une régularisation définitive des cotisations de l'année N.

Retraite

	Régime de base	Régime complémentaire	Régime invalidité/décès Régime ASV	Régime allocation de remplacement de revenu (médecins conventionnés)
1 ^{re} année en 2011	8,6 % sur la base forfaitaire de 7 006 € (soit 603 €)	Cotisations et bases de calcul variables selon la section professionnelle	Cotisations variables selon la section professionnelle	Pas de cotisation à acquitter
2 ^e année en 2011	8,6 % sur la base forfaitaire de 10 508 € (soit 904 €)			Cotisation forfaitaire de 3 €
3 ^e année en 2011	Cotisations proportionnelles : - 8,6 % sur les revenus n'excédant pas 30 049 € (85 % du plafond de la Sécurité sociale) ; - 1,6 % sur les revenus allant de 30 049 € à 176 760 € (85 % à 5 fois le plafond de la Sécurité sociale).			0,055 % du revenu conventionnel net de l'année 2009

Calculer et payer ses cotisations et contributions

Une déclaration de revenus

Chaque année, avant le 1^{er} mai, vous devez renvoyer votre déclaration de revenus professionnels à l'Urssaf et à l'organisme de retraite ou à l'organisme conventionné pour les médecins ayant opté pour le Régime social des indépendants (RSI). Pour certaines catégories, les cotisations maladie, allocations familiales et retraite sont prises partiellement en charge par l'assurance maladie selon les modalités indiquées dans les tableaux ci-après :

à compter du 1^{er} janvier 2011

	Médecin conventionné secteur I	Médecin conventionné secteur II	Chirurgien dentiste	Auxiliaire médical	Sage-femme
Assurance maladie sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires	9,81 %	9,81 %	9,81 %	9,81 %	9,81 %
à votre charge	0,11 %	9,81 %	0,11 %	0,11 %	0,11 %
prise en charge Assurance maladie	9,70 %	non	9,70 %	9,70 %	9,70 %
Assurance maladie sur les revenus conventionnés en dépassements d'honoraires	9,81 %	9,81 %	9,81 %	9,81 %	9,81 %
Assurance maladie sur les revenus non conventionnés	9,81 % dans la limite de 176 700€	9,81 % dans la limite de 176 700€	9,81 % dans la limite de 176 700€	9,81 % dans la limite de 176 700€	9,81 % dans la limite de 176 700€
Allocations familiales sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires	5,40 %	5,40 %	5,40 %	5,40 %	5,40 %
à votre charge	0,40 % dans la limite de 35 352€ et 2,50 % au-delà	5,40 %	5,40 %	5,40 %	5,40 %
prise en charge Assurance maladie	5 % dans la limite de 35 352€ et 2,90 % au-delà	non	non	0	non
Allocations familiales sur les revenus conventionnés en dépassements d'honoraires et sur les revenus non conventionnés	5,40 %	5,40 %	5,40 %	5,40 %	5,40 %
CSG - CRDS	8 %				
Contribution aux URPS	0,5 % du revenu professionnel dans la limite de 35 352 €		0,2 % du revenu professionnel dans la limite de 35 352 €		0,1 % du revenu professionnel dans la limite de 35 352 €
CFP	52€				

	Médecin conventionné secteur 1	Médecin conventionné secteur 1 (1)	Chirurgien dentiste (1)	Auxiliaire médical	Sage-femme
Retraite de base					
Droits cotisations proportionnelles : I/ 0,6 % sur la tranche de revenus comprise entre 0 et 30 049 € II/ 1,6 % sur la tranche de revenus comprise entre 30 049 € et 176 760 €					
Retraite des avantages sociaux vieillesse					
à votre charge	1 380 €	4 100 €	1 304 € (2)	100 € (3)	229 €
prise en charge Assurance maladie	2 700 €	rest	2 000 €	300 €	458 €
Retraite complémentaire	9,20 % des revenus non salariés nets de l'année 2009 plafonnés à 123 732 €		Cotisation forfaitaire 2 280 € Cotisation proportionnelle (4)	Cotisation forfaitaire 1 200 € Cotisation proportionnelle (4)	Cotisation forfaitaire 2 280 € Cotisation proportionnelle (4)
Incapacité décès	700 €		1 064 €	65 €	Class. A : 101 €
Incapacité temporaire	rest		229 €	rest	rest
ARR (5)	0,035 % du revenu conventionnel net de l'année 2009		Taux de régime ARR		

- (1) Pour les chirurgiens dentistes, il convient de prendre contact avec l'URSSAF pour connaître les modalités spécifiques de calcul de la prise en charge.
- (2) Possibilité de prise en charge de cotisations sur les mêmes taux que les médecins conventionnés secteur 1. En cas d'option pour le Régime social des indépendants (cf page 4) : 0,6 % des revenus dans la limite de 35 352 € + 5,9 % des revenus dans la limite de 176 760 €.
- (3) Pour les infirmiers installés en « zones très sous-dotées » et qui ont adhéré à l'option « contrainte solidarité » prise en charge de la cotisation.
- (4) La cotisation CIP de l'année 2011 est exigible en février 2012.
- (5) Auquel s'ajoute une cotisation proportionnelle de 0,375 % dans la limite d'un plafond de 176 760 €.
- (6) Auquel s'ajoute une cotisation proportionnelle en 2011, de 0,4 % des revenus conventionnés de l'année 2009.
- (7) 10 % des revenus non salariés nets de l'année 2009 compris entre 35 352 € et 176 760 €.
- (8) 3 % des revenus non salariés nets de l'année 2009 compris entre 25 346 € et 135 340 €.
- (9) Allocation de remplacement de revenu : taux applicable à partir de la 4^e année d'activité.

Le paiement des cotisations

Le paiement de vos cotisations d'allocations familiales + CSG/CRDS s'effectue par prélèvement mensuel (le 5 ou le 20 de chaque mois). La mensualisation vous permet ainsi de mieux répartir le paiement de vos cotisations personnelles tout au long de l'année. Votre conseiller URSSAF est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Le paiement de votre cotisation maladie est annuel, à l'échéance le 31 mai 2011 pour la période du 1er mai 2011 au 30 avril 2012. Un fractionnement trimestriel est possible.

L'échéance de vos cotisations retraite dépend de la section professionnelle dont vous relevez.

Le retour d'information sur votre activité

■ Le Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP)

Le RIAP donne à chaque masseur-kinésithérapeute une **image de son activité**, y compris celle de son éventuel remplaçant. Elaboré à partir des informations enregistrées depuis le 1er janvier de chaque année, toutes caisses confondues, il vous est adressé trimestriellement. Les relevés sont cumulatifs, le deuxième trimestre s'ajoute au premier.

Le RIAP se présente sous forme de **quatre chapitres distincts**.

Pour chaque chapitre figurent :

- Les données individuelles du masseur-kinésithérapeute (colonne « votre situation »)
- Les ratios moyens d'actes et de prescriptions obtenus au niveau de la région (colonne « référentiel région »).

Votre activité

Ce chapitre correspond à l'activité globale constituant vos honoraires.

Vos prescriptions

Ce chapitre indique :

- Le montant remboursable des fournitures prescrites.

Vos patients

Ce chapitre indique les caractéristiques de votre patientèle répartie par :

- classe d'âge,
- le pourcentage de patients exonérés du ticket modérateur
- le pourcentage de patients bénéficiaires de la CMU.

Chaque malade n'est compté qu'une seule fois quel que soit le nombre d'actes ou de prescriptions dont il a bénéficié.

Le coût total de votre activité

Ce chapitre correspond à l'ensemble des dépenses, montants remboursables et remboursés de vos honoraires et montants remboursables des prescriptions que vous avez établies sur la période considérée.

La rubrique « total remboursé » correspond à l'ensemble des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie pour l'ensemble de votre activité sur la période considérée. Elle inclut les montants remboursés des actes, des prescriptions et des frais de déplacement, sans tenir compte des dépassements.

■ Le relevé annuel d'honoraires (SNIR)

Au début de chaque année, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu de votre exercice principal vous communique un **relevé récapitulant les honoraires perçus pour l'année écoulée**. Un double est adressé aux services fiscaux. Ce relevé précise le montant de vos honoraires et **détaille votre activité professionnelle**. Tous les régimes de protection sociale sont regroupés (régime général, professions indépendantes, agricoles...).

Sachez que les assurés ont deux ans pour se faire rembourser. De ce fait, les honoraires sur le relevé annuel correspondent aux **actes remboursés au cours de l'année civile** et non pas à ceux que vous avez réellement pratiqués durant la même période. Une différence peut donc apparaître entre le montant des honoraires déclarés par la caisse primaire d'assurance maladie et ceux réellement perçus.

Toutefois, si vous jugez l'écart trop important et souhaitez, soit des explications, soit une vérification des éléments retenus, vous pouvez prendre contact avec votre Caisse d'Assurance Maladie.

Ces outils (RIAP et SNIR) sont exclusivement destinés à votre usage personnel. Ils vous permettent de connaître précisément votre activité ou de simplifier vos relations avec l'administration des impôts.

La formation professionnelle conventionnelle

Qu'est-ce-que c'est ?

La Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC) est une **formation gratuite ayant pour but d'accroître les compétences professionnelles** des professionnels de santé dans un objectif de santé publique.

La Formation Professionnelle Conventionnelle, financée par les cotisations de tous les assurés sociaux, vous permet de suivre une formation de qualité pendant votre temps habituel d'activité, avec compensation de la perte de ressources ainsi occasionnée.

Les garanties de qualité...

Elle est le seul label pouvant assurer une **formation scientifiquement validée** par des experts indépendants, totalement prise en charge financièrement et indemnisée.

Les projets de formation sont préalablement examinés par le Conseil Scientifique de FPC. Des visites sur site sont organisées en aval pour pérenniser la qualité de ces formations.

... et d'indépendance

La FPC est un **dispositif indépendant**, piloté par deux instances politiques composées à part égale de représentants de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) et de représentants des syndicats des masseurs-kinésithérapeutes de la convention.

Comment en bénéficier ?

Pour avoir accès à la FPC, vous devez être :

- **masseur-kinésithérapeute conventionné en exercice, ou exerçant en tant que remplaçant à la date de la formation**

Pour bénéficier des avantages financiers de la FPC, il est indispensable de suivre intégralement :

- **un séminaire agréé FPC.**

Comment accéder à la FPC ? www.ameli.fr

- 1- choisissez une formation qui correspond à votre besoin ;
- 2- renseignez-vous auprès de l'organisme de formation pour connaître la date et le lieu de la formation ;
- 3- contactez l'organisme de formation pour vous inscrire.



La Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

Le masseur-kinésithérapeute, lorsqu'il est conventionné (c'est-à-dire lorsqu'il a accepté la convention nationale **régissant les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes**) s'engage à respecter les tarifs conventionnels et la **nomenclature générale des actes professionnels** (NGAP) pour la facturation des soins qu'il dispensera dans le cadre de cette convention.

La NGAP se compose de deux parties :

Les conditions générales : ensemble de règles de facturation applicables à toutes les professions de santé conventionnées, **la nomenclature des actes médicaux**, dans laquelle on trouve les actes de masso-kinésithérapie et qui se présente sous la forme d'une liste d'actes avec leur cotation spécifique.

Cette nomenclature est révisée, en fonction des besoins, en commission paritaire interprofessionnelle.

Pour faire suite à la modification de la nomenclature des actes médicaux, remplacée maintenant par la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), la nomenclature des actes paramédicaux devrait être progressivement revue, afin d'obtenir une Classification Commune des Actes des Professionnels de Santé (CCAPS), permettant un codage plus précis des différents actes.

Les actes

Chaque acte est désigné par **une lettre-clé** et **un coefficient**. Le coefficient est un chiffre, qui servira de coefficient multiplicateur de la valeur de la lettre-clé pour obtenir la valeur de l'acte.

Pour faire simple : Valeur de l'acte = (lettre-clé) X coefficient

Les lettres clés

La NGAP définit les lettres-clés propres à chaque profession. Elles seront l'une des bases du codage des actes.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, ces lettres-clés sont actuellement au nombre de 3 :

- AMK (Acte de masso-kinésithérapie)
- AMC (Acte de masso-kinésithérapie en établissement)
- AMS (Suivi des actes de masso-kinésithérapie)

Ces lettres-clé servent donc à donner un code à chaque acte, afin de respecter le secret professionnel des praticiens. Ainsi, lors des facturations, l'acte lui-même n'est pas cité, seul son code l'est.

Elles sont à différencier des diverses indemnités qui peuvent venir en plus de l'acte lui-même, et qui sont, elles aussi, souvent notées sous forme d'abréviations (IFD, IK), sans pour autant être des lettres-clés.

Pour en savoir plus sur la NGAP, cliquez ici

www.ameli-masseur-kinésithérapeute

La Couverture Maladie Universelle et l'Aide Médicale d'Etat

La Couverture Maladie Universelle (CMU) s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions et permet aux personnes les plus précarisées d'accéder au système de soins.

■ Qui peut bénéficier de la CMU

La CMU de base vise les personnes n'ayant aucun droit au titre d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie et permet de les affilier au régime général. Elle est accordée sous condition de régularité de séjour sur le territoire national et de stabilité de résidence.

La CMU complémentaire peut être attribuée sous condition de résidence et de ressources à toute personne ayant une affiliation à l'un des régimes de l'Assurance Maladie obligatoire. Par exemple, pour une personne seule avec enfant, les ressources ne devront pas excéder 1077 €. Les personnes relevant du RMI bénéficient de plein droit de la CMU complémentaire. Elle fonctionne comme une mutuelle et permet aux assurés d'accéder à la prise en charge du ticket modérateur et de certaines prestations.

■ Qui détermine le droit ?

Les caisses d'Assurance Maladie sont la clé d'entrée du dispositif. En cas d'attribution de la CMU, l'assuré reçoit une attestation précisant ses périodes de droits. L'assuré est aussi invité à mettre sa carte Vitale à jour.

■ Quelles sont les prestations ?

La CMU de base permet d'ouvrir des droits au régime obligatoire.

La CMU complémentaire prend en charge pour une période d'un an renouvelable, le ticket modérateur, le forfait journalier et certaines dépenses au-delà du ticket modérateur en matière de prothèses dentaires et d'orthodontie, d'optique, d'audioprothèses et de certains dispositifs médicaux.

La facturation des actes

Les assurés doivent justifier de leurs droits CMU en produisant leur carte Vitale ou leur attestation de droits.

La CMU complémentaire, associée ou non à la CMU de base, impose :

- La dispense de l'avance des frais (tiers payant) sur la couverture maladie de base et la complémentaire ;
- Le respect des tarifs opposables.

Le renouvellement des droits à la CMU complémentaire

Chaque année, un courrier invite l'assuré à fournir les documents nécessaires à une nouvelle étude de ses droits.

L'assuré peut se trouver dans une des situations suivantes :

- Les ressources de l'assuré sont inférieures à un plafond de référence : celui-ci a droit à la CMU complémentaire qui est reconduite pour un an.
- Les ressources de l'assuré sont inférieures au plafond de la CMU-C majoré de 26 % : celui-ci a droit à l'aide pour une complémentaire santé, c'est-à-dire à une réduction du montant de sa cotisation auprès de la mutuelle de son choix.
- Les ressources de l'assuré sont supérieures au plafond majoré : il doit prendre en charge lui-même sa couverture complémentaire.

■ En pratique

Si vous êtes équipé pour la télétransmission, demandez à votre patient qu'il vous confie sa carte Vitale et son attestation de droits, qui vous permettront ensuite de réaliser une feuille de soins électronique, selon les modalités habituelles. La Caisse vous versera directement le montant de la consultation.

■ L'Aide Médicale d'Etat (AME)

Elle est destinée à **assurer l'accès aux soins des étrangers et des personnes à leur charge ne remplissant pas les conditions de régularité et de stabilité de séjour en France**, (à condition de résider en France depuis plus de 3 mois, sous réserve de justifier de son identité et de remplir les conditions de ressources). Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas de carte Vitale.

L'AME peut être accordée à titre humanitaire aux personnes étrangères qui ne résident pas habituellement en France et dont l'état de santé le justifie.

Les personnes étrangères retenues dans les Centres de Rétention Administrative (CRA) peuvent, si leur état de santé le justifie, bénéficier de l'AME.

L'AME ouvre droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux dans la limite des tarifs de responsabilité tant en médecine de ville qu'à l'hôpital et du forfait hospitalier, avec dispense d'avance de frais sur présentation de l'attestation de droits.

A défaut de pouvoir bénéficier de l'AME, les personnes étrangères en situation irrégulière peuvent bénéficier d'une prise en charge des soins urgents dispensés dans un établissement de santé.

L'Aide Complémentaire Santé (ACS)

L'Aide pour une complémentaire santé est une aide au financement d'une couverture maladie complémentaire pour les foyers dont les ressources n'excèdent pas plus de 26 % le plafond d'attribution de la CMU complémentaire.

Qui peut en bénéficier ?

Vous pouvez en bénéficier ainsi que chaque membre de votre foyer :

- si vos revenus sont inférieurs à un plafond de ressources
- si vous résidez en France, de façon stable et régulière
- si vous n'êtes pas bénéficiaire d'un contrat collectif d'entreprise obligatoire

Quel est le montant de l'aide ?

Le montant de l'aide varie selon le nombre et l'âge des bénéficiaires composant votre foyer. Les montants applicables depuis le 1er janvier 2010 sont :

- 100 € pour les moins de 16 ans
- 200 € de 16 à 49 ans
- 350 € de 50 à 59 ans
- 500 € pour les 60 ans et plus.

Depuis le 1er janvier 2006, les bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé ont droit au tiers payant pour tous les soins effectués dans le cadre du parcours de soins coordonné. Ils sont donc dispensés de faire l'avance de frais sur la part remboursée par l'Assurance Maladie sur présentation de leur carte Vitale et de l'attestation délivrée par la caisse.

Ce droit est valable 18 mois à compter de la date de décision de la caisse.

Vous pouvez aussi consulter le site de l'Assurance Maladie www.ameli.fr