

Le Guide pratique DE LA SANTÉ



« Selon l'OMS (1945) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».



conception : Trait Singulier - photos : Istock

SOMMAIRE



**COMMENT PRENDRE
SOIN DE SA SANTÉ ? P. 4**



**QUELLES DÉMARCHES
POUR SA SANTÉ ? P. 6**



MON ESPACE SANTÉ P. 11



LES ARRÊTS MALADIES P. 13



SE SOIGNER..... P. 17

I - COMMENT PRENDRE SOIN DE SA SANTÉ ?



Nutritionnel

- Pouvoir manger et boire en quantité suffisante.



Sanitaire

- Hygiène corporelle, de vie (sommeil...), environnementale (qualité du lieu de vie, de l'air...).
- Activités sportives.
- Addictions diverses (technologies, tabac, alcool, toxicomanie...).



Éducatif

- Insertion.
- Instruction et éducation en lien avec notre culture.



Social

- Être en phase avec la société dans laquelle on vit.
- Se sentir en sécurité physique et psychologique.



Affectif

- Vie affective et sexuelle.
- Violence.
- Moyens de contraception, protection (les risques...).



II - QUELLES DÉMARCHES POUR SA SANTÉ ?



+ **Avoir une couverture santé**

Les régimes de la sécurité sociale offrent une protection de base pour faire face aux dépenses occasionnées par un accident, une maladie, un décès ou un départ à la retraite.

Les dépenses de santé que vous engagez donnent lieu **pour la plupart des actes à un remboursement total ou partiel** par l'assurance maladie.

+ **À qui s'adresser ?**

Vous devez vous adresser à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Haute-Vienne ou à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de votre département de résidence pour les professions agricoles. Elles se situent, pour la Haute-Vienne :

CPAM
22 avenue Jean Gagnant
87000 Limoges
Téléphone : 3646

MSA
1 Impasse Sainte-Claire
87000 Limoges
05 44 00 04 04

Vous pouvez également vous rendre sur **www.ameli.fr**. L'application peut être téléchargée gratuitement, elle vous permettra de créer votre espace personnel pour accéder aux informations de votre dossier, aux remboursements effectués et faire vos démarches en ligne (exemple : impression d'attestation, demande de carte européenne).

+ À quoi sert le numéro de sécurité sociale ?

Attribué dès la naissance par l'INSEE, le numéro de sécurité sociale apporte des informations précises sur l'identité de l'affilié et permet son identification.

Cette immatriculation ouvre les portes de nombreuses prestations sociales et médicales : remboursement des frais médicaux, souscription à une complémentaire santé...

La vie courante est pleine de situations durant lesquelles il est demandé de fournir un numéro de sécurité sociale :

- Nouvel emploi
- Inscription à l'université
- Congés maladie
- Droits à la retraite



+ Avoir une carte vitale

La carte vitale c'est votre carte d'identité de la sécurité sociale. Elle permet sur simple présentation à votre médecin d'obtenir le remboursement de la consultation prise en charge.

La carte vitale permet de conserver toutes vos informations santé.

En cas de perte, faire la déclaration à la CPAM afin d'obtenir l'émission d'une nouvelle carte.



+ Le tiers payant

C'est le fait de ne pas avoir à avancer l'argent des soins ou des médicaments.

Le professionnel de santé se fait rembourser directement par la CPAM.

- Remboursement médicaments (génériques)
- Remboursement de certains moyens de contraception
- Dispense l'avance des frais médicaux (pharmacie, hôpitaux, laboratoire...)

+ La mutuelle

La mutuelle sert à compléter les remboursements de la sécurité sociale. L'assurance maladie rembourse en général 70 % des frais engagés, la mutuelle couvre la différence.

Elle n'est pas obligatoire mais vivement conseillée (une hospitalisation pouvant coûter plusieurs milliers d'Euros). Elle doit être prise à titre privé auprès d'une compagnie d'assurance.

Il existe différentes mutuelles, elles sont proposées par des sociétés d'assurance, des banques...

Souscrire à une mutuelle d'entreprise présente souvent de nombreux avantages, renseignez-vous auprès de votre employeur.

Pensez à faire plusieurs devis avant de vous engager.

+ La complémentaire « Haute-Vienne santé »

Afin de faciliter l'accès aux soins pour tous, le Département de la Haute-Vienne a lancé la complémentaire « Haute-Vienne santé » en partenariat avec l'association Actiom et l'opération « Mon département, ma santé ».

Il s'agit d'une complémentaire santé à prix négociés et accessible à tous ses habitants.

Les conditions pour en bénéficier sont les suivantes :

- Être un particulier et habiter le département (résidence principale ou secondaire)
- Membre de l'association Actiom

Plus d'infos sur :

<https://www.haute-vienne.fr/nos-actions/haute-vienne-sante>

ou **sur le numéro dédié** du lundi au vendredi, de 9 h à 18 h

05 57 81 04 10

+ La Complémentaire santé solidaire

Depuis le 1^{er} novembre 2019, cette aide remplace la couverture maladie universelle complémentaire contributive (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS). Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire n'ont pas de reste à charge et ne font aucune avance de frais pour :

- les consultations chez le médecin, le dentiste, l'infirmier, le kinésithérapeute, l'hôpital, etc. ;
- les médicaments en pharmacie ;
- certains dispositifs médicaux, comme les pansements, les cannes ou les fauteuils roulants ;
- une large gamme de lunettes de vue, prothèses dentaires ou prothèses auditives répondant à tous les besoins.

La CSS est gratuite pour les personnes seules gagnant moins de 847 € par mois et qui bénéficiaient de la CMU-C.

Les personnes gagnant entre 847 et 1 143 € par mois doivent payer une participation en fonction de leur âge :

- moins de 29 ans : 8 € / mois
- de 30 à 49 ans : 14 € / mois
- de 50 à 59 ans : 21 € / mois
- de 60 à 69 ans : 25 € / mois
- 70 ans et plus : 30 € / mois

Un numéro de téléphone gratuit 0 800 971 391 est mis à la disposition des assurés pour tout renseignement sur la nouvelle Complémentaire Santé Solidaire.

(suite page 10)



Spécificité des jeunes de l'ASE :

Pendant leur minorité, les jeunes sont immatriculés et couverts par la CPAM au titre de l'ASE, ils bénéficient automatiquement de la CSS.

À la majorité, même si des droits sont toujours en cours il est indispensable de procéder à la mise à jour de votre dossier auprès de la caisse d'assurance maladie, pour cela vous devrez fournir un document d'identité, un justificatif de domicile et un RIB.

Durant votre minorité les renouvellements de CSS sont automatiques, dès votre majorité il faudra engager une demande de renouvellement 2 mois avant la date d'échéance de la CSS afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans vos droits.

+ Avoir un médecin traitant

En choisissant un médecin traitant vous faites le choix de bénéficier d'un suivi médical coordonné et d'une prévention personnalisée.

Son rôle :

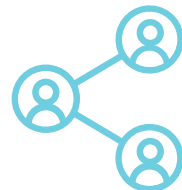
- Coordonne vos soins.
- Vous oriente vers d'autres professionnels de santé.
- Établit un protocole de soins.
- Connait et gère votre dossier médical.

En choisissant votre médecin traitant et en le consultant en priorité, le remboursement de vos consultations demeure inchangé.

Le choix du médecin traitant n'est pas obligatoire, mais vous serez moins bien remboursés si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés.

C'est à vous de le choisir.

III - MON ESPACE SANTÉ



Mon espace santé est un espace numérique individuel, il permet de **stocker et partager des documents et des données en toute confidentialité.**

Vous pouvez toutefois vous opposer à sa création.

Gratuit, confidentiel et sécurisé, «mon espace santé» permet de :

- recevoir et stocker les documents de santé vous concernant (ordonnances, résultats d'analyse...),
- partager avec un professionnel de santé votre profil médical (vos maladies, vos traitements, vos allergies, vos vaccinations...),
- bénéficier d'une messagerie de santé sécurisée qui permet aux professionnels de santé de vous adresser ou de recevoir des informations en toute confidentialité,
- bénéficier d'un catalogue de services numériques pour accompagner votre santé (services de santé, bien-être, maintien de l'autonomie...),
- avoir à disposition où que vous soyez tous vos documents médicaux grâce à l'application dédiée.

(suite page 12)



Comment «mon espace santé» est-il créé ?

- Vous recevez un mail ou un courrier de votre caisse d'assurance maladie vous informant de la mise à disposition de «mon espace santé».

En l'absence d'opposition de votre part, «mon espace santé» est automatiquement ouvert six semaines après l'envoi du mail ou du courrier.

- Vous pouvez alors :
 - renseigner votre profil médical,
 - recevoir des documents des professionnels de santé,
 - ajouter vous-même des documents de santé importants pour ne pas les perdre.

À tout moment, vous pouvez choisir de clôturer votre compte «mon espace santé» même après l'expiration du délai de six semaines et la création automatique du compte par la caisse d'assurance maladie.

Si vous rencontrez des difficultés dans votre parcours de soin, il est important de ne pas renoncer aux soins, prenez contact au 3646 avec la mission accompagnement santé (M.A.S. de la CPAM) qui pourra vous accompagner dans vos démarches.

IV - LES ARRÊTS MALADIES



La CPAM, en plus de la prise en charge des frais de soin, peut, sous certaines conditions, si vous êtes salarié et en situation d'arrêt maladie, vous verser des indemnités journalières pour compenser votre perte de salaire. Toutefois, un délai de carence (période non prise en compte) de 3 jours est systématiquement appliqué.

L'arrêt maladie doit être prescrit par un médecin à l'aide de l'avis d'arrêt de travail.

Ce document comporte 3 volets :

- Volet 1 et 2 : à adresser à la CPAM dans les 48 heures.
- Volet 3 : à adresser à votre employeur ou à Pôle emploi (si vous êtes au chômage), dans les 48 heures.

(suite page 14)

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 1, à adresser au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil
(art L.1624-11 et al., L.1624-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation : _____

nom et prénom : _____
(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

adresse où le malade peut être visité *(si différente de votre adresse habituelle) (1) :*

code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____

bâtiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____

(1) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

salarié(e) fonctionnaire profession indépendante non salarié(e) agricole élu(e) local(e)

artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA sans emploi date de cessation d'activité : _____
précisez votre situation (voir notice 6) : _____

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? *(voir notice 2)* : oui non date : _____

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermique ? oui non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de retraite ? oui non

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant, le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante *(voir notice 3)* :

médecin remplaçant le médecin traitant médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant à l'occasion d'une hospitalisation

ou le médecin prescripteur initial

autre cas précisez et indiquez le motif : _____

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : _____ téléphone : _____

adresse : _____ e.mail : _____

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : _____

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____ *(à compléter obligatoirement)*

- en toutes lettres :

- en caractères imprimés : _____ inclus

sans rapport* en rapport* avec une affection de longue durée *(voir notice 1)*

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse *(voir notice 2)*

sans rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : _____

sans rapport* en rapport* avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès : _____

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée *(voir notice 3)*

sorties autorisées : oui à partir du _____ non *(voir notice 4)*

sorties sans restriction : oui à partir du _____ *(voir notice 5)*

activité(s) autorisée(s) : _____ oui à partir du _____ non *(voir notice 6)*

• et prescrit un arrêt de travail/travail aménagé pour raison médicale du _____ au _____ *(voir notice 7)*

sans rapport** en rapport** avec une affection de longue durée *(voir notice 1)*

sans rapport** en rapport** avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : _____

** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Codification du motif médical _____ OU éléments en toutes lettres :

identification du praticien
(nom et prénom)

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

PRN-BIS S 31161



avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 2, à adresser au service médical
(qui le remettra aux services administratifs)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil
(art. L.1624-1, L.1624-4, L.1624-5, L.1624-6, L.1624-7, L.1624-8, L.1624-9, L.1624-10, L.1624-11, L.1624-12, L.1624-13, L.1624-14, L.1624-15, L.1624-16, L.1624-17, L.1624-18, L.1624-19, L.1624-20, L.1624-21, L.1624-22, L.1624-23, L.1624-24, L.1624-25, L.1624-26, L.1624-27, L.1624-28, L.1624-29, L.1624-30, L.1624-31, L.1624-32, L.1624-33, L.1624-34, L.1624-35, L.1624-36, L.1624-37, L.1624-38, L.1624-39, L.1624-40, L.1624-41, L.1624-42, L.1624-43, L.1624-44, L.1624-45, L.1624-46, L.1624-47, L.1624-48, L.1624-49, L.1624-50, L.1624-51, L.1624-52, L.1624-53, L.1624-54, L.1624-55, L.1624-56, L.1624-57, L.1624-58, L.1624-59, L.1624-60, L.1624-61, L.1624-62, L.1624-63, L.1624-64, L.1624-65, L.1624-66, L.1624-67, L.1624-68, L.1624-69, L.1624-70, L.1624-71, L.1624-72, L.1624-73, L.1624-74, L.1624-75, L.1624-76, L.1624-77, L.1624-78, L.1624-79, L.1624-80, L.1624-81, L.1624-82, L.1624-83, L.1624-84, L.1624-85, L.1624-86, L.1624-87, L.1624-88, L.1624-89, L.1624-90, L.1624-91, L.1624-92, L.1624-93, L.1624-94, L.1624-95, L.1624-96, L.1624-97, L.1624-98, L.1624-99, L.1624-100)

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation : _____

nom et prénom : _____
(nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

adresse où le malade peut être visité *(si différente de votre adresse habituelle) (1) :*

code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____

bâtiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

salarié(e) fonctionnaire profession indépendante non salarié(e) agricole élu(e) local(e)

artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA sans emploi date de cessation d'activité : _____
précisez votre situation (voir notice 2)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? *(voir notice 2)* : oui date : _____ non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermique ? oui non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de retraite ? oui non

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant, cochez la case correspondante *(voir notice 3)* :

médecin remplaçant le médecin traitant médecin spécialiste consulté à l'occasion d'une hospitalisation

ou le médecin prescripteur initial à la demande du médecin

autre cas précisez et indiquez le motif : _____

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : _____ n° téléphone : _____

adresse : _____ e.mail : _____

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : _____

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____ *(à compléter obligatoirement)*

- en toutes lettres :

• sans rapport* en rapport* avec une affection de longue durée *(voir notice 1)*

• sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse *(voir notice 2)*

• sans rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : _____

• sans rapport* en rapport* avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès : _____

*** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée *(voir notice 3)***

sorties autorisées : _____ à partir du _____ non *(voir notice 4)*

sorties sans restriction : _____ oui à partir du _____ *(voir notice 5)*

activité(s) autorisée(s) : _____ oui à partir du _____ non *(voir notice 6)*

• et prescrit un arrêt de travail aménagé pour raison médicale du _____ au _____ *(voir notice 7)*

• sans rapport** en rapport** avec une affection de longue durée *(voir notice 1)*

• sans rapport** en rapport** avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : _____

**** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

identification du praticien (nom et prénom) : _____

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) : _____

identifiant : _____ n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : _____

date : _____ signature du praticien : _____

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

PRN-BIS S 31161

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 3, à adresser à votre EMPLOYEUR ou au POLE EMPLOI

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil (art L1624-1 à L1624-4, L3152, L321-1 à L321-5ème al., L323-6, L378-1, L613-20, R321-2, R323-1, R441-10, L433-1, R433-15, D613-19, D613-23 du Code de la sécurité sociale, L732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation : _____

nom et prénom : _____
(nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

adresse où le malade peut être visité *(si différente de votre adresse habituelle) (1) :*

code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____

bâtiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____

(1) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

salarié(e) fonctionnaire profession indépendante non salarié(e) agricole élu(e) local(e)

artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA sans emploi date de cessation d'activité : _____
précisez votre situation (voir notice 6)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui date : _____ non

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR
dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : _____ téléphone : _____
e.mail : _____

adresse : _____

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : _____

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)
- en chiffres : _____ inclus

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)
sans rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : _____
*** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

sorties autorisées : oui à partir du _____ non (voir notice 4)
sorties sans restriction : oui à partir du _____ (voir notice 5)
activité(s) autorisée(s) : _____ oui à partir du _____ non (voir notice 6)

• et prescrit un arrêt de travail aménagé pour raison médicale du _____ au _____
(voir notice 7)

sans rapport** en rapport** avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : _____
**** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

date

signature du praticien

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).
La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

PRN-BIS S 31161

V - SE SOIGNER



Les numéros utiles

15

SAMU

17

POLICE - GENDARMERIE

18

POMPIERS

112

TOUTES URGENCES

Les adresses utiles

Hôpital public de Limoges	2 avenue Martin Luther King 87000 Limoges	05 55 05 55 55	Le service des urgences est destiné à accueillir les patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge immédiate.
Centre de soins dentaires	CPAM - 22 avenue Jean Gagnant 87000 Limoges	05 55 45 88 00	-
CRESLI (Centre d'Examen de Santé)	6 rue Louvrier de Lajolais 87000 Limoges	05 55 45 55 50	-
SOS Médecins	44 rue Emile Montégut 87000 Limoges	05 55 33 20 00	-
Dispensaire Saint-Martial	33 boulevard Carnot 87000 Limoges	05 19 09 00 02	-
CERJEP (Centre Expert Régional du Jeu Pathologique)	Centre hospitalier Esquirol 15 rue du Dr Raymond Mar- cland 87000 Limoges	05 55 11 96 85	-
MDPH	8 place des Carmes 87031 Limoges	05 55 14 14 50	-
Maison des Adolescents	15 place de la République 87000 Limoges	05 55 12 76 00	-
Planning familial	40 rue Charles Silvestre 87000 Limoges	06 44 96 43 86	Permanences : écoute, accueil et accompagnement (gratuit et confidentiel)
Consultation de planification des Carmes	8 place des Carmes 87031 Limoges	05 55 14 13 12	(Les mercredis de 13h30 à 17h30 avec ou sans RDV - hors vacances scolaires)
Entraid'sida	55 rue Bobillot 87000 Limoges	05 55 33 54 33	-
Centre Bobillot-Toxicomanie	18 rue Aigueperse 87000 Limoges	05 55 34 43 77	-



Ce livret a été réalisé par le Conseil départemental de la Haute-Vienne dans le cadre des ateliers de préparation à la majorité.

11 rue François Chénieux, 87031 LIMOGES - 05.55.45.10.10



**COMMENT PRENDRE
SOIN DE SA SANTÉ ?**



**QUELLES DÉMARCHES
POUR SA SANTÉ ?**



MON ESPACE SANTÉ



LES ARRÊTS MALADIES



SE SOIGNER