

MODALITÉS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS EN NATURE

CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT

CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT POUR UN DEUX ANNÉES

Pour bénéficier des prestations en nature en cas de maladie et de maternité pendant 2 ans, l'assuré doit remplir des conditions minimales fixées par le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 :

- avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 60 fois le SMIC horaire pendant un mois civil ou 30 jours consécutifs ;

ou

- justifier de 60 heures de travail, salarié ou assimilé, au cours d'un mois civil ou de 30 jours consécutifs ;

ou

- avoir cotisé sur des rémunérations au moins égale à 120 fois le SMIC horaire pendant 3 mois civils ou de date à date ;

ou

- justifier d'au moins 120 heures de travail, salarié ou assimilé, pendant 3 mois civils ou de date à date ;

- avoir cotisé sur des rémunérations perçues pendant l'année civile au moins égales à 400 fois le SMIC horaire ;

ou

- avoir effectué 400 heures de travail, salarié ou assimilé, au cours de l'année civile.

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 161-3 du Code de la Sécurité sociale (maintien de droit pendant une année) les assurés qui bénéficient à la date de la publication du présent décret d'un maintien de leurs droits aux prestations en nature des assurances maladie et maternité en application de l'article L. 161-8 du même code bénéficient d'une année supplémentaire de maintien de droits.

SALARIE ENTRANT DANS UN RÉGIME OBLIGATOIRE OU REPRENANT UNE ACTIVITÉ SALARIÉE

Pour le travailleur salarié entrant dans un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ou reprenant une activité salariée ou assimilée, la condition d'un montant minimum de cotisations ou d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé exigée pour percevoir les prestations en nature des assurances maladie et maternité est présumée remplie pendant un délai de 18 mois à compter de la date de son entrée dans le régime ou de la reprise de l'activité salariée ou assimilée.

Si, pendant les périodes d'ouverture du droit aux prestations, l'intéressé s'est ouvert des droits aux prestations en nature des assurances maladie et maternité en tant qu'assuré ou ayant droit auprès d'un autre régime obligatoire, ces périodes s'interrompent.

Article R. 313-2 du Code de la Sécurité sociale modifié par le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013

Personnes ayant relevé de différents régimes

Les conditions de durée d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations ou de travail exigées pour l'ouverture du droit aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie maternité sont appréciées par rapport à l'ensemble des périodes d'affiliation aux différents régimes de Sécurité sociale et non plus par rapport au dernier régime d'affiliation.

Articles R. 172-12-1, R. 172-12-2 et R. 172-12-3 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n° 2009-523 du 7 mai 2009

SERVICE NATIONAL OBLIGATOIRE

Tout appelé est pris en charge par le service de santé des armées. Les éventuels ayants droit de l'appelé bénéficient des prestations en nature du régime général de Sécurité sociale pendant la durée d'incorporation. Après le service national, il bénéficie, ainsi que ses éventuels ayants droit, d'un maintien de droit pendant 4 années.

Le maintien de droits est subordonné à leur résidence sur le territoire français.

CONGÉ PARENTAL D'ÉDUCATION

Le bénéficiaire d'un congé parental d'éducation a droit aux prestations en nature qu'il y ait allocation parentale ou non.

Article L. 161-9 du Code de la Sécurité sociale

En cas de non reprise du travail à l'issue du congé parental d'éducation, en raison d'une maladie ou d'une nouvelle maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations en nature et en espèces du régime antérieur au congé parental d'éducation dont elles relevaient.

Ces dispositions s'appliquent pendant toute la durée de l'arrêt de travail pour cause de maladie ou du congé légal de maternité postérieure au congé parental.

Lors de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations pendant 12 mois à compter de la reprise du travail.

Articles L. 161-9 et D. 161-2 du Code de la Sécurité sociale

Personnes involontairement privées d'emploi à l'issue du congé parental

Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi, bénéficient pour elles-mêmes et leurs ayants droit, tant que dure leur indemnisation, de leurs droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance-maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation.

Article L. 311-5 du Code de la Sécurité sociale

CONGÉ DE PRÉSENCE PARENTALE

Pendant le congé de présence parentale, les bénéficiaires de l'allocation de présence parentale ou les personnes en congé de présence parentale non allocataires de l'allocation, conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité du régime général.

Les bénéficiaires d'un congé de présence parentale ou de l'allocation de présence parentale qui succède immédiatement à un congé parental d'éducation, ou au complément de libre choix d'activité PAJE, retrouvent, en cas de reprise d'activité, les droits aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie-maternité.

Article L. 161-9-2 du Code de la Sécurité sociale - Ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004

CONGÉ SABBATIQUE

Le bénéficiaire d'un congé sabbatique a droit aux prestations en nature pendant une durée de 11 mois (durée maximale légale du congé).

CONGÉ POUR CRÉATION D'ENTREPRISE

Le bénéficiaire d'un congé pour création d'entreprise a droit aux prestations en nature pendant 12 mois (durée légale du congé).

DÉTENUS

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale prévoit des mesures pour les détenus.

Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération.

Article L. 381-80 alinéa 1 du Code de la Sécurité sociale

Une contribution peut être demandée aux détenus assurés lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes ou à leurs ayants droit.

Article L. 381-30 alinéa 4 du Code de la Sécurité sociale

Les détenus libérés, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance-maladie à un autre titre, bénéficient pour eux-mêmes et leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité dont ils relevaient avant leur détention pendant un an à compter de leur libération.

Articles L. 161-13 et R. 161-4 du Code de la Sécurité sociale

RETRAITÉ

Le retraité a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie, sans aucune limitation de durée.

Articles L. 161.5 et L. 351.9 du Code de la Sécurité sociale modifié par l'article 78 de la loi n° 2011.1906 du 21 décembre 2011

Lorsque la pension est remplacée par un versement forfaitaire unique, le retraité ne bénéficie plus du maintien de droit.

PERSONNES BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION DE PRÉSENCE PARENTALE

Les personnes bénéficiaires de l'allocation de présence parentale conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance-maladie, maternité, de leur régime d'origine pendant la durée de perception de l'allocation. A l'issue de cette période, elles retrouvent les droits aux prestations en espèces de l'assurance-maladie, maternité, invalidité et décès, acquis antérieurement à l'ouverture du droit à l'allocation.

Article L. 161-9-1 du Code de la Sécurité sociale

PÉRIODES D'INACTIVITÉ ASSIMILÉES À UN TRAVAIL SALARIÉ

Les périodes d'inactivité assimilées à un travail salarié sont considérées comme équivalentes à 6 fois la valeur du SMIC horaire au premier janvier qui précède immédiatement la période de référence ou à 6 heures de travail salarié.

Il s'agit :

- des journées indemnisées au titre de la maladie, de la maternité ou de l'invalidité à l'exclusion des journées indemnisées en application d'un maintien de droits (personnes visées par l'article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale) ou en raison de l'octroi d'une allocation de remplacement (personnes visées par l'article L. 311-5 du Code de la Sécurité sociale) ;
- des journées d'interruption de travail pour maladie non indemnisées par la Sécurité sociale au titre des 3 jours de délai de carence ;
- des journées d'indemnisation suite à un accident de travail ainsi que les journées pendant lesquelles l'assuré perçoit, au titre de la même législation, une rente ou allocation correspondant à une incapacité permanente d'au moins 2/3 ;
- des journées d'interruption de travail pour maladie, non indemnisées par la Sécurité sociale dans le cas où l'assuré a épuisé tous ses droits et, dans la mesure où l'incapacité physique de reprendre une activité est reconnue par le contrôle médical ;
- des périodes de stage effectuées dans un établissement de rééducation professionnelle par le titulaire d'une rente d'accident du travail ;
- des périodes de détention provisoire ;
- des journées au cours desquelles l'étudiant a été affilié à l'assurance maladie-maternité des étudiants ou au cours desquelles il a bénéficié des prestations de ce régime ;

Article R. 381-24 du Code de la Sécurité sociale

- des journées de congé formation non rémunérées par l'employeur équivalent à 8 fois la valeur du SMIC horaire au premier janvier qui précède immédiatement la période de référence ou à 8 heures de travail salarié. Le nombre des journées décomptées ne peut être supérieur à 5 pour une semaine de stage.

Article R. 313-9 du Code de la Sécurité sociale

ASSURÉ EN CHÔMAGE TOTAL

Toute personne percevant une allocation de chômage conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations du régime obligatoire dont elle relevait antérieurement ; le droit à bénéficier de ces prestations est examiné à la date de cessation de l'activité de salarié pour fait de chômage.

Les personnes qui ont épuisé leurs droits au revenu de remplacement du Pôle Emploi, tant qu'elles demeurent à la recherche d'un emploi, bénéficient, pour elles-mêmes et leurs ayants droit, d'un maintien aux prestations en nature de l'assurance-maladie et maternité.

Article L. 311-5 du Code de la Sécurité sociale

« Les personnes qui recherchent un emploi et demandent leur inscription sur la liste des demandeurs d'emploi auprès de pôle emploi qui bénéficient, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès continuent, pendant une durée de 3 mois, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations. »

Article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale

Article 51 de la Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013

Décret n° 2013-1119 du 4 décembre 2013 relatif au maintien des droits aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès

MAINTIEN DE DROIT

Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit du régime général, bénéficient pendant 1 an, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations en nature.

Toutefois, si pendant cette période l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance-maladie, maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France. Toute personne qui cesse de bénéficier des droits aux prestations est tenue d'informer la CPAM et de restituer la carte vitale. A défaut, elle est passible des pénalités pour fraude.

Articles L. 161-8 et R. 161-3 du Code de la Sécurité sociale

Décret du 14 février 2007 n° 2007-199

Article R. 161-3 du Code de la Sécurité sociale

La loi de financement de Sécurité sociale pour 2007 a supprimé la possibilité, pour les personnes qui ne résident plus en France, de bénéficier d'un maintien de droit aux prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie. Désormais pour bénéficier du maintien de droit, il faut avoir sur le territoire métropolitain ou dans un département d'Outre-Mer :

- son foyer (c'est-à-dire sa résidence permanente) ;
- ou son lieu de séjour principal (c'est-à-dire un séjour de plus de 6 mois au cours de l'année civile de versement des prestations).

La résidence en France peut être prouvée par tout moyen. Un arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale fixe la liste des données ou des pièces relatives à la condition de résidence.

Toute personne est tenue de déclarer à l'un des organismes qui assure le service d'une prestation dont elle relève tout changement dans sa situation familiale ou dans son lieu de résidence, notamment en cas de transfert de sa résidence hors du territoire métropolitain de la France ou d'un département d'outre-mer qui remettrait en cause le bénéfice des prestations servies par cet organisme.

Article R. 115-6 et R. 115-7 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 2007-354 du 14 mars 2007

DROIT PERMANENT À LA COUVERTURE DE BASE MALADIE - MATERNITÉ

Le droit aux prestations en nature est ouvert sans limitation de durée aux personnes résidant régulièrement sur le territoire national et d'une continuité de droit.

Article L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale

Quatre situations

- les conditions d'ouverture de droits aux prestations en nature dans un régime obligatoire ne sont pas remplies (condition d'immatriculation, de cotisation ou de salariat).

L'affiliation à la CMU de base est immédiate (article L. 161-2-1 du Code de la Sécurité sociale). La CPAM recherche et saisit, si nécessaire, l'organisme compétent (article L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale) mais maintient le service des prestations tant que le transfert n'est pas effectif (article L. 161-15-2 du Code de la Sécurité sociale).

L'assuré sort de la CMU de base dès lors qu'il ne remplit plus la condition de résidence (article L. 161-15-1 du Code de la Sécurité sociale).

- les conditions d'ouverture de droits aux prestations dans un régime obligatoire sont remplies (au titre d'une activité professionnelle ou d'un avantage ouvrant droit comme une pension d'invalidité, un droit à l'allocation de parent isolé).

L'assuré intègre ou réintègre son régime d'appartenance (article L. 161-2-1 du Code de la Sécurité sociale). En revanche, le droit aux prestations en nature est immédiat en cas de premier emploi, les conditions d'ouverture des droits ne sont pas opposables au nouveau salarié pendant les trois premiers mois.

Article R. 313-2 du Code de la Sécurité sociale

- l'intéressé perd la qualité d'assuré d'un régime obligatoire au titre de l'activité professionnelle ou d'un avantage ouvrant droit.

Il bénéficie du dispositif de maintien de droits pendant un ou deux ans (article R. 313-2 du Code de la Sécurité sociale), puis pendant une année (article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale).

- à l'issue de cette période de maintien de droits, l'intéressé relève de la CMU de base.

Principe de continuité des droits

En période transitoire et pour éviter toute interruption dans la prise en charge, le régime qui sert des prestations ne peut interrompre leur versement tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui.

Article L. 161-15-2 du Code de la Sécurité sociale

Enfin, pour éviter une rupture de droits, une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature maladie que dans deux cas limitatifs : elle ne remplit plus la condition de résidence ou elle est présumée absente au sens de l'article 112 du Code civil.

Circulaire CNAM DDRI n° 149-2001 du 12 décembre 2001

ASSURÉ DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE

Il n'est fait aucune distinction selon que le bénéficiaire du droit est ou non de nationalité française. On ne peut donc exclure les étrangers qui cessent de remplir les conditions de régularité du séjour du bénéfice de maintien de droit.

Conseil d'État - 14 janvier 1998 - GISTI et autre

MAINTIEN DE DROIT DANS LE CADRE DE L'UNION EUROPÉENNE

Une personne qui bénéficie en France d'un maintien de son droit aux prestations, si elle n'a pas la qualité de travailleur ni d'assuré d'un régime obligatoire de Sécurité sociale, demeure soumise à la législation française de Sécurité sociale pour le service des prestations de l'assurance maladie-maternité. Elle doit, à ce titre, être considérée comme un travailleur et recevoir les prestations du régime auquel elle était affiliée antérieurement.

Les organismes accordent un maintien de droit d'une année à la personne perdant sa qualité d'assuré ou d'ayant droit et qui souhaite transférer sa résidence dans un pays de l'Espace Économique Européen. La couverture sociale est assurée par un formulaire E111 ou E106 pour une durée de validité de 12 mois, renouvelable 2 fois.

TRANSMISSION DES FEUILLES DE SOINS

PROCÉDURE

La constatation des soins et l'ouverture du droit au remboursement par les organismes servant les prestations en nature de l'assurance maladie, sont subordonnés à la production d'une part, des documents électroniques ou sur support papier (feuilles de soins) et, d'autre part, l'ordonnance du prescripteur.

Article R. 161-40 du Code de la Sécurité sociale

Les formalités pour obtenir les remboursements de soins sont les suivantes :

- il faut obligatoirement faire parvenir à la caisse primaire une feuille de soins (papier ou électronique) ; celle-ci est délivrée par le praticien ou l'auxiliaire médical et doit être obligatoirement pré identifiée à leur nom.
- seuls les pharmaciens d'officine possèdent des imprimés sans pré identification ;
- la feuille de soins doit être remise par l'assuré à sa caisse dans un délai de 15 jours suivant la date d'expiration de sa période de validité fixée à 15 jours. La prescription pour le remboursement des soins est fixée à 2 ans après le premier jour du trimestre civil qui suit la date de délivrance.

Le remboursement des frais engagés par les assurés ne peut intervenir qu'au vu de l'original. Le duplicata ne peut être pris en compte sauf impossibilité résultant d'un cas de force majeure.

Cass. soc. - 16 janvier 1997 - CPAM de Val-de-Marne c/ Gouranton et autres

FEUILLE DE SOINS TRADITIONNELLE

La feuille de soins accompagnée, le cas échéant, des prescriptions du médecin traitant doit faire apparaître :

- l'identité de l'assuré ;
- l'identité du malade ;
- l'identification du praticien et, éventuellement, celle du pharmacien, du laboratoire d'analyses médicales ou du fournisseur ;
- le numéro d'agrément lorsque l'acte correspondant a été effectué par un appareil ;
- l'attestation de la prestation de l'acte médical par le praticien, l'auxiliaire médical ou le directeur de laboratoire comportant le numéro de code de l'acte figurant à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la nomenclature des actes de biologie médicale ;
- la mention de la délivrance de prescriptions écrites s'il y a lieu ;
- le montant des honoraires payés par l'assuré et, s'il y a lieu, le montant de la facture du pharmacien, du laboratoire ou du fournisseur ainsi que l'indication de leur acquit.

La feuille de soins doit être accompagnée du double des ordonnances médicales ainsi que des vignettes des médicaments prescrits.

Dans le cas où le dossier de l'assuré s'est égaré ou perdu, la prise en charge des prestations en nature peut être effectuée sur la base d'un duplicata. Les droits peuvent être justifiés au moyen d'une copie électronique ou d'un duplicata, dans une période comprise entre 15 jours et 90 jours après la rédaction de la feuille de soins. Aucun formulaire n'est plus exigé, une déclaration sur l'honneur suffit.

Circulaire CNAMTS DDRI n° 2001-71 du 6 juin 2001

TAXATION DES FEUILLES DE SOINS PAPIER

Une contribution financière est mise à la charge des professionnels de santé pour chaque feuille de soins papier transmise, de 0,50 €. Elle s'applique aux supports de facturation servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou de prestations remboursables par l'assurance maladie, à l'exclusion de ceux concernant les bénéficiaires de l'aide médicale d'État, les nourrissons de moins de 3 mois et les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors de la présence du patient.

Cette mesure entre en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

Décision UNCAM du 19 mars 2010 JO du 5 mai

FEUILLES DE SOINS ÉLECTRONIQUES

Les feuilles de soins utilisant un support électronique contiennent les informations suivantes :

- date d'élaboration de la feuille de soins ;
- numéro d'ordre ;
- numéro d'inscription de l'assuré au répertoire national d'identification des personnes physiques ;
- si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré, le numéro d'inscription de ce bénéficiaire au répertoire national d'identification des personnes physiques ou, s'il n'est pas connu, sa date de naissance et son rang de naissance ;
- l'organisme servant les soins ;
- le numéro d'identification du professionnel ayant effectué les actes ;
- la nature de l'assurance susceptible de prendre en charge les actes.

Exemple

Exonération totale ou partielle de participation financière, accident causé par un tiers.

- pour l'assurance maternité :
 - l'indication de la date présumée du début de grossesse pour la période prénatale ou la date d'accouchement ou d'adoption pour la période postnatale.
- pour l'assurance accident du travail :
 - le numéro d'enregistrement ou date de l'accident.
- pour les actes :
 - la date de l'acte, le code de l'acte, la cotation de l'acte,
 - le montant des honoraires facturés,
 - la nature du ou des dépassements d'honoraires.
- le cas échéant :
 - le montant de l'indemnité de déplacement.
- s'il y a lieu :
 - le cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur,
 - la date de demande d'entente préalable,
 - la signature du professionnel.

Les feuilles de soins émises sont regroupées dans un message.

Le message est transmis dans des conditions qui interdisent la lecture des données confidentielles par un tiers lors de son acheminement.

Réception

L'organisme destinataire réceptionne le message dans un délai d'un jour ouvré après la mise à disposition du message par le réseau l'ayant acheminé.

Dès réception, chaque message est enregistré sur un support électronique qui ne peut être réinscrit.

Chaque support d'enregistrement est conservé pendant 3 ans après la date d'inscription du dernier message.

PROCÉDURE D'ENTENTE PRÉALABLE

DÉFINITION

L'entente préalable n'a pas pour but de fixer un tarif applicable aux remboursements, mais de donner une réponse (accord ou refus) sur un remboursement à venir.

Certains actes, prévus à l'article 7 de la nomenclature générale des actes professionnels, sont soumis à la formalité de l'entente préalable. Ce sont les actes ou traitements dont la cotation à la nomenclature générale des actes professionnels est suivie de la lettre E, ainsi que les actes non inscrits à la nomenclature et susceptibles d'être pris en charge par assimilation à un acte de même importance.

La caisse ne procède au remboursement des actes concernés que si le contrôle médical a donné son avis et que la caisse a préalablement accepté de les prendre en charge.

Cet accord préalable peut être exigé pour les prestations dont :

- la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;
- la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;
- le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie.

Article L. 315-2 du Code de la Sécurité sociale

modifié par la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 - JO du 26 décembre 2001

CAS D'URGENCE

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité d'entente préalable en portant la mention «acte d'urgence».

Article 7-c de la nomenclature générale des actes professionnels

Une caisse doit prendre en charge des actes de rééducation, dès lors que la demande d'entente préalable lui a été adressée et qu'elle indiquait l'urgence des soins, la réglementation n'imposant pas, dans ce cas, l'envoi de cette demande préalablement à l'exécution des soins.

Cass. soc. 4 décembre 1997 - CPAM du Val de Marne c/ Angels

ENVOI DE LA DEMANDE

Le malade, avant l'exécution de l'acte, est tenu d'adresser à sa caisse la demande d'entente préalable qui doit être complétée et signée par le praticien exécutant l'acte.

Lorsqu'un auxiliaire médical intervient dans un acte nécessitant une entente préalable, la demande doit être accompagnée de la prescription du praticien.

En cas d'urgence, le praticien dispense l'acte mais doit remplir la formalité d'entente préalable en portant la mention «acte d'urgence».

ACCEPTATION OU REFUS DE LA CAISSE

La réponse de la caisse doit intervenir au plus tard 15 jours suivant la date de réception de la demande.

A défaut de réponse de la caisse dans ce délai, son acceptation est présumée acquise.

Article R. 162-18 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 2001-532 du 20 juin 2001 - JO du 22 juin

Le délai est interrompu lorsque la demande est incomplète (pièces non fournies). Le refus est obligatoirement motivé.

RECOURS

En cas de refus de la caisse, l'assuré est en droit de procéder à un recours en saisissant la commission de recours amiable en cas de refus d'ordre administratif ou en demandant l'expertise médicale en cas de refus d'ordre médical.

MOTIVATION DES DÉCISIONS INDIVIDUELLES DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Les organismes de Sécurité sociale doivent faire connaître les motifs des décisions individuelles auxquels ils refusent un avantage dont l'attribution constitue un droit.

La motivation doit être écrite et comporter l'énoncé des considérations de faits et de droits qui constituent le fondement de la décision. En effet, une bonne information donnée à l'usager lui permet de mieux apprécier les raisons d'un refus qui lui est opposé.

Circulaire DSS n° 92-53 du 4 juin 1992

PRESCRIPTION

L'action de l'assuré pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par 2 ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapporte lesdites prestations.

Article L. 332-1 du Code de la Sécurité sociale

Cette prescription peut être relevée si l'assuré apporte la preuve qu'il s'est trouvé dans l'impossibilité absolue d'agir en temps utile.

Circulaire DSS AM2 n° 93-54 du 29 juin 1993

CARTE D'ASSURANCE MALADIE "CARTE VITALE"

DÉFINITION

Depuis le 31 décembre 1998, les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou des prestations remboursables par l'assurance-maladie et les organismes d'assurance-maladie doivent être en mesure, chacun pour ce qui le concerne, d'émettre, de signer, de recevoir et de traiter des feuilles de soins électroniques ou documents assimilés conformes à la réglementation.

Chaque professionnel concerné doit avoir reçu une carte électronique. De même, tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit avoir reçu une carte électronique individuelle ou, par dérogation, figurer en qualité d'ayant droit sur la carte électronique d'un assuré.

Les organismes d'assurance-maladie délivrent une carte électronique individuelle inter-régimes à tout bénéficiaire de l'assurance-maladie. Le contenu de la carte, les modalités d'identification de son titulaire et ses modes de délivrance, de renouvellement, de mise à jour et d'utilisation sont fixés par décret en Conseil d'État.

Article L. 161-31 du Code de la Sécurité sociale

CONTENU DE LA CARTE VITALE 1

La carte électronique individuelle appelée «carte d'assurance-maladie» contient, outre le volet médical, les informations suivantes :

- un numéro d'émetteur ;
- un numéro propre à la carte ;
- la période de validité ;
- des données d'identification du titulaire (numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, nom patronymique ou, le cas échéant, nom d'usage et prénom usuel) ;
- des données inscrites dans le composant électronique de la carte :
 - nom patronymique s'il diffère du nom d'usage, les autres prénoms et la date de naissance,
 - données relatives aux droits du titulaire aux prestations en nature du régime de base d'assurance-maladie,
 - données relatives à la situation du titulaire au regard d'une protection sociale complémentaire d'assurance-maladie (sous réserve du consentement de la personne et de l'organisme d'adhésion),
- sauf opposition de l'assuré, la copie des informations des dernières feuilles de soins électroniques, qui sont indispensables au remboursement, en cas de perte d'une de ces feuilles de soins,
- des données techniques permettant :
 - d'assurer la fonction de la signature,
 - de protéger l'accès aux informations de la carte,
 - d'authentifier la carte en tant que carte d'assurance-maladie et en tant que carte propre à une personne déterminée.

Article R. 161-33-1 du Code de la Sécurité sociale

LANCEMENT DE LA CARTE VITALE 2

Conformément à la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie, le contenu de la carte vitale 2 est fixé.

Elle contient les informations suivantes :

- des données visibles comportant un numéro d'émetteur, un numéro propre à la carte, la date d'émission de cette dernière et des données d'identification du titulaire, à savoir son numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, son nom de famille ou, si l'intéressé le demande, le nom d'usage, son prénom usuel, une photographie en couleur, de face, tête nue, récente et parfaitement ressemblante, et un signe d'identification de la carte en relief ;
- des données inscrites dans le composant électronique de la carte :
 - les données visibles mentionnées ci-dessus ainsi que la période de validité de la carte, le nom de famille du titulaire s'il diffère du nom d'usage, ses autres prénoms le cas échéant, sa date de naissance, son adresse et la photographie numérisée identique à celle figurant sur la carte,
 - les données relatives aux droits aux prestations en nature au regard d'un régime de base d'assurance-maladie,
 - **les données relatives au choix du médecin traitant du titulaire de la carte,**
 - **les données relatives, le cas échéant et sous réserve de son consentement, à la situation du titulaire au regard de la protection complémentaire d'assurance-maladie,**
 - les données relatives à la situation du titulaire en matière d'accident du travail ou de maladies professionnelles et aux derniers accidents ou maladies professionnelles reconnus,
 - les données relatives à l'accès aux soins en cas de séjour ou résidence dans un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen,
 - les données personnelles concernant les coordonnées d'une personne à prévenir en cas de nécessité si le titulaire de la carte y a consenti,
 - la mention indiquant que son titulaire a eu connaissance des dispositions de la réglementation sur le don d'organe,
 - des données permettant :
 - d'assurer la mise en œuvre des fonctions de signature électronique,
 - de protéger l'accès aux informations de la carte,
 - d'authentifier la carte en tant que carte d'assurance-maladie et d'identifier son titulaire.

La diffusion de cette carte s'étalera de 2007 à 2010. Dans un premier temps, la carte est envoyée aux nouveaux bénéficiaires pour s'étendre ensuite aux renouvellements.

Décret n° 2007-199 du 14 février 1999

Mise en œuvre

Pour délivrer la carte d'assurance-maladie, les organismes servant des prestations d'un régime d'assurance-maladie adressent au bénéficiaire de l'assurance-maladie un formulaire permettant le recueil des informations nécessaires à la délivrance d'une carte d'assurance-maladie. Le bénéficiaire de l'assurance-maladie complète et signe le formulaire. Il y joint sa photographie conforme, ainsi qu'une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité, émise depuis moins de dix ans, et comportant une photographie. La nouvelle carte est envoyée par la poste avec sa copie papier.

Lorsque le bénéficiaire de l'assurance-maladie ne dispose pas d'une pièce d'identité, il se présente au guichet de l'organisme servant des prestations du régime d'assurance-maladie dont il relève, afin de permettre la vérification de son identité et de remettre son formulaire complété et signé, ainsi que sa photographie.

Vérification par les caisses

Les organismes servant des prestations d'un régime d'assurance-maladie, ou les organismes sous leur responsabilité, vérifient la concordance entre la photocopie de la pièce d'identité et les informations portées dans le formulaire, à savoir le nom de famille, le prénom, la date de naissance et la ressemblance de la photographie transmise.

Tout document incomplet est renvoyé au bénéficiaire de l'assurance-maladie concerné.

Contestation sur les informations par l'assuré

Le titulaire dispose de deux mois à compter de la réception de la carte pour éventuellement contester la validité des informations inscrites sur le recto de la carte qu'il a reçue, à savoir le nom, le prénom, le numéro d'inscription au répertoire national des personnes physiques et la photographie.

Pendant ce délai, les organismes servant des prestations d'un régime d'assurance-maladie, ou les organismes sous leur responsabilité, peuvent utiliser les informations conservées pour émettre et adresser une nouvelle carte d'assurance-maladie à son titulaire.

Les bénéficiaires de l'assurance-maladie peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification aux données les concernant contenues dans les traitements informatiques mentionnés au présent arrêté par l'intermédiaire du directeur de l'organisme leur servant les prestations d'un régime d'assurance-maladie. Ce dernier doit faire parvenir sa réponse à la personne concernée dans les quinze jours suivant la réception de sa demande.

Les organismes servant les prestations d'un régime d'assurance-maladie mettent à la disposition des assurés des dispositifs leur permettant de consulter ou de mettre à jour les données de la carte.

Par ailleurs, ces organismes mettent en œuvre les traitements permettant à leurs agents dûment habilités, sur présentation de la carte d'assurance-maladie du titulaire, d'en consulter et d'en imprimer les données et de les mettre à jour.

L'assuré peut demander une copie sur papier reflétant les informations contenues dans sa carte à l'organisme lui servant les prestations d'un régime d'assurance-maladie ou, sur présentation de sa carte d'assurance-maladie, à n'importe quel organisme servant de telles prestations.

Cette fiche reflet, dont l'usage est strictement personnel, est distincte de l'attestation de droits utilisée dans les rapports avec les tiers et dont le contenu peut être expurgé, à la demande du titulaire, des informations relatives à la suppression ou la limitation de la participation de l'assuré.

Lorsqu'il a été informé par l'organisme lui servant les prestations de la prise en compte de son changement de situation, il dispose d'un délai d'un mois pour effectuer cette mise à jour. A défaut de mise à jour des informations, la carte ne peut plus être, temporairement, utilisée.

Tout titulaire d'une carte d'assurance-maladie est tenu de mettre à jour sa carte selon une fréquence annuelle à compter de la date d'émission de celle-ci. A défaut, il ne peut plus, temporairement, bénéficier de la dispense d'avance des frais pour les prestations en nature de l'assurance-maladie. Toutefois, le titulaire qui, durant l'une des périodes de référence prévue pour cette mise à jour, a déjà effectué une mise à jour en application du précédent alinéa, est dispensé d'effectuer la mise à jour annuelle au titre de la période considérée.

Durée de validité

La période de validité des cartes d'assurance-maladie est de cinq ans.

Les organismes servant des prestations d'un régime d'assurance-maladie peuvent décider de prolonger la validité de la carte qu'ils ont délivrée. Le titulaire est alors tenu de mettre à jour sa carte pour en prolonger la validité. Si l'organisme ne prolonge pas la durée de validité de la carte, il délivre une nouvelle carte.

DÉLIVRANCE DE LA CARTE

Chaque organisme servant les prestations d'un régime de base d'assurance-maladie délivre gratuitement une carte d'assurance-maladie aux personnes qui lui sont rattachées.

Il remplace la carte à l'issue de sa période de validité ou, en cas de perte, vol ou dysfonctionnement.

Des frais peuvent être facturés en cas de demande de remplacement manifestement abusive.

Si une nouvelle carte est remise au titulaire, alors que sa précédente est en cours de validité, il retourne la carte antérieure à l'organisme auquel il est rattaché.

Le titulaire, qui perd ses droits aux prestations en nature retourne sa carte à l'organisme dont il relevait en dernier lieu, sur demande de cet organisme.

Les cartes non retournées sont inscrites sur une liste d'opposition.

Article R. 161-33-3 du Code de la Sécurité sociale

COPIE SUR PAPIER DES INFORMATIONS

Lors de la délivrance d'une carte, l'organisme émetteur joint une copie sur papier des informations enregistrées.

Une copie sur papier peut également être demandée par le titulaire de la carte à l'organisme lui servant les prestations d'un régime de base d'assurance-maladie ou sur présentation de sa carte, à n'importe quel organisme servant de telles prestations.

Le cas échéant et sur demande du titulaire, la copie ainsi délivrée peut ne pas mentionner l'existence d'une exonération de ticket modérateur.

Article R. 161-33-4 du Code de la Sécurité sociale

PERTE OU VOL

Le titulaire signale tout dysfonctionnement, perte ou vol de sa carte selon la procédure indiquée par l'organisme lui servant les prestations d'un régime de base d'assurance-maladie.

Les organismes inscrivent dans une liste d'opposition les numéros de cartes en circulation et en cours de validité, perdues, volées ou dénoncées.

Dans l'attente du dossier médical sur la carte vitale, les médecins peuvent consulter les données liées aux procédures de remboursement ou de prise en charge figurant dans la carte vitale sous réserve d'en informer le patient.

Article L. 162-4-3 du Code de la Sécurité sociale

Pour accéder aux informations, le médecin doit être conventionné ou exercer dans un établissement ou un centre de santé et s'identifier au moyen de sa carte de professionnel de santé.

Article L. 161-31 du Code de la Sécurité sociale

La carte vitale comportera une photographie.

Article L. 162-4-3 du code de la Sécurité sociale

Dans les établissements de santé, il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie.

Article L. 162-21 du Code de la Sécurité sociale

CARTE EUROPÉENNE D'ASSURANCE MALADIE

Une carte européenne d'assurance-maladie (CEAM) est mise en place.

La CEAM est une carte plastique distincte de la carte vitale. Elle sera fournie à la demande expresse de l'assuré. Elle se substitue au formulaire E111.

Circulaire DSS/DACI n° 2004-169 du 30 mars 2004

DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL

Un dossier médical personnel informatisé ou un dossier médical partagé est créé.

Article L. 161-36-1 du Code de la Sécurité sociale

Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose d'un dossier médical personnel comportant les éléments diagnostiques et thérapeutiques (prévus à l'article L. 111-8 du Code de la santé publique) reportés par les professionnels de santé et établissements de santé.

Ce dossier médical interviendra au plus tard au 1^{er} juillet 2007.

Accès autorisé

Le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie est subordonné à l'autorisation que donne le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter. Le professionnel de santé est tenu d'indiquer, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, s'il a été en mesure d'accéder au dossier. L'union nationale des caisses d'assurance maladie pourra décider de la participation de l'assuré (si un assuré refuse de présenter ce dossier, la participation pourra être majorée).

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux salariés détachés ou expatriés pour les soins reçus à l'étranger ou à l'occasion d'un séjour temporaire en France.

Article L. 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale

Accès interdit

L'accès au dossier médical personnel ne peut être exigé en dehors des cas prévus par la loi, même avec l'accord de la personne concernée.

L'accès au dossier médical personnel est notamment interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à ce dossier ne peut être également exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application.

Le dossier médical personnel n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail.

Tout manquement aux présentes dispositions donne lieu à l'application des peines prévues à l'article 226-13 du Code pénal.

Article L. 161-36-3 du Code de la Sécurité sociale

Accès des médecins aux informations détenues par l'assurance maladie

Dans l'attente de mise en place du dossier médical personnel prévu au plus tard au 1^{er} juillet 2007, les médecins sont autorisés à consulter les informations détenues par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie.

Ces organismes gestionnaires assurent, à l'usage des médecins conventionnés ou exerçant leur activité dans un établissement ou un centre de santé, à l'occasion des soins qu'ils délivrent, la mise en œuvre d'un service de consultation par voie électronique des informations afférentes aux prestations délivrées à leurs bénéficiaires.

La gestion technique de l'infrastructure inter-régimes servant de relais pour l'accès aux systèmes d'information sollicités à cette fin est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les traitements mis en œuvre à cet effet sont soumis à l'autorisation préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés qui se prononce au vu de documents, élaborés sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et précisant :

- a - les spécifications techniques des logiciels et des mécanismes de sécurité informatique propres à garantir la confidentialité des informations échangées entre le médecin et les caisses, notamment en ce qui concerne le mode de chiffrement des flux d'informations ;
- b - les mesures de protection renforcées applicables aux données des patients atteints d'affection longue durée et à leur acheminement ;
- c - l'historique des accès au service, de consultation ainsi que le contenu des informations consultées.

Article R. 162-1-10 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 2006-143 du 9 février 2006 article 1 II Journal Officiel du 11 février 2006

Données individuelles

Le relevé des données individuelles concernant le patient mis à disposition du médecin par le service porte sur la période de douze mois précédant la consultation.

Ce relevé comporte les informations suivantes :

- 1 - informations relatives au bénéficiaire de l'assurance maladie :
 - a - numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physiques,
 - b - nom et prénom d'usage,
 - c - date de naissance.
- 2 - informations relatives aux soins et prestations délivrés en ville et ayant donné lieu à remboursement ou prise en charge :
 - a - pour les soins médicaux, chirurgicaux, dentaires, analyses et examens biologiques, ainsi que pour les soins infirmiers et de rééducation fonctionnelle, y compris les actes et traitements préventifs :
 - numéro de code et libellé de l'acte ou de la série d'actes, suivant la liste établie en application de l'article L. 162-1-7, avec indication de leur cotation, de leur date d'exécution, de la nature du risque au titre duquel la prestation est prise en charge, du taux de remboursement appliqué et, s'il y a lieu, du motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré ainsi que, le cas échéant, le libellé de la spécialité du médecin,
 - b - pour les médicaments :
 - dénomination de la spécialité pharmaceutique délivrée, sur la base des listes établies en application de l'article L. 162-17, avec indication de leur numéro de code et du libellé correspondant, de leur date de délivrance, de la quantité délivrée, de la nature du risque au titre duquel la prestation est prise en charge, du taux de remboursement appliqué et, s'il y a lieu, du motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré ;

- c - pour les dispositifs médicaux à usage individuel, tissus et cellules issus du corps humain, produits de santé autres que médicaments et prestations de services et d'adaptation associées :
 - dénomination du dispositif ou du produit délivré, sur la base de la liste des produits et prestations avec indication de leur numéro de code, de leur date de délivrance, de la nature du risque au titre duquel la prestation est prise en charge, du taux de remboursement appliqué et, s'il y a lieu, du motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré.
- 3 - informations relatives aux soins, produits et prestations délivrés en établissement de santé, quel que soit le statut de l'établissement :
 - a - date d'admission et durée du séjour,
 - b - nature du risque au titre duquel les prestations correspondantes sont prises en charge, taux de remboursement appliqué et, s'il y a lieu, motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré,
 - c - pour les soins délivrés dans les établissements de santé :
 - indication du groupe générique servant de base à la facturation des frais d'hospitalisation suivant la classification, avec mention le cas échéant de la dénomination et du numéro de code des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation,
 - d - pour les soins délivrés dans les établissements de santé, mention des éléments repris du bordereau de facturation et concernant :
 - l'intitulé du groupe générique servant de base à la facturation des prestations,
 - le libellé et le numéro de code des actes facturés, suivant les listes établies avec indication de leur cotation et de leur date d'exécution,
 - le cas échéant, la dénomination et le numéro de code des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation, en application de l'article L. 162-22-7,
- 4 - informations relatives aux frais de transport :
 - a - date du transport pris en charge,
 - b - mode de transport utilisé,
 - c - motif de la prise en charge, suivant la liste de cas prévue à l'article R. 322-10,
 - d - nature du risque au titre duquel la prestation est prise en charge,
 - e - taux de prise en charge de la prestation et, s'il y a lieu, motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré.
- 5 - informations relatives aux indemnités, allocations journalières et prestations supplémentaires servies au titre du 5° de l'article L. 321-1, de l'article L. 331-3, de l'article L. 433-1 ou de l'article L. 615-20 :
 - a - dates de début et de fin de l'arrêt de travail et nombre d'indemnités journalières versées,
 - b - nature du risque au titre duquel la prestation est versée,
 - c - mention du lien éventuel avec une affection de longue durée,
 - d - mention du motif en cas de maintien de l'indemnisation dans les cas prévus aux articles L. 323-3, L. 432-9 et L. 433-1.
- 6 - informations relatives aux patients atteints d'une affection de longue durée :
 - a - date à laquelle a été accordé le bénéfice de la limitation ou de la suppression de la participation de l'assuré, avec indication du motif retenu, selon le fait générateur,
 - b - libellé générique de la ou des affections, selon la liste établie, selon la codification internationale en vigueur,

- c - éléments du protocole de soins actualisé, ainsi que la durée de ce protocole, avec indication des actes et prestations de toute nature concourant au traitement de la ou des affections concernées et auxquels s'applique la limitation ou la suppression de la participation ainsi que, le cas échéant, de la fréquence respective des actes et prestations.

Article R. 162-1-11 du Code de la Sécurité sociale

Le dossier médical personnel est conservé pendant une durée de dix années à compter de sa clôture.

En cas de décès du titulaire, les ayants droit peuvent solliciter l'accès au dossier conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique. L'accès à ce dossier peut également intervenir dans le cadre d'une expertise médicale diligentée aux fins d'administration de la preuve.

Portail d'accès internet

Il est institué un service unique d'accueil dématérialisé, dénommé « portail du dossier médical personnel », destiné aux bénéficiaires de l'assurance maladie et aux professionnels de santé.

Ce portail assure des fonctions d'information générale et un service de gestion permettant aux bénéficiaires de l'assurance maladie de gérer leur dossier médical personnel et les droits d'accès des professionnels de santé. Il assure le contrôle et la traçabilité des accès aux dossiers médicaux personnels. Il produit les données de suivi d'activité nécessaires à l'évaluation de ce service.

Ces fonctions peuvent être mises à disposition d'autres organismes assurant des missions de partage et d'échange de données personnelles de santé dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article L. 161-36-3-1 du Code de la Sécurité sociale

Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007

La loi n° 2011-940 du 10 août 2011 met en place à titre expérimental un dossier médical enregistré sur un support numérique portable et sécurisé remis à un échantillon d'assurés atteints d'affections de longue durée.

Article L. 111-20 du Code de la santé publique

SYSTÈMES D'INFORMATION DE L'ASSURANCE MALADIE

COMMUNICATION DES ACTES EFFECTUÉS

Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit et des pathologies diagnostiquées.

Article L. 161-29 du Code de la Sécurité sociale

INFORMATION STATISTIQUE - SNIIRAM

Définition

La caisse nationale d'assurance maladie, la CANAM, la CCMSA, ont mis en place un système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). L'objectif est d'améliorer la qualité des soins et la gestion de l'assurance maladie par une meilleure connaissance du système de soins et de transmettre aux prestataires de soins des informations à leur activité.

Arrêté ministériel du 11 avril 2002 - JO du 16 avril

Il s'agit d'un répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie, comportant les informations nécessaires au rattachement de chaque bénéficiaire à l'organisme d'assurance maladie auquel il est affilié et, éventuellement, à un organisme complémentaire de son choix.

Organisme chargé de la gestion

La gestion technique du répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie, pour le compte et sous le contrôle des organismes gérant un régime d'assurance maladie de base ou complémentaire, est confiée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS).

A cette fin, des conventions fixant les conditions techniques et financières d'alimentation et d'utilisation dudit répertoire, ainsi que ses modalités de gestion, sont passées entre :

- la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ;
- la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et les organismes gérant un régime de base d'assurance maladie ; cette convention est applicable à l'ensemble des organismes gérant un régime de base d'assurance maladie lorsque au moins deux des caisses nationales d'assurance maladie, dont la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en sont signataires ; l'adhésion à la convention de l'organisme chargé de la gestion du régime d'assurance maladie applicable aux travailleurs expatriés donne lieu à un avenant approprié ;
- la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et une ou plusieurs organisations nationales regroupant des mutuelles.

Article R. 161-38 du Code de la Sécurité sociale

Objectif du répertoire

Ce répertoire qui permet des échanges d'informations entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et les organismes servant les prestations de base ou complémentaires d'assurance maladie, vise à atteindre les finalités suivantes :

- certifier les identifiants des bénéficiaires figurant dans les fichiers des organismes servant les prestations de base ou complémentaires d'assurance maladie ;
- certifier le rattachement de chaque bénéficiaire à l'organisme qui lui sert les prestations de base d'assurance maladie ;
- contribuer aux procédures de délivrance et de mise à jour des cartes électroniques individuelles ;
- certifier, le cas échéant, le rattachement du bénéficiaire à un des organismes qui lui sert des prestations complémentaires d'assurance maladie et dont le bénéficiaire ou son représentant légal désire que l'identifiant figure sur sa carte électronique individuelle ;
- produire des statistiques anonymes à des fins de contrôle de la qualité des procédures ou de dénombrement de bénéficiaires, avec l'accord des organismes d'assurance maladie concernés par le champ de ces dénombrements.

Contenu du répertoire

Le répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie ne contient, pour chaque bénéficiaire ou ancien bénéficiaire, que les catégories d'informations suivantes :

- son numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques et celui ou ceux qui lui auraient été précédemment attribués ;
- son nom patronymique, son nom d'usage le cas échéant, et ses prénoms ;
- ses dates et lieu de naissance ;
- le cas échéant, la mention du décès ou l'indication que la personne n'est plus bénéficiaire de l'assurance maladie ;
- l'identifiant de l'organisme d'assurance maladie qui lui sert ses prestations de base d'assurance maladie et la date de son rattachement, ainsi que, le cas échéant, l'identifiant de l'organisme d'assurance maladie lui servant précédemment les prestations de base d'assurance maladie et la date de rattachement ;
- éventuellement, l'identifiant d'une des mutuelles de son choix qui lui sert des prestations complémentaires d'assurance maladie et qu'il désire voir figurer sur sa carte électronique individuelle, et la date de son rattachement audit organisme.

Afin d'assurer un bon fonctionnement du dispositif, les messages échangés relatifs à la certification des identifiants des bénéficiaires peuvent comporter également :

- le sexe du bénéficiaire ;
- le numéro d'identification de l'ouvrant droit du bénéficiaire ;
- des éléments de filiation pour les personnes nées hors de France ;
- un numéro d'identification des personnes propre à l'organisme d'assurance maladie.

L'organisme gestionnaire du répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie peut consulter les informations d'identification contenues dans le répertoire national d'identification des personnes physiques ou le système national de gestion des identifiants, gérés respectivement par l'INSEE et la CNAVTS.

Les informations échangées entre le répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie et les organismes utilisateurs sont transmises sous la forme de fichiers ou de messages, sur support magnétique ou par réseau de télécommunication.

Les organismes utilisateurs ne disposent pas d'accès direct en mode transactionnel au répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Décret n° 96-793 du 12 septembre 1996 - Arrêté du 22 octobre 1996

Sanction pour le bénéficiaire

Si le bénéficiaire, ayant reçu du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, les documents nécessaires à la constatation des soins ou d'une incapacité de travail les transmet à la caisse hors du délai prévu, il encourt une sanction, pouvant aller jusqu'à la déchéance du droit aux prestations pour la période pendant laquelle le contrôle de celles-ci aurait été rendu impossible.

Sanction pour le professionnel

En cas de transmission électronique, si le professionnel, l'organisme ou l'établissement dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie est responsable d'un défaut de transmission à la caisse du bénéficiaire de documents ou s'il les a transmis hors du délai prévu, la caisse peut exiger du professionnel ou de l'organisme concerné la restitution de tout ou partie des prestations servies à l'assuré.

CARTE PROFESSIONNELLE DE SANTÉ

Définition

Dans le cas de transmission électronique par les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées par une carte électronique individuelle, appelée carte de professionnel de santé.

Article L. 161-33 du Code de la Sécurité sociale

INFORMATION DE L'ASSURÉ

L'assuré social reçoit, sur le 1^{er} décompte de l'année civile, la mention du montant total des dépenses engagées par lui l'année précédente.

Article L. 161-31 du Code de la Sécurité sociale

Le pharmacien qui délègue un médicament remboursable devra communiquer la charge que celui-ci représente pour la Sécurité sociale.

Article L. 161-31 du Code de la Sécurité sociale

Informations émises dans la carte

La carte de professionnel de santé contient les informations suivantes :

- un numéro d'émetteur ;
- un numéro propre à la carte ;
- la date de fin de validité ;
- des données d'identification du titulaire (nom d'exercice, prénom usuel) ;
- la profession ;
- la raison sociale ;
- le numéro d'identification de l'organisme dans lequel est exercée l'activité principale.

Des données inscrites dans le composant électronique de la carte :

- nom patronymique s'il diffère du nom d'exercice ;
- la ou les spécialités du titulaire ;
- son activité principale ;
- sa ou ses activités secondaires ;
- le mode d'exercice ;
- la forme juridique de la structure dans laquelle s'exerce l'activité ;
- des données décrivant la situation du titulaire au regard de l'assurance maladie.

Des données techniques permettant :

- d'assurer les fonctions de signature ;
- d'activer la carte au moyen d'un code confidentiel ;
- de protéger l'accès aux informations de la carte ;
- d'authentifier la carte en tant que carte de professionnel.

Article R. 161-52 du Code de la Sécurité sociale