

PRESTATIONS EN NATURE - RISQUES COUVERTS

DÉFINITION DES PRESTATIONS EN NATURE

REMBOURSEMENTS DE SOINS

Les prestations en nature de l'assurance-maladie comportent :

la couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examens de laboratoire, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, les ayants droit, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

- la couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de Sécurité sociale dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport ;
- la couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale créée par l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que celle des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ;
- la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;
- la couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes prioritaires de prévention définis par le Code de la santé publique.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 - JO du 5 mars

EXAMEN DE SANTÉ GRATUIT - PRÉVENTION

La caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie, à un examen de santé gratuit.

En cas de carence de la caisse, l'assuré et les membres de sa famille peuvent demander à subir cet examen.

Les organismes d'assurance-maladie doivent veiller à offrir ces examens en priorité aux catégories énumérées ci-dessous dans la mesure où elles ne bénéficient pas, par ailleurs, d'une surveillance médicale au titre d'une législation particulière :

- ayants droit inactifs âgés de plus de 16 ans ;
- demandeurs d'emploi et leurs ayants droit ;
- personnes affiliées à l'assurance personnelle et leurs ayants droit ;
- titulaires d'un avantage de retraite ou de préretraite et leurs ayants droit ;
- autres assurés inactifs et leurs ayants droit ;
- population exposée à des risques menaçant leur santé.

Le contenu des examens de santé est modulé en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs de risque.

Les centres d'examen de santé, gérés directement par les organismes d'assurance-maladie ou conventionnés, peuvent contribuer à la collecte de données épidémiologiques et, éventuellement, à la réalisation de programmes de recherche après accord du conseil d'administration de la CNAM.

Les centres peuvent également accueillir les personnes dont le coût de l'examen de santé n'est pas pris en charge par l'assurance-maladie. Le centre concerné est alors indemnisé, selon le cas, soit par l'organisme de prise en charge, soit directement par le patient.

Un double des résultats de l'examen est transmis au médecin traitant, ainsi qu'au médecin-conseil de la caisse de Sécurité sociale dont relève l'assuré.

Arrêté ministériel du 20 juillet 1992 - JO du 19 septembre 1992

Les caisses nationales d'assurance-maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé.

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

PLAFONNEMENT DE REMBOURSEMENT

La part garantie par la caisse primaire d'assurance-maladie ne peut excéder le montant des frais exposés. Elle est remboursée, soit directement à l'assuré, soit à l'organisme ayant reçu délégation de l'assuré dès lors que les soins ont été dispensés par un établissement ou un praticien ayant passé convention avec cet organisme, et dans la mesure où cette convention respecte la réglementation conventionnelle de l'assurance.

PRESTATIONS INDUES

Lorsque le versement d'une prestation en nature indue résulte de l'inobservation de la nomenclature des actes professionnels, de la nomenclature d'actes de biologie médicale, ou de la facturation d'un acte non effectué, l'organisme de Sécurité sociale recouvre, auprès du professionnel de santé (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, biologiste, infirmier et pédicure), le montant correspondant.

Pour son recouvrement l'indu est assimilé à une cotisation de Sécurité sociale.

Article L. 133-4 du Code de la Sécurité sociale

Cependant, la CPAM ne peut réclamer le remboursement de prestations versées sur la base d'actes ayant fait l'objet d'une cotation erronée, lorsque ces actes ont fait l'objet d'une demande d'entente préalable.

En effet, la CPAM n'ayant pas répondu dans les 10 jours, elle est réputée avoir approuvé la cotation proposée par le praticien.

SAISIE DES PRESTATIONS EN NATURE

Les prestations en nature de l'assurance-maladie visées aux 1 - 2 - 3 - 4 - 6 - 7 de l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité sociale, sont incessibles et insaisissables sauf pour le recouvrement des prestations indûment versées à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'assuré.

Le blocage des sommes déposées sur un compte ne peut avoir pour effet de faire obstacle à l'insaisissabilité et l'incessibilité des sommes.

Sont exclues de cette disposition, les prestations en espèces (indemnités journalières).

Article L. 322-7 du Code de la Sécurité sociale

Les prestations visées sont les suivantes :

- frais médicaux ;
- frais de transport ;
- frais d'hébergement et de traitement des enfants handicapés dans les établissements spécialisés ;
- remboursement des soins relatifs à l'interruption volontaire de grossesse ;
- frais relatifs aux examens de santé obligatoires ;
- frais de vaccination.

APPLICATION DU TICKET MODÉRATEUR

Définition du ticket modérateur

Il reste une participation à la charge de l'assuré appelé ticket modérateur.

La participation de l'assuré peut être proportionnelle aux tarifs appliqués ou être fixée à une somme forfaitairement. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont dispensés.

La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

Article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale

Les tarifs retenus comme base de remboursement par la Sécurité sociale sont les tarifs de responsabilité. Ils sont établis sur la base :

- du tarif de convention ;
- du tarif d'autorité.

Sur ces tarifs, la Sécurité sociale applique un taux de remboursement en fonction de l'acte.

La somme, dans la limite du tarif de convention ou du tarif d'autorité, restant à la charge de l'assuré s'appelle le ticket modérateur.

FRAIS D'HONORAIRES DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX

DANS LE CADRE D'UNE HOSPITALISATION

Pour les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement public ou privé, ainsi que pour les frais d'analyses ou de laboratoires afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions, la participation de l'assuré est de 20 % du tarif de convention.

Hospitalisation dans un établissement public ou privé

L'assuré est libre de choisir un établissement public ou privé. Cependant, il n'est remboursé que sur la base du tarif en vigueur dans l'hôpital public le plus proche de son domicile, à moins que l'établissement ne possède pas l'équipement nécessaire pour le traitement de l'affection.

En cas d'urgence, cette disposition n'est pas applicable.

L'assuré a à sa charge 20 % du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation dans un établissement public ou privé.

Choix d'un autre établissement de soins

Lorsqu'un assuré social choisit, pour des raisons de convenance personnelle, un établissement de soins dont le tarif de responsabilité est supérieur à celui de l'établissement public ou privé, selon le cas, le plus proche de sa résidence et dans lequel il est susceptible de recevoir les soins appropriés à son état, la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle il est affilié ne participe aux frais de séjour exposés par l'assuré que dans la limite du tarif de responsabilité fixé pour ce dernier établissement. Lors de la prise en charge, la caisse primaire avise l'assuré des conditions particulières dans lesquelles les frais de séjour exposés seront remboursés.

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

La limitation de la prise en charge n'est possible qu'à deux conditions :

- si l'intéressé a été informé préalablement à son hospitalisation des conditions selon lesquelles ses frais d'hospitalisation sont pris en charge. Cette information doit être effectuée en «temps utile, c'est-à-dire plusieurs jours avant l'hospitalisation» et préciser le montant qui n'est pas pris en charge par l'organisme de base. A défaut d'une telle information, la règle ne peut être opposée à l'assuré ;
- si l'offre hospitalière publique ou privée localement disponible permet d'offrir des soins appropriés, c'est-à-dire «adaptés à l'état du malade et à la nature des soins qui justifient l'hospitalisation». Aussi, la règle du plafonnement ne trouve à s'appliquer que sur avis du service du contrôle médical. Elle ne peut être automatique ou effectuée sur la simple base d'un tableau de distances déterminant la proximité géographique de l'établissement.

La Direction Sanitaire et Sociale demande aux préfets d'annuler systématiquement toutes les décisions des caisses qui sont contraires à cette règle d'information préalable et d'inviter les caisses à suspendre également les contentieux en cours.

Circulaire DSS/SDAS/2B n° 97-739 du 21 novembre 1997

Hospitalisation dans un établissement public

Les frais seront directement remboursés par la caisse de l'hôpital : c'est le système du tiers payant. Le malade règle le montant du ticket modérateur ainsi que le forfait hospitalier.

Hospitalisation dans une clinique privée

Ce sont des établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif. Les conditions sont les mêmes que pour l'établissement public.

Cliniques agréées sans convention

L'assuré règle la totalité des frais et peut demander le remboursement à sa caisse primaire d'assurance maladie. Le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux s'effectue dans les mêmes conditions que l'établissement public ou privé conventionné. Les frais de séjour sont remboursés sur la base d'un tarif d'autorité.

HONORAIRES DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX

La participation de l'assuré, depuis le 1^{er} août 1993, est fixée à :

- 30 % pour les frais d'honoraires des praticiens (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes), y compris pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, quel que soit le coefficient associé à leur cotation. A compter du 1^{er} janvier 2005, il y a lieu de rajouter la participation forfaitaire de 1 € par consultation pour les médecins.

Articles D. 322-3 et D. 322-4 du Code de la Sécurité sociale - Décret n° 2004-1453 du 23 décembre 2004

Sont exclus, les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement public ou privé, ainsi que les frais d'analyses ou de laboratoires afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions ;

- 40 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux autres que les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement public ou privé, ainsi que les frais d'analyses ou de laboratoires afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions ;

- 40 % pour les frais d'analyses et de laboratoires autres que les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement public ou privé, ainsi que pour les frais d'analyses ou de laboratoires afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions. Par contre, les taux de remboursement sont de 100 % en ce qui concerne le dépistage du SIDA et de l'hépatite C.

Article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale

Hors parcours de soins

Le montant de la majoration laissée à la charge de l'assuré au cas où celui-ci ne respecterait pas les obligations du parcours de soins, à 40 % du tarif de convention, soit un taux de remboursement de 30 %.

Au total pour la consultation d'un spécialiste hors parcours de soins, la part restant à la charge de l'assuré sur la base d'une consultation à 25 € peut atteindre 17,50 € (1 € de participation forfaitaire et 17,50 € de pénalité).

La pénalité concerne l'assuré et son ayant droit de plus de 16 ans.

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Pour les examens effectués en dehors d'une hospitalisation, la part restant à la charge de l'assuré est de 40 %.

Si les prélèvements sont effectués par des médecins et autres praticiens, la participation de l'assuré est de l'ordre de 30 %. Cette participation est de 40 % lorsqu'il s'agit de prélèvements effectués par des directeurs de laboratoire non médecins, par des auxiliaires de laboratoire non infirmiers (laborants), par des auxiliaires médicaux.

L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie lorsque le montant des actes de biologie médicale dépasse un plafond fixé par décret ou encore lorsque l'assuré est pris en charge à 100 %.

Article L. 162-13-1 du Code de la Sécurité sociale

A compter du 1^{er} janvier 2005, participation forfaitaire de 1 € pour les actes de biologie médicale.

Articles D. 322-3 et D. 322-4 du Code de la Sécurité sociale - Décret n° 2004-1453 du 23 décembre 2004

Conclusion de conventions médicales à titre expérimental

Les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis des organisations syndicales signataires de la convention.

Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

Ce contrat détermine les contreparties financières, qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé.

Le contrat type est transmis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale qui peuvent s'y opposer dans un délai fixé par décret.

Ces ministres peuvent suspendre l'application des contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats ne sont pas conformes aux objectifs poursuivis.

Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007

Article L. 162-12-21 du Code de la Sécurité sociale

MEDICAMENTS

MÉDICAMENTS INSCRITS SUR UNE LISTE

Les médicaments sont pris en charge par l'Assurance Maladie sur prescription délivrée par un médecin, une sage-femme, un chirurgien-dentiste, un directeur ou directeur adjoint de laboratoire d'analyses, dans la limite de leur exercice professionnel. Certains topiques à usage externe peuvent également être pris en charge lorsqu'ils sont prescrits par un pédicure-podologue.

Pour permettre le remboursement du médicament, la prescription doit être faite dans le cadre des indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge, et les médicaments doivent figurer sur la « Liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux », fixée par arrêté ministériel.

À noter que, pour chaque médicament prescrit, la prescription doit notamment indiquer la posologie et la durée du traitement ou le nombre d'unités de conditionnement (boîte ou flacon).

Les taux de remboursement des médicaments :

- 100 % pour les médicaments à vignette blanche barrée (médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux) ;
- 65 % pour les médicaments à vignette blanche (médicaments à service médical rendu majeur ou important) ;
- 30 % pour les médicaments à vignette bleue, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales (médicaments à service médical rendu modéré) ;
- 15 % pour les médicaments à vignette orange (médicaments à service médical faible).

Les taux de remboursement s'appliquent soit sur la base du prix de vente (prix limite de vente fixé réglementairement), soit sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). Le prix limite de vente et le TFR figurent sur la vignette.

Le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)

Une base pour le remboursement de certains médicaments

Le TFR est un tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments. Il concerne aujourd'hui environ 2 600 spécialités (sur un peu plus de 14 000 spécialités remboursables). Il est destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des produits équivalents en termes d'efficacité (médicaments génériques et médicaments de marque).

Un mode de calcul simple

Le TFR est calculé à partir du prix des médicaments génériques les moins chers.

MÉDICAMENTS NON REMBOURSÉS

Les médicaments officinaux et les préparations magistrales, délivrés sur prescription médicale, ne sont pas remboursés par les organismes de Sécurité sociale lorsqu'ils appartiennent à l'une des catégories ci-après :

- médicaments officinaux et préparations magistrales contenant au moins une substance ou au moins une composition ne figurant pas sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale ;
- préparations magistrales présentées sous une autre forme pharmaceutique que celles énumérées par l'arrêté mentionné ci-dessus ;
- préparations magistrales mettant en œuvre des spécialités pharmaceutiques, à l'exception des préparations à visée dermatologique mettant en œuvre des spécialités remboursables destinées à être appliquées sur la peau ;
- médicaments officinaux et préparations magistrales susceptibles d'entraîner des hausses de consommation ou des dépenses injustifiées et dont la liste est fixée par un arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. De même, ne peuvent donner lieu à remboursement :
 - les produits d'hygiène corporelle ou alimentaire, les eaux minérales, les produits diététiques, les produits de confiserie médicamenteuse, les vins et élixirs,
 - les spécialités qui font l'objet d'une publicité auprès du public ou dont les éléments de conditionnement font mention d'une utilisation non thérapeutique,
 - les spécialités susceptibles d'entraîner des hausses de consommation ou des dépenses injustifiées, et notamment celles dont l'exploitation est grevée de charges exagérées et celles dont les formes, dosage ou présentation ne sont pas justifiés par les nécessités de l'application thérapeutique,
 - les spécialités dont le prix ne serait pas justifié eu égard notamment au marché actuel ou potentiel du produit, ou à l'effort du fabricant en matière de recherche.

APPLICATION DU TIERS PAYANT SUR LES MÉDICAMENTS

Pour bénéficier du tiers payant, à compter du 1^{er} janvier 2007, les pharmaciens devront vérifier lors de la facturation :

- la non-inscription de la carte vitale de l'assuré sur la liste d'opposition prévue à l'article L. 161-31 du Code de la Sécurité sociale ;
- le respect de l'ensemble des conditions auxquelles est soumise la prise en charge des prestations délivrées ;

Le pharmacien vérifie en temps réel lors de la délivrance des prestations.

Cette opération est possible dès 2006 grâce à un nouveau logiciel développé par le GIE Sesam Vitale qui permet de s'assurer que les informations contenues sur la carte vitale sont à jour et conformes aux droits ouverts à l'assuré par la CPAM.

Afin de favoriser l'utilisation des médicaments génériques, le bénéfice du tiers payant en pharmacie est réservé aux assurés et aux bénéficiaires de la CMU qui acceptent la délivrance d'un médicament générique sauf si la substitution pose des problèmes de santé particuliers. En outre, ne sont pas visés par cette mesure les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité et les groupes pour lesquels le médicament princeps a aligné son prix sur celui du générique.

Article L. 162-16-7 du Code de la Sécurité sociale

Autorisation exceptionnelle de délivrance de médicaments

Dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel et sous réserve d'informer le médecin prescripteur, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, le pharmacien peut dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue et dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement.

Conditions d'application

Cette délivrance s'applique dans un cadre très précis puisqu'elle ne concerne que les médicaments prescrits pour moins de 3 mois, la même ordonnance ne pouvant donner droit qu'à une seule dispensation supplémentaire.

Modalités

Le pharmacien délivre la plus petite boîte disponible du médicament. Il porte la mention « délivrance exceptionnelle d'une boîte supplémentaire » en indiquant la ou les spécialités concernées. Il appose sur l'ordonnance le timbre de l'officine et la date de délivrance. Il doit informer de la dispensation le médecin prescripteur dès que possible et par tous moyens.

Exceptions

Certains médicaments comme les stupéfiants, les anxiolytiques et les hypnotiques ne peuvent pas être délivrés si l'ordonnance est expirée.

Décret n° 2008-108 du 5 février 2008

Arrêté du 5 février 2008

FRAIS DE TRANSPORT

LES DIFFÉRENTES SITUATIONS DE PRISE EN CHARGE

Les frais de transport sont remboursés par l'Assurance Maladie, sur prescription médicale, pour des soins ou examens appropriés à votre état de santé dans les cas suivants :

- transports liés à une hospitalisation (entrée et/ou sortie de l'hôpital), quelle que soit la durée de l'hospitalisation (complète, partielle, ou ambulatoire) ;
- transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée et présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports ⁽¹⁾ ;
- transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- transports en ambulance, lorsque l'état du patient nécessite d'être allongé ou sous surveillance ;
- transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;
- transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement).

☞ *La prise en charge de certains transports, même prescrits par un médecin, nécessite l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie : c'est le cas des transports de longue distance, des transports en série et des transports en avion ou bateau de ligne.*

Les frais de transport peuvent également être pris en charge :

- pour se rendre à une convocation du service médical de l'Assurance Maladie, de la commission régionale d'invalidité, d'un médecin expert (pour une expertise médicale de la sécurité sociale) ou pour un rendez-vous chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils (prothèses oculaires et faciales, podorthèses, orthoprothèses). Dans ces situations, la convocation tient lieu de prescription médicale et le mode de transport y est indiqué ;
- pour accompagner un enfant de moins de 16 ans ou une personne dont l'état nécessite l'assistance d'un tiers. Dans cette situation, le médecin doit préciser la nécessité d'une personne accompagnante sur la prescription médicale.

En dehors de ces situations, les transports ne sont pas du tout pris en charge par l'Assurance Maladie, même s'ils sont prescrits par un médecin.

☞ *Cette disposition, fixée par le décret du 10 mars 2011 modifie les conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée. Elle s'applique à compter du 1^{er} juin 2011. Elle prévoit que la prescription médicale d'un transport au titre d'une affection de longue durée (ALD), et donc en dehors des autres situations pouvant ouvrir droit à la prise en charge du transport (hospitalisation, transport en série, convocation médicale...), réponde à des conditions de prise en charge spécifiques, le patient atteint d'une ALD devant remplir les trois conditions cumulatives suivantes :*

- *il doit être reconnu atteint d'une ALD ;*
- *le transport réalisé doit être en lien avec l'ALD ;*
- *il doit présenter une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006 ;*
- *lorsque le patient répond à ces conditions mais utilise un mode de transport moins onéreux (transport en véhicule personnel, transport en commun), ses frais de transport peuvent être pris en charge.*

La participation de l'assuré aux frais de transport est de 35 %.

Les frais de transport sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie dans les cas suivants :

- les transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée exonérante et présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports ⁽¹⁾.

Référentiel de prescription des transports fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006

- les transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- les transports liés aux investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et son traitement ;
- les transports des femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après la date d'accouchement ;
- les transports liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours ;
- les transports d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux ;
- les transports entre 2 établissements, ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile, lorsqu'intervient une seconde hospitalisation consécutive et en lien direct avec une première hospitalisation au cours de laquelle a été effectué un acte coûteux ;
- les transports lorsque l'état du patient hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement en vue d'un traitement mieux adapté à son état ;
- les transports des personnes relevant du régime d'Alsace-Moselle ;
- les transports des personnes titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension militaire, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve invalide, d'une rente pour un accident du travail ou une maladie professionnelle avec un taux d'incapacité supérieur à 66,66 % ;
- les transports des personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'État et des soins urgents ;
- les transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

⁽¹⁾ *Référentiel de prescription des transports fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006*

LA FRANCHISE MÉDICALE SUR LES TRANSPORTS

Une franchise médicale s'applique aux transports en taxi conventionné, en véhicule sanitaire léger (VSL), en ambulance.

Son montant est de 2 euros par trajet (1 aller/retour = 2 franchises = 4 euros), avec un plafond journalier fixé à 4 euros par jour et par transporteur pour un même patient, et un plafond annuel fixé à 50 euros (toutes franchises médicales confondues).

☞ *À noter : la franchise médicale ne s'applique ni aux transports en véhicule personnel, ni aux transports en commun, ni aux transports d'urgence (appel du SAMU centre 15).*

Toutes les personnes sont concernées par la franchise médicale, sauf :

- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- les femmes prises en charge dans le cadre de l'assurance maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement) ;
- les personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'État et des soins urgents.

FRAIS D'APPAREILLAGE

La participation de l'assuré est égale à 35 % du tarif de convention.

PETITS ET GRANDS APPAREILLAGES

Les appareils pris en charge sont définis en 2 catégories :

Petit appareillage

- l'optique ;
- l'acoustique ;
- les semelles orthopédiques et chaussures thérapeutiques ;
- les bas à varices ;
- les genouillères ;
- les ceintures médico-chirurgicales, corsets et bandages herniaires ;
- les coussins d'abduction.

Le petit appareillage est remboursé à l'assuré sur présentation de la facture établie par le fournisseur.

Grand appareillage

- les prothèses oculaires et faciales ;
- les chaussures orthopédiques ;
- tout appareil de prothèse ou d'orthopédie et ses accessoires ;
- les moulages sur nature ;
- les véhicules pour handicapés physiques.

LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS

Des arrêtés interministériels pris après avis de la commission consultative des prestations sanitaires fixent :

- la liste ou nomenclature des fournitures et appareils qui peuvent être pris en charge au titre des prestations sanitaires ;
- leurs spécifications et, éventuellement, leur délai normal d'utilisation, le délai pendant lequel ils doivent être garantis, totalement ou partiellement, ainsi que les indications médicales auxquelles peut être subordonnée leur prise en charge ;
- les tarifs de responsabilité, applicables à ces fournitures et appareils, ainsi qu'à leur renouvellement, leur réparation et leur adaptation éventuelle.

L'ensemble de ces arrêtés constitue la liste des produits et prestations.

Article R. 165-1 du Code de la Sécurité sociale

PRESTATIONS SANITAIRES EXCLUES

Certaines fournitures ou appareils ne peuvent être pris en charge par les organismes d'assurance maladie.

Ce sont celles qui :

- font l'objet, auprès du public, d'une publicité non autorisée par le ministre chargé de la santé ou pour lesquels il est fait mention d'une utilisation autre que thérapeutique ou diagnostique ;
- où font l'objet, auprès du corps médical, d'informations ne mentionnant pas le prix et le tarif de responsabilité ;
- et sont susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées par rapport au service médical rendu.

Il en est de même si elles ne satisfont pas à la réglementation en vigueur ou aux conditions posées pour l'inscription sur la liste des fournitures.

PRISE EN CHARGE

La prise en charge des frais relatifs aux fournitures et appareils est subordonnée à une prescription médicale.

L'entente préalable de l'organisme d'assurance maladie n'est nécessaire que si elle a été prévue par les arrêtés établissant la liste des fournitures et appareils qui peuvent être pris en charge au titre des prestations sanitaires.

La prise en charge est effectuée sans qu'il soit tenu compte de la date d'origine de l'affection ou du handicap, ou du fait que la fourniture ou l'appareil dont la réparation ou le renouvellement est demandé, a été délivré avant l'affiliation de l'assuré à un régime d'assurance maladie.

Le renouvellement des fournitures et appareils est pris en charge si l'article ou l'appareil est hors d'usage et reconnu irréparable et si la durée normale d'utilisation éventuellement fixée est écoulée. Toutefois, l'organisme de prise en charge peut déroger à cette dernière condition.

Lorsqu'un délai de garantie a été fixé, les frais de renouvellement ou de réparation des fournitures ou appareils ne peuvent être pris en charge que si ce délai est écoulé.

Entente préalable supprimée

L'entente préalable est supprimée pour :

- les lunettes pour enfants et adolescents avant leur dix-huitième anniversaire, avec un tarif de remboursement plus élevé que pour les adultes ;
- pour les verres teintés ;
- pour les lentilles de contact ;
- pour les aides visuelles pour enfants et adolescents amblyopes avant leur vingtième anniversaire.

Consultation médicale d'appareillage

Lorsque la prescription n'émane pas d'un médecin chef d'un centre ou d'un service de réadaptation fonctionnelle ou d'un médecin spécialiste ou compétent dans les disciplines déterminées par arrêté du ministre chargé de la Santé, l'intéressé est invité par le centre, dans les 21 jours qui suivent la réception de la prescription, à se présenter à une consultation médicale d'appareillage. L'intéressé peut également demander à se rendre à cette consultation.

L'examen porte sur les besoins de l'intéressé, qui est conseillé dans le choix de l'appareil, et il aboutit à l'établissement du bon de commande. Celui-ci vaut acceptation de la demande lorsque l'entente préalable est nécessaire.

Le renouvellement d'un appareil est pris en charge sur prescription médicale. Toutefois, le renouvellement des appareils destinés aux enfants de moins de 18 ans qui n'a pas été prescrit par l'un des médecins mentionnés ci-dessus ainsi que le renouvellement des appareils, demandé avant l'expiration de leur durée normale d'usage lorsqu'elle a été fixée par l'un des arrêtés interministériels, sont soumis à la consultation médicale d'appareillage.

APPAREILS NON INSCRITS À LA LISTE

Lorsqu'aucune fourniture ou appareil adapté à l'état du malade ou du handicapé ne figure sur la liste, les organismes d'assurance maladie peuvent, sur avis du médecin conseil, décider de prendre en charge une prestation sur présentation d'un devis.

PROTHÈSES OCULAIRES, CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES, FOURNITURES DE GROS APPAREILLAGE DE PROTHÈSE ET D'ORTHÈSE

La prise en charge de ces frais comprend :

- le prix d'acquisition, de réparation, de renouvellement et éventuellement d'adaptation des appareils convenant le mieux au handicap et aux nécessités de la réinsertion sociale et professionnelle de la personne handicapée ;
- les frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fourniture, de réparation ou de renouvellement ;
- les frais de déplacement exposés par l'intéressé pour se rendre à la consultation médicale d'appareillage ou chez le fournisseur.

PROTHÈSES AUDITIVES

Pour donner lieu à un remboursement par la Sécurité sociale, les appareils correcteurs de surdité doivent être inscrits et homologués à la liste des produits et prestations. Par ailleurs, ils doivent être prescrits par un médecin.

Condition de prise en charge des appareils auditifs

Le remboursement varie en fonction de l'âge. Il s'effectue de deux manières distinctes :

Les "enfants" de moins de 20 ans ou les personnes de 20 ans et plus atteintes de cécité bénéficient d'un remboursement pour chaque oreille appareillée (Mono ou Stéréo) selon la LPP (Liste des Produits et Prestations) accordé à l'appareil lors de son homologation par les ministères. La prise en charge d'un appareillage stéréophonique (équipement des deux oreilles) est donc accordée pour les "enfants".

Pour les personnes âgées de 20 ans et plus non atteintes de cécité, la prise en charge de l'appareillage simultané des deux oreilles peut être assurée pour les patients dont le déficit auditif le nécessite, quel que soit leur âge. Le remboursement s'effectue sur la base de 65 % d'une somme forfaitaire fixée par arrêté, par appareil. Quel que soit le prix de l'appareil, cette somme est la même pour tout appareil homologué. Ce remboursement prend en charge les deux appareils.

FRAIS D'OPTIQUE ET FRAIS DENTAIRE

FRAIS D'OPTIQUE

Le remboursement des lunettes

Les lunettes de vue (monture et verres) sont prises en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale. Elles sont remboursées à 60 % ^(*) sur la base de tarifs officiels, fixés par la LPP ^(**), variables selon l'âge du patient : moins de 18 ans ou plus de 18 ans.

() Le taux de remboursement des lunettes de vue et des lentilles de contact passe à 60 % (au lieu de 65 %) à compter du 2 mai 2011.*

*(**) La liste des produits et prestations (LPP) établit la liste des dispositifs médicaux, dont les lunettes de vue et les lentilles de contact, remboursables par l'Assurance Maladie, les modalités de leur prise en charge et les tarifs servant de base au remboursement.*

Le remboursement des lunettes pour les moins de 18 ans

La monture de lunettes est remboursée à 60 % sur la base d'un tarif fixé à 30,49 euros. Les verres de lunettes sont remboursés à 60 % sur la base de tarifs variables selon le degré de correction.

Le remboursement des lentilles

L'Assurance Maladie prend en charge les lentilles de contact, sur prescription médicale, pour les indications suivantes :

- astigmatisme irrégulier ;
- myopie égale ou supérieure à 8 dioptries ;
- strabisme accommodatif ;
- aphakie ;
- anisométrie à 3 dioptries ;
- kératocône.

Les lentilles de contact sont remboursées à 60 % sur la base d'un forfait annuel, de date à date, par œil appareillé, fixé à 39,48 euros, quel que soit le type de lentilles (réutilisables ou non, journalières ou hebdomadaires, etc.).

Prise en charge des lunettes pour enfant

Pour les enfants et adolescents avant leur 18^e anniversaire, la Sécurité sociale rembourse les verres et montures sur la base d'un forfait plus élevé que les adultes. Avant le 6^e anniversaire de l'enfant, il n'existe pas de limitation annuelle d'attribution ; au-delà, une seule paire de lunettes par an est prise en charge.

Arrêté ministériel du 10 novembre 2000 - JO du 14 novembre

À partir de 18 ans, la prise en charge s'effectue selon la nomenclature.

Arrêté du 10 novembre 2000 - JO du 14 novembre

Optique médicale : renouvellement

Les opticiens lunetiers peuvent dans le cadre d'un renouvellement adapter les prescriptions médicales de verres correcteurs datant de moins de 3 ans.

L'article 54 § II de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 instaure la possibilité pour les opticiens lunetiers d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de 3 ans, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de 16 ans et sauf opposition du médecin.

Note d'information RSI 2007/001 du 15 janvier 2007 - article 54 en annexe 1

Les dispositions d'application ont été précisées par deux décrets parus au journal officiel le 14 avril 2007 :

Dispositions relatives à l'exercice de la profession d'opticien lunetier : décret n° 2007-553 du 13 avril 2007 relatif aux conditions d'adaptation de la prescription médicale initiale de verres correcteurs dans le cadre d'un renouvellement et aux règles d'exercice de la profession d'opticien lunetier (annexe 2).

Dispositions relatives aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie : décret n° 2007-551 du 13 avril 2007 relatif à la prise en charge des dispositifs médicaux prescrits par les infirmiers ou adaptés par les opticiens lunetiers et modifiant l'article R. 165-1 du Code de la Sécurité sociale (annexe 3).

Après présentation du droit d'adaptation reconnu aux opticiens, la présente circulaire précise les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des renouvellements d'optique.

Modalités d'adaptation des prescriptions médicales par les opticiens lunetiers

Examen de la réfraction visuelle

Principe :

A l'occasion d'une demande de renouvellement de verres correcteurs, l'opticien lunetier procède à un examen de la réfraction visuelle.

Cet examen lui permet d'identifier si la correction prescrite initialement est toujours adéquate. Le cas échéant, l'opticien adapte la prescription médicale et délivre l'équipement optique correspondant.

Conditions de réalisation de l'examen de la réfraction

L'examen de la réfraction doit avoir lieu dans de bonnes conditions d'isolement phonique et visuel. L'opticien lunetier est identifié par le port d'un badge signalant son titre professionnel. L'opticien lunetier ne doit procéder à aucune publicité ou communication sur sa capacité à déterminer la réfraction.

Obligation d'information

Information du client

Information du médecin prescripteur :

L'opticien doit informer son client que l'examen de la réfraction n'est pas un examen médical. Lorsque la correction est différente de celle inscrite sur l'ordonnance initiale, l'opticien lunetier doit informer le médecin prescripteur.

Conditions d'adaptation de la prescription médicale

Les opticiens lunetiers sont autorisés à adapter les prescriptions médicales de verres correcteurs dans le cadre d'un renouvellement dans les conditions suivantes :

Prescription médicale initiale datant de moins de 3 ans :

- personne âgée de plus de 16 ans ;
- l'âge s'apprécie à la date de la prescription médicale ;
- absence d'opposition mentionnée sur l'ordonnance par le médecin. Le médecin peut porter sur la prescription médicale une mention expresse visant à interdire l'adaptation de sa prescription par un opticien lunetier.

Cas particulier : la presbytie.

L'adaptation de la prescription médicale est possible à la condition que la correction de la presbytie figure sur la prescription médicale initiale. L'opticien lunetier ne peut délivrer en première intention un équipement corrigeant ce trouble de la vision si la prescription médicale ne le mentionne pas.

Conditions de prise en charge par l'assurance maladie des renouvellements d'optique

Renouvellement avec adaptation de la prescription médicale initiale

Fondement réglementaire de la prise en charge par l'assurance maladie :

- l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale précise les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des éléments figurant sur la liste des produits et prestations de l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale (LPP ex TIPS) ;
- le nouvel alinéa 2, introduit par le décret n° 2007-551 du 13 avril 2007 prévoit la prise en charge des verres correcteurs et montures renouvelés par un opticien lunetier ayant procédé à l'adaptation de la prescription médicale dès lors qu'ils sont inscrits à la liste des produits et des prestations.

Les conditions d'adaptation précisées au paragraphe 1.2 doivent être remplies pour que l'équipement soit remboursable par l'assurance maladie.

Date de la prescription médicale

Dans la mesure où le médecin a la possibilité de s'opposer à l'adaptation de sa prescription par un opticien lunetier, le renouvellement des équipements d'optique dans ce cadre ne pourra intervenir que sur la base de prescriptions médicales établies à compter du 15 avril 2007, date d'entrée en vigueur des décrets.

Mentions obligatoires

L'opticien lunetier doit porter sur la prescription médicale qu'il a adaptée, les mentions suivantes :

- la nature des produits délivrés : type de verres, niveau de correction ;
- la date de la délivrance.

Renouvellement sans adaptation de la prescription médicale

Les nouvelles dispositions permettent la prise en charge d'un renouvellement d'optique sur la base d'une prescription médicale adaptée par un opticien lunetier. A fortiori, le renouvellement à l'identique sur la base d'une prescription médicale doit donner lieu à prise en charge par l'assurance maladie. En d'autres termes, le renouvellement conforme à la prescription médicale (sans adaptation) donne également lieu à prise en charge par l'assurance maladie.

Les renouvellements sur cette base pourront intervenir dès lors que la prescription médicale initiale date de moins de 3 ans, pour les personnes âgées d'au moins 16 ans.

Cas particulier : perte ou bris

En cas de perte ou de bris, le remboursement d'articles en tous points semblables à ceux précédemment prescrits pourra être effectué sur présentation d'une facture.

Respect des conditions de prise en charge figurant : la LPP

Par ailleurs, les organismes d'assurance maladie doivent veiller au respect des conditions de prise en charge prévues à la liste des produits et des prestations en matière d'optique médicale. Celles-ci s'appliquent aux produits délivrés dans le cadre d'un renouvellement.

Ainsi, le renouvellement de l'équipement, avec ou sans adaptation ne pourra donner lieu à prise en charge par l'assurance maladie pour les enfants de 16 (seize) à 18 ans que dans la limite d'une attribution par an prévue par la LPP.

Les enfants de 6 à 15 ans ne peuvent se faire délivrer qu'un équipement par an sur prescription médicale. L'opticien lunetier ne peut procéder au renouvellement de l'équipement sur la base d'une ancienne prescription médicale (hors cas de perte ou bris visé au point 2.2).

Circulaire N° 2007-139 du 22 novembre 2007

PROTHÈSE ET SOINS DENTAIRES - ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Prothèse dentaire

Les prothèses dentaires sont prises en charge par l'Assurance Maladie si elles figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, et sont remboursées à 70 % sur la base de tarifs dits de responsabilité, très souvent inférieurs à leur coût réel.

En effet, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des prothèses dentaires est libre. À noter cependant que le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et de vous en informer préalablement au moyen d'un devis écrit.

Soins dentaires

Les soins dentaires comprennent les soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et les soins chirurgicaux (extraction, etc.). Ils sont pris en charge par l'Assurance Maladie s'ils figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, et sont remboursés à 70 % sur la base de tarifs conventionnels les tarifs des soins dentaires les plus courants. Des dépassements d'honoraires sont possibles dans certains cas.

Adolescent atteignant l'âge de 13 ans

Tout adolescent qui atteint l'âge de 13 ans à compter du 1^{er} janvier 1998 inclus peut bénéficier de cette action de prévention dès lors que les droits de l'assuré social dont il est ayant droit sont ouverts à la date anniversaire de ses 13 ans et à défaut dans les 12 mois qui suivent son anniversaire dès lors que l'assuré social s'ouvre de nouveaux droits.

Tous les ans, à partir de 1999 jusqu'au 2 juin 2002, date limite de validité de la convention, les adolescents peuvent bénéficier de cette action de prévention.

Examen de prévention

L'examen bucco-dentaire doit être réalisé dans les 3 mois suivant la date anniversaire du bénéficiaire.

Aucun soin ne peut être dispensé au cours de cet examen sauf cas d'urgence ou en raison d'un motif particulier.

Soins consécutifs à l'examen

Les soins liés à l'examen de prévention doivent s'achever dans les 6 mois suivant la date de l'examen de prévention.

Les soins sont pris en charge à 100 % par sa caisse d'affiliation et les bénéficiaires sont dispensés de l'avance des frais.

Article L. 162-12 du Code de la Sécurité sociale.

Les soins non exécutés dans les 6 mois sont pris en charge dans les conditions habituelles.

Aucun nouvel examen de prévention ne peut être pris en charge s'il est réalisé avant la date anniversaire du premier examen pratiqué.

Circulaire CNAMTS n° 53-98 du 22 mai 1998

TRAITEMENTS D'ORTHODONTIE

Le traitement d'orthodontie est soumis à la procédure d'entente préalable

Les traitements d'orthodontie ou traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont pris en charge par l'Assurance Maladie sous réserve d'obtenir l'accord préalable de votre caisse d'Assurance Maladie et s'ils sont commencés avant le 16^e anniversaire. À titre exceptionnel, les enfants de plus de 16 ans peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance Maladie pour un semestre de traitement, préalablement à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires. Ce semestre n'est pas renouvelable.

TAUX DE REMBOURSEMENT DES ACTES ET DES SOINS MÉDICAUX PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE EN FRANCE AU 2 MAI 2011

	Cas général	Régime d'Alsace-Moselle ⁽¹⁾	Bénéficiaires du FSV ou de l'ASPA ⁽²⁾
Honoraires			
Honoraires des praticiens : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ⁽³⁾	70 %	90 %	80 %
Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues ⁽³⁾	60 %	90 %	80 %
Analyses et examens de laboratoire			
Actes en B (actes de biologie)	60 %	90 %	80 %
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	70 %	90 %	80 %
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70 %	90 %	80 %
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	60 %	90 %	80 %
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	100 %	100 %	100 %
Médicaments			
Médicaments à vignette blanche	65 %	90 %	65 %
Médicaments à vignette bleue	30 %	80 %	30 %
Médicaments à vignette orange	15 %	15 %	15 %
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	100 %	100 %	100 %
Préparations magistrales (PMR)	65 %	90 %	65 %
Préparations magistrales à base de spécialités déconditionnées ayant un taux de prise en charge à 30 % (PM4)	30 %	80 %	30 %
Médicaments homéopathiques et préparations magistrales homéopathiques (PMH)	30 %	80 %	30 %
Autres frais médicaux			
Optique	60 %	90 %	80 %
Prothèses auditives	60 %	90 %	80 %
Pansements, accessoires, petit appareillage	60 %	90 %	80 %
Orthopédie	60 %	90 %	80 %
Grand appareillage (orthèse, prothèse, véhicule pour handicapé physique)	100 %	100 %	100 %
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100 %	100 %	100 %
Frais de transport	65 %	100 %	100 %
Cure thermale libre			
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires)	70 %	90 %	80 %
Frais d'hydrothérapie	65 %	90 %	80 %
Frais d'hébergement, frais de transport	65 %	65 %	80 %
Cure thermale avec hospitalisation	80 %	100 %	100 %
Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)			
Frais d'hospitalisation ⁽⁴⁾	80 %	100 %	80 %
Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	100 %	100 %	100 %

⁽¹⁾ Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui sont affiliées au régime local d'Alsace-Moselle.

⁽²⁾ Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui bénéficient de l'allocation supplémentaire du Fonds spécial vieillesse (FSV) ou de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA).

⁽³⁾ Ces taux de remboursement sont applicables aux soins dispensés :

- au cabinet du praticien ou de l'auxiliaire médical ;

- au domicile du malade ;

- dans un dispensaire, un centre de soins ou en consultation externe à l'hôpital.

⁽⁴⁾ Les frais d'hospitalisation comprennent les frais de séjour, les frais de salle d'opération, les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'exams de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier.

CAS D'EXONÉRATION OU DE LIMITATION DU TICKET MODÉRATEUR

HOSPITALISATION

Le ticket modérateur est supprimé pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du 31^e jour consécutif.

Décret n° 2003-1207 du 18 décembre 2003

Établissements concernés

- les hôpitaux publics et privés, y compris les services de long séjour et de moyen séjour ;
- les maisons de santé chirurgicales et obstétrico-chirurgicales ;
- les maisons de santé médicales ;
- les maisons de rééducation motrice ;
- les hôpitaux psychiatriques publics et privés ;
- les centres anticancéreux ;
- les maisons de repos et maisons de convalescence et de régime autres que ci-dessus, ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire non spécialisées, lorsque l'entrée du malade dans l'établissement a été immédiatement précédée d'un séjour dans un des établissements visés ci-dessus ;
- les établissements de lutte antituberculeuse publics et privés ;
- les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisées ;
- les pouponnières pour enfants débiles ;
- les maisons de repos et maisons de convalescence, recevant ensemble la mère et l'enfant.

L'exonération n'est cependant prévue que si l'hospitalisation a duré plus de 30 jours consécutifs. Dans le cas où le malade a regagné son domicile avant le 31^e jour et qu'il est à nouveau hospitalisé, la première période d'hospitalisation ne peut être prise en considération pour le calcul des 30 jours.

L'exonération s'applique à toutes les prestations en nature quelle que soit l'affection.

EXONÉRATION LIÉE À LA NATURE DES ACTES

- état du bénéficiaire justifiant la fourniture de certains appareillages : l'assuré est exonéré des frais d'acquisition ;
- certains médicaments reconnus irremplaçables et particulièrement coûteux ;
- les frais d'analyses ou d'examens de laboratoires relatifs au dépistage ;
- sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (SIDA) ;
- du virus de l'hépatite C ;
- les frais consécutifs aux sévices sexuels subis par des mineurs ;

Décret n° 2001-833 du 13 septembre 2001

- les frais d'acquisition des prothèses oculaires et faciales des ortho prothèses et des véhicules pour les handicapés physiques figurant sur une liste spéciale ;
- les frais de fourniture de sang humain, du plasma ou de leurs dérivés et de fourniture de lait humain.

Décret n° 2003-1207 du 18 décembre 2003

- les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle (après avis du contrôle médical) ;
- les frais d'examens de dépistage effectués dans le cadre des programmes de lutte contre les maladies aux conséquences mortelles évitables.

Article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale fixée par décret

- Les frais liés à une interruption volontaire de grossesse ;
- Les frais d'acquisition de certains contraceptifs pour les assurés mineurs d'au moins 15 ans ;
- Les frais liés à une interruption volontaire de grossesse.

Article L 322-3 du code de la sécurité sociale

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

Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013

Les examens de prévention bucco –dentaire pour les femmes enceintes

Arrêté ministériel du 26 novembre 2013

EXONÉRATION LIÉE À L'AFFECTION

- bénéficiaire reconnu atteint d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Il s'agit d'une personne atteinte d'une maladie inscrite sur la liste des 30 maladies. La liste comporte en annexe des critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Article L. 322.3 du Code de la Sécurité sociale

- l'existence d'une affection donnant droit à la suppression de la participation de l'assuré est reconnue lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement réunies :
 - le malade est atteint soit d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, ne figurant pas sur la liste des 30 maladies, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant,
 - cette ou ces affections nécessitent un traitement d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements.

Article R. 322-6 du Code de la Sécurité sociale modifié par décret n° 2008-1440 du 22 décembre 2008

- la participation de l'assuré est supprimée pour les frais d'analyses ou d'examens de laboratoires relatifs au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

Article D. 615-1 du Code de la Sécurité sociale

Procédure d'accès au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur

Pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD), le médecin traitant et le médecin-conseil établissent conjointement un protocole de diagnostic et de soins.

Ce protocole définit les actes et les prestations nécessités par l'affection pour lesquels le patient bénéficie d'une prise en charge à 100 % du tarif de convention ou d'une limitation du ticket modérateur.

Article L. 324.1 du Code de la Sécurité sociale

Dispositif d'exonération des actes médicaux et examens de biologie nécessaires au suivi de l'assuré après sa sortie du régime des affections de longue durée (ALD)

Sont concernées les maladies chroniques présentant une phase active potentiellement suivie de rémission nécessitant un suivi, parmi lesquelles figurent au premier chef certains cancers et hépatites. L'entrée dans le dispositif sera accordée sur demande du médecin traitant par ordonnance adressée à l'organisme local d'assurance maladie.

La participation de l'assuré est supprimée, lorsque ce dernier, ayant été atteint d'une affection figurant sur la liste, se trouve dans un état de santé qui, au regard des recommandations de la Haute Autorité de santé, ne requiert plus aucun traitement, mais un suivi clinique et paraclinique régulier.

Article R. 322-7-1 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque l'assuré se trouve dans la situation ci dessus, sa participation est supprimée pour le suivi de l'affection au titre de laquelle il s'était vu reconnaître le bénéfice du 3° de l'article L. 322-3, sur la demande de son médecin traitant. Cette demande est établie sur l'ordonnance mentionnée à l'article R. 161-45 et adressée au service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie. La demande précise l'affection au titre de laquelle l'assuré bénéficiait de l'exonération prévue au 3° de l'article L. 322-3. « *Le service médical informe le directeur de l'organisme local d'assurance maladie qui notifie à l'assuré la décision de suppression de sa participation. En cas de refus, la notification a lieu par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.* »

Article R. 322-7-2 du Code de la Sécurité sociale

Le bénéfice de l'exonération est accordé pour une durée qui ne peut dépasser 5 ans et qui est renouvelable. Les actes médicaux et les examens de biologie donnant droit à l'exonération seront précisés, sur la base des référentiels de la Haute Autorité de santé et de l'Institut national pour le cancer (INCa), par le médecin directement sur la feuille de soins et prescrits sur simple ordonnance.

Article D. 322-1-1.-I du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 2011-74 et 75 du 19 janvier 2011 relatif à la suppression de la participation de l'assuré pour les actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection au titre de laquelle l'assuré s'était vu reconnaître le bénéfice des dispositions du 3° de l'article L. 322-3 du Code de la Sécurité sociale

Sont distingués :

- les actes et autres soins non directement liés à l'affection principale et sur lesquels s'applique le ticket modérateur de droit commun.

Lors de la prescription médicale, pour différencier les soins et traitements médicaux en rapport avec l'affection longue durée exonérante de ceux qui ne le sont pas, le médecin utilise une ordonnance bi zone. L'état de santé des assurés en rémission d'une affection de longue durée qui leur impose un suivi médical soutenu est pris en charge à 100 % du tarif de convention dans des conditions et pour une durée fixée par décret.

Article L. 322-3 nouveau du Code de la Sécurité sociale

EXONÉRATION LIÉE À LA SITUATION DE L'ASSURÉ

- assuré titulaire de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité au titre d'un avantage vieillesse : il bénéficie d'un ticket modérateur réduit. Sa participation est limitée à 20 % sauf en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques. En matière de transport, l'assuré est exonéré de toute participation ;
- enfant ou un adolescent handicapé : l'exonération s'applique à la couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit, se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins ou subir les examens appropriés à leurs états, ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport ;
- lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour ;
- lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile ;

- lorsqu'une femme est en état de grossesse, pendant une période qui débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine à la date où l'accouchement a lieu (sauf pour les vignettes bleues - ticket modérateur de 65 %) ;
- pour les soins dispensés aux nouveau-nés dans des établissements de santé pendant les 30 premiers jours suivant leur naissance.

Articles L. 322-3 et R. 322-9 du Code de la Sécurité sociale

- les pensionnés d'invalidité : personnes titulaires d'une pension d'invalidité ou pensionnés de guerre, sauf médicaments destinés au traitement des affections sans caractère de gravité ;
- les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité et leurs ayants droit ;
- les titulaires d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle, avec un taux supérieur à 2/3, et leurs ayants droit ;
- les titulaires d'une pension de réversion qui se trouvent atteints entre 55 et 60 ans, d'une invalidité permanente satisfaisant aux conditions exigées pour ouvrir droit à une pension d'invalidité : ils sont également exonérés de toute participation, en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes. La décision statuant sur la suppression ou la limitation de la participation de l'assuré est notifiée à ce dernier ;
- la notification a lieu par lettre recommandée avec avis de réception toutes les fois qu'il s'agit d'une décision de refus. Dans le cas où le bénéfice de la suppression ou de la limitation est demandé par l'assuré, la caisse est tenue de répondre dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande. Le défaut de réponse dans ce délai vaut décision de rejet et ouvre droit au recours de l'assuré. Les contestations relatives à l'affection longue durée donnent lieu, lorsqu'elles portent sur l'appréciation faite par le médecin-conseil de l'état du malade, à expertise médicale ;
- les frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits.

Article L. 322-3 du Code de la Sécurité sociale modifié par la loi de financement n° 2006-1640

ACTES OU TRAITEMENTS K > 50

L'exonération s'applique pour les actes dont le coefficient (K) est supérieur ou égal à 50. Les coefficients peuvent se cumuler s'ils sont réalisés au cours d'une même séance ou pour un même examen ou dans le cadre d'une même thérapeutique. Les coefficients de chacun des actes de radiodiagnostic ne peuvent être cumulés.

L'exonération s'applique aux actes dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins ainsi qu'à l'ensemble des frais intervenant dans les seules périodes d'hospitalisation au cours desquelles un acte thérapeutique ou diagnostique, dans les conditions prévues ci-dessus.

L'assuré est exonéré du ticket modérateur pour les frais de transport d'urgence entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé.

L'exonération s'applique également pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation dans les conditions prévues ci-dessus et en lien direct avec elle, ainsi que pour les frais de transport entre les deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile.

La participation de l'assuré est supprimée lorsque la dépense demeurant à sa charge dépasse un certain montant. Ainsi, sont exonérés de ticket modérateur les soins en rapport avec les actes affectés d'un coefficient supérieur à 50 et inscrit à la classification commune des actes médicaux (CCAM) et ceux affectés d'un tarif égal ou supérieur à 91 €.

Décret n° 2005-292 du 30 mars 2005

Les frais de prothèses dentaires, des analyses de biologie et des actes d'anatomo-cyto pathologie ne donnent pas lieu à exonération (sauf si ces actes sont effectués dans le cadre d'une hospitalisation, telle que visée ci-dessus).

DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

L'exonération du ticket modérateur s'applique pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de 70 ans.

Article L. 322-3 du Code de la Sécurité sociale

À l'issue d'une phase d'expérimentation, la consultation pour les personnes âgées de plus de 70 ans sera mise en place à partir du 1^{er} juillet 2007.

PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 18 € POUR LES ACTES MÉDICAUX LOURDS

Il est laissé à la charge de l'assuré une participation forfaitaire de **18 €**, pour les actes médicaux d'une valeur supérieure à **120 €** (ou dont le coefficient est supérieur à K60, selon l'ancienne nomenclature).

Article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale modifié par le décret n° 2011-201 du 21 février 2011

Ce montant sera revalorisé chaque année conformément à l'évolution du tarif moyen pondéré afférent aux actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) constaté à la fin de l'année précédente. Le forfait s'applique aux actes réalisés à compter du 21 juin 2006.

Article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale

Cas d'application

La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance-maladie est de **18 €** dans les cas suivants :

- pour les actes inscrits sur la liste des actes et prescriptions remboursés qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60, soit d'un tarif égal ou supérieur à **120 €**. La participation due est toutefois plafonnée à **18 €** lorsqu'au cours d'une même consultation, plusieurs actes lourds sont réalisés par un même praticien et pour un même patient ;
- pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation (inférieure à 31 jours) dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à **120 €** ;
- pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées au 2 et en lien direct avec elle.

Dans les 2 derniers cas, la participation de l'assuré est due au titre des frais d'hospitalisation.

Cumuls

Pour l'application de ces dispositions, les coefficients ou les tarifs des actes peuvent se cumuler lorsque ces actes sont réalisés dans le même temps, par le même praticien et pour le même patient. Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale. Lorsque le cumul concerne un acte affecté d'un coefficient et un acte affecté d'un tarif, la participation de l'assuré reste égale à 18 € lorsque le montant en euros résultant de ce cumul est égal ou supérieur à **120 €**.

Suppression de la participation de l'assuré selon la nature de l'acte

- pour les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positons mentionnés dans la liste des actes et prestations pris en charge ou admis au remboursement par l'assurance-maladie qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60, soit d'un tarif égal ou supérieur à **120 €** ; cette suppression ne dispense pas du versement du montant de la participation due par l'assuré au titre des autres actes pratiqués à l'occasion de la consultation ou des frais intervenus au cours de l'hospitalisation.

Les coefficients ou tarifs de chacun des actes mentionnés ne peuvent être cumulés.

- pour les frais de transport d'urgence entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé, en cas d'hospitalisation, et pour les frais de transport entre les deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile ;
- pour les frais de prothèses dentaires, d'analyses de biologie et d'actes d'anatomo-cyto-pathologie sauf si ces actes sont dispensés dans le cadre d'une hospitalisation ;
- pour les frais d'acquisition des prothèses oculaires et faciales, des ortho prothèses et des véhicules pour handicapés physiques figurant sur la liste ;
- pour les frais afférents à la fourniture du sang humain, du plasma ou de leurs dérivés et de la fourniture du lait humain ;
- pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du 31^e jour d'hospitalisation consécutif.

*Article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 2006-707 du 19 juin 2006*

Suppression de la participation selon la catégorie d'assuré

Ne sont pas redevables de la participation forfaitaire de 18 € :

En raison de la nature de l'assurance

- les femmes enceintes, à compter du 6^e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement ;
- les assurés relevant de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle dès lors que les actes dispensés sont en rapport avec l'accident ou la maladie professionnelle.

En raison de leur statut

- les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité ;
- les titulaires d'une pension de réversion, atteints d'une invalidité permanente entre 55 et 60 ans, remplissant les conditions d'ouverture du droit à l'assurance invalidité ;
- les titulaires d'une pension militaire ainsi que leurs ayants droit ;
- les titulaires d'une rente AT/MP pour une incapacité de travail au moins égale au 2/3 et leurs ayants droit.

En raison de la nature des soins pratiqués

- les assurés atteints d'une affection de longue durée (ALD) ;
- les assurés hébergés dans une unité ou un centre de long séjour ;
- les nouveau-nés hospitalisés dans les 30 premiers jours suivant la naissance ou ayant reçu des soins en établissement de santé au cours des 30 jours suivant la naissance ;
- les personnes prises en charge au titre du diagnostic de la stérilité et du traitement de celle-ci ;
- les enfants et adolescents victimes de sévices sexuels.

Nombre de participations à retenir

Le nombre de participations diffère selon qu'il s'agit d'une consultation en médecine de ville ou d'hospitalisation dans un établissement de santé public et privé.

Consultation en ville

La participation de **18 €** est appliquée en ville sur les factures d'honoraires une fois par séance de soins par un même praticien pour un même patient.

En cas de réalisation de plusieurs actes affectés d'un coefficient > à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à **120 €**, la participation de l'assuré reste limitée à **18 €**.

Les coefficients et les tarifs peuvent se cumuler lorsque ces actes sont réalisés dans le même temps, par le même praticien et pour le même patient.

Hospitalisation

Le décompte du nombre de participations à retenir se fait en fonction du nombre de séjours hospitaliers : une seule participation de **18 €** par séjour en médecine, chirurgie, obstétrique.

Recouvrement de la participation forfaitaire

L'assuré règle directement la participation forfaitaire de **18 €** au professionnel de santé ou à l'établissement de santé. Une prise en charge éventuelle de ce forfait peut être faite par l'assurance complémentaire santé dont bénéficie l'assuré.

*Circulaire CNAMTS n° CIR- 41/2006 du 7 août 2006
Décret n° 2011-201 du 21 février 2011*

LISTE DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

- Accident vasculaire cérébral invalidant ;
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- Bilharziose compliquée ;
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- Maladie coronaire ;
- Insuffisance respiratoire chronique grave ;
- Maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- Maladie de Parkinson ;
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- Mucoviscidose ;
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- Paraplégie ;
- Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- Affections psychiatriques de longue durée ;
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- Sclérose en plaques ;
- Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- Spondylarthrite grave ;
- Suites de transplantation d'organe ;
- Tuberculose active, lèpre ;
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique ;

Article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, modifié par les décrets n° 2004-1049 du 4 octobre 2004 publié au JO du 5 octobre 2004 et n° 2011-77 du 19 janvier 2011

CAS D'EXONÉRATION DU TICKET MODÉRATEUR - TABLEAU RÉCAPITULATIF

SITUATION D'EXONÉRATION DU TICKET MODÉRATEUR	JUSTIFICATIFS A DEMANDER SI L'INFORMATION N'EST PAS SUR LA CARTE VITALE	SÉLECTIONNER LE RISQUE	SUR FEUILLE DE SOINS PAPIER COCHER LA CASE	SUR LES FEUILLES DE SOINS ÉLECTRONIQUES (FSE)		
				SÉLECTIONNER L'EXONÉRATION *	CODE EXO. *	CODE RISQUE
Soins conformes au protocole ALD (ref. S 3501)	Notification caisse avec 100% ALD liste du... au... ou Attestation de droit avec 100% liste du ... au	Maladie	"Oui" à la rubrique acte conforme au protocole ALD	En mode sécurisé lecture carte Vitale demande automatiquement : "Acte conforme au protocole ALD ? ou Soins en rapport avec ALD ? Répondre : "Oui"	4	10
Soins conformes au protocole ALD hors liste (réf. S 3501)	Notification caisse avec 100% ALD hors liste du... au... ou Attestation de droit avec 100% hors liste du ... au....					
Soins conformes au protocole polyopathie invalidante (réf S 3501)	Notification caisse avec 100% polyopathie ou Attestation de droit avec 100% (multiple)					
Campagne nationale de prévention	Notification prise en charge de l'acte de prévention	Maladie	Action de prévention	Prévention	7	10
Diagnostic ou traitement de la stérilité	Notification caisse avec exonération stérilité au titre de l'article L 322-3-12 du code de la sécurité sociale	Maladie	autre	Soins particuliers exonérés	3	10
EXONERATION DU TICKET MODERATEUR GLOBALE POUR TOUS TYPES DE SOINS						
Pension d'invalidité	Attestation de droit avec 100% sauf médicaments 35% du... au...	Maladie	autre	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5	10
Pension militaire	Attestation de droit avec 100% toute prestation en nature					
Rente AT ou MP pour incapacité >= 66,66%	Notification caisse + volet feuille de soins AT/MP					
Mineurs victimes de sévices sexuels	-	Maladie	autre	Soins particuliers exonérés	3	10
Soins en établissement de santé dans les 30 premiers jours de la vie	-					
Traitement des enfants et adolescents handicapés en éducation spécialisée	Notification caisse avec EDS (éducation spécialisée) jusqu'au 20 ans de l'enfant au titre de l'article L322-3-6					
EXONERATION DU TICKET MODERATEUR PAR LA NATURE DE L'ASSURANCE (RISQUE)						
Maternité	Attestation de droit avec 100% maternité à compter du ... jusqu'à 12 jours après accouchement	Maternité	Date de début de grossesse ou d'accouchement		0	30
Accident du travail	Notification caisse avec prise en charge de l'AT /MP +	AT/MP	N° de sinistre ou Date de l'accident		0	41
Maladie Professionnelle	volet feuille de soins AT/MP	AT/MP	Date de la Maladie		0	41
CAS PARTICULIER : L'AIDE MEDICALE ETAT TOTALE Pour les bénéficiaires de l'aide médicale état totale, présentant une attestation de droit AME avec la mention "non affilié" : - Saisir l'acte - Saisir le qualificatif de dépense non remboursable (ou "N" sur votre informatique) - Saisir les tiers payants sur la part obligatoire (PO) et la part complémentaire (PC) : . avec le N° mutuelle 75500017 et le type de contrat 01, si vous disposez d'une version logicielle 1.40. . en cochant la case top "M" pour les versions antérieures.						

FORFAIT HOSPITALIER

Le forfait hospitalier a été mis en place par la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983.

Un forfait journalier est supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux à l'exception :

- des unités ou centres de long séjour ;
- des établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- des établissements sociaux d'hébergement et d'aide par le travail non pris en charge par l'assurance maladie.

MONTANT DU FORFAIT JOURNALIER

Il est égal à **18 €** par jour, à partir du **1^{er} janvier 2010**.

En cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie, il est fixé à **13,50 €** à partir du **1^{er} janvier 2010**.

Arrêté du 27 décembre 2004

Le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la charge des assurés (ticket modérateur) par leurs régimes respectifs d'assurance-maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier ; dans le cas contraire, la participation est imputée sur le forfait.

Article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale

Ce forfait n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale.

Le forfait est fixé par un arrêté conjoint des ministres chargés de la Sécurité sociale, de la santé du budget et de l'agriculture.

Il est procédé au moins une fois par an à l'examen de l'évolution des bases de détermination du forfait journalier et s'il y a lieu, à la révision de celui-ci.

Un patient admis dans un établissement psychiatrique à la suite d'une mesure de placement d'office par autorité préfectorale, doit acquitter le paiement du forfait hospitalier dès lors qu'il n'entre pas dans le cas d'exonération.

Conseil d'État - 26 juillet 1996 - Centre hospitalier spécialisé Paul Guiraud

CAS D'EXONÉRATION DU FORFAIT JOURNALIER

Ne supportent pas le paiement du forfait journalier :

- les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles lorsque l'hospitalisation résulte de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle ;
- les bénéficiaires de l'assurance maternité pour le séjour pour accouchement, le séjour pour accouchement par césarienne, l'interruption de grossesse ;
- les bénéficiaires de pensions militaires d'invalidité et victimes de guerre ;
- les enfants et adolescents handicapés hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle ;
- les assurés hospitalisés garantis par le régime local des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
- les donneurs d'éléments et produits du corps humain ;
- les bénéficiaires de la CMUC ou AME (Aide Médicale d'État).

Article de la loi de financement de Sécurité sociale n° 2006-1640

Forfait hospitalier des personnes handicapées

L'application du forfait hospitalier pour les personnes handicapées hospitalisées ne peut aboutir à faire descendre ses ressources en dessous d'un minimum fixé par décret et par référence à l'allocation adulte handicapé.

Article L. 344-1 du CASF

FRANCHISE MÉDICALE

L'article 52 de la loi de financement de Sécurité sociale pour 2008 met en place une nouvelle participation forfaitaire à la charge des assurés sous forme de franchise.

À partir du 1^{er} janvier 2008, la franchise médicale s'applique sur :

- les boîtes de médicaments à l'exception de ceux délivrés dans le cadre d'une hospitalisation ;
- les actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion de ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation ;
- les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi à l'exception des transports d'urgence.

ASSURÉS CONCERNÉS

Toutes les personnes sont concernées par la franchise sauf :

- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (C.M.U.) complémentaire ;
- les femmes enceintes à partir du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement.
- La franchise est applicable aux victimes d'accidents du travail.
- les titulaires d'une pension militaire d'invalidité pour les prestations liées à la pension ;
- les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État.

MONTANT DE LA FRANCHISE

La franchise est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est de :

- 50 centimes d'euro par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 50 centimes d'euro par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

PLAFOND ANNUEL

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

PLAFOND JOURNALIER

Un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

On ne peut pas déduire :

- plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux ;
- plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

En cas de dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être :

- soit versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie ;
- soit récupérées par ce dernier lors d'une prestation de toute nature à venir.

Si la récupération ne peut être effectuée, elle est recouvrée directement auprès de l'assuré ou de l'ayant droit, sur les prestations en espèces qui lui sont, le cas échéant, versées.

Si le bénéficiaire a été dispensé de l'avance de frais durant une année civile entière et qu'aucune récupération n'a pu être effectuée sur des versements en espèces, les sommes dues au titre de la franchise doivent obligatoirement être récupérées par les caisses. Dès lors qu'il leur est impossible d'agir autrement, elles sont autorisées à mettre en œuvre les procédures de recouvrement direct.

Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007

Décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007

Article D. 322-5 du Code de la Sécurité sociale

Circulaire interministérielle DSS/2A n° 2009-128 du 11 mai 2009

PARTICIPATION FORFAITAIRE DE L'ASSURÉ

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004

Pour responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins, il est créé une participation forfaitaire (encore appelée franchise ou ticket modérateur d'ordre public) à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin.

Actes concernés par la participation

L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation.

Cette participation sera due intégralement pour tout acte de biologie médicale.

Les actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation sont exclus de la participation.

Lorsque, pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à 4.

Lorsqu'un acte de prélèvement est effectué pour la réalisation d'un acte de biologie, seul l'acte de biologie supporte une participation forfaitaire.

Articles D. 322-3 et D. 322-4 du Code de la Sécurité sociale - Décret n° 2004-1453 du 23 décembre 2004 modifié par le décret n° 2007-1166 du 1^{er} août 2007

Assurés concernés

La participation forfaitaire s'applique :

- à l'assuré et ses ayants droits majeurs ;
- aux bénéficiaires de l'assurance accident de travail, maladies professionnelles ;

Article L. 432-1 du Code de la Sécurité sociale

Elle ne s'applique pas :

- aux ayants droits mineurs ;
- aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ;
- aux femmes enceintes.

Montant de la participation

Le montant de la participation est fixé à 1 euro. Cette participation se cumule avec le ticket modérateur.

Lorsque le bénéficiaire de soins est dispensé de l'avance des frais, sa caisse est tenue d'imputer la participation due par l'intéressé sur les premières prestations qu'elle verse ultérieurement.

La caisse ne peut abandonner la mise en recouvrement de la participation forfaitaire. Toutefois, toute créance née à ce titre, non recouvrée à sa date de prescription, est annulée.

Articles D. 322-3 et D. 322-4 du Code de la Sécurité sociale - Décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007

Nombre maximum par année civile

Le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50.

Les participations forfaitaires sont prises en compte à la date du remboursement des consultations et des actes.

Articles D. 322-3 et D. 322-4 du Code de la Sécurité sociale - Décret n° 2004-1453 du 23 décembre 2004

Tableau récapitulatif des franchises médicales

Actes frais ou prestations	Participation forfaitaire de l'assuré	Plafond journalier	Plafond annuel
Actes médicaux	1 €	4 €	50 €
Actes de biologie médicale	1 €	4 €	
Médicaments	0,50 €		50 €
Actes paramédicaux	0,50 €	2 €	
Transports	2 €	4 €	