

Maladie (remboursement de)

Le remboursement des frais de soins de santé (prestations en nature) ne peut être effectué par la CPAM qu'après l'envoi d'une feuille de soins papier ou dématérialisée (carte Vitale).

Feuille de soins

Différents types de feuille de soins - Il existe quatre types de feuille de soins :

- la feuille de soins d'assurance maladie ;
- la feuille de soins délivrée par la sage-femme ou l'auxiliaire médical ;
- la feuille d'orthopédie dento-faciale ;
- la feuille de soins et prothèses dentaires soumis à une entente préalable.

Des volets de facturation complémentaires sont également utilisés par les pharmaciens et les laboratoires médicaux.

Affections de longue durée - Afin de distinguer nettement les actes entrant dans le cadre de la réduction du ticket modérateur (actes appliqués aux [affections de longue durée](#)*) de ceux qui concernent les autres maladies, les feuilles de soins sont aménagées en deux zones.

Prescription du paiement des prestations - En tout état de cause, 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 rapportent ces prestations (c. séc. soc. [art. L. 160-11](#)).

Carte Vitale

Pas d'envoi de feuille de soins « papier » - La carte Vitale simplifiant les démarches administratives des assurés dans le cadre des remboursements des frais de soins de santé, l'envoi d'une feuille de soins papier n'est, en principe, plus nécessaire : celle-ci est envoyée directement de manière dématérialisée.

Traitement de la feuille de soins électronique - La feuille de soins électronique est envoyée directement à la caisse d'assurance maladie par le professionnel de santé par le biais d'une borne SESAM-Vitale. Les remboursements sont effectués plus rapidement qu'en cas d'envoi d'une feuille de soins papier.

La carte Vitale ne comporte pas d'informations médicales. Elle ne se substitue qu'à la feuille de soins papier et ne dispense pas l'assuré du paiement des soins, sauf en cas de prise en charge à 100 %.

Nouvelle carte Vitale - Une nouvelle carte Vitale (carte Vitale 2) se met progressivement en place. Principale nouveauté : elle comporte une photo. Elle peut héberger d'autres informations que les données administratives qui y figurent actuellement (informations concernant la couverture complémentaire santé, le cas échéant, et, à terme, la personne à prévenir en cas d'urgence ou la mention relative à la connaissance du dispositif légal sur le don d'organe).

Pour le moment, seuls sont concernés : les jeunes à partir de 16 ans, les nouveaux assurés en France, ainsi que ceux dont la carte Vitale a été déclarée perdue, volée ou détériorée.

Remboursements

En principe, un remboursement partiel - En principe, le remboursement des frais de traitement liés à la maladie n'est que partiel notamment parce que l'assuré est tenu de garder à sa charge une partie de ce tarif appelé « ticket modérateur ».

Ticket modérateur - Il peut être réduit ou supprimé dans certains cas. Cependant, une participation forfaitaire

à la charge de l'assuré est prévue.

En cas d'hospitalisation, le forfait journalier s'impute à due concurrence sur le ticket modérateur. En cas de maternité, d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'assuré ne supporte pas de ticket modérateur et est pris en charge dans la limite des tarifs fixés par la caisse.

Le montant de ce ticket modérateur varie en fonction de plusieurs paramètres : acte ou traitement en cause, situation personnelle (affection de longue durée, perception d'une pension d'invalidité, etc.) (c. séc. soc. [art. R. 160-5](#) et s.). En outre, si l'assuré se trouve hors du parcours de soins coordonnés (il n'a pas désigné de médecin traitant, notamment), le ticket modérateur va être majoré (c. séc. soc. [art. R. 160-8](#)). La majoration est fixée, depuis le 22.01.2009, à 40 %.

Forfait hospitalier - Il représente la participation de l'assuré aux frais d'hébergement liés à son hospitalisation et est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures, y compris le jour de sortie (c. séc. soc. [art. L. 174-4](#)). Son montant est de 18 € par jour en hôpital ou clinique (13,50 € par jour dans un service psychiatrique). Il peut être pris en charge par la couverture complémentaire santé du patient.

Sont notamment exonérées de ce forfait les femmes enceintes hospitalisées au cours de la période de quatre mois précédant la date présumée de l'accouchement et pendant les 12 jours qui le suivent, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants hospitalisés dans les 30 jours suivant leur naissance, les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Participation forfaitaire de 1 € - Chaque acte ou chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie donne lieu à une participation de 1 € qui concerne tous les assurés, à l'exclusion des mineurs à charge, des bénéficiaires de la couverture maladie universelle* complémentaire, de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et des femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement (c. séc. soc., [art. L. 160-15](#)). Ce forfait ne peut pas non plus être remboursé par les organismes de prévoyance complémentaire. Cependant, le montant de ce forfait est limité à 50 € par assuré sur une année civile (c. séc. soc. [art. L. 160-13](#) et [D. 160-6](#)).

En cas de consultations successives d'un médecin ou si plusieurs actes sont effectués lors de la consultation dans une même journée, une participation de 1 € est retenue dans la limite de 4 € par jour pour un même professionnel de santé (c. séc. soc. [art. L. 160-13](#) et [D. 160-8](#)).

Participation forfaitaire de 18 € - Une participation forfaitaire de 18 € reste à la charge de l'assuré pour les actes médicaux d'un montant au moins égal à 120 € ou d'un coefficient égal ou supérieur à 60 (c. séc. soc. [art. R. 160-16](#)).

Ce forfait ne s'applique pas, en particulier, aux femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, aux nouveaux-nés hospitalisés, aux assurés en ALD, aux bénéficiaires de la CMU complémentaire ou aux victimes d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail. Ne sont pas non plus concernés les actes de radiographie, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie de même que les frais de transport d'urgence (décret [2006-707](#) du 19 juin 2006 ; circ. CNAM 2006-41 du 7 août 2006 ; c. séc. soc. [art. L. 160-14](#)).

Franchises médicales - En plus de la participation forfaitaire de 1 € sur chaque acte médical et chaque consultation, des franchises médicales sont instaurées :

- sur les médicaments (la franchise correspond à 0,50 € par boîte de médicaments), à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
- sur les actes effectués par un auxiliaire médical réalisés en ville, dans un établissement ou un centre de santé (la franchise équivaut à 0,50 € par acte paramédical), sauf ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
- et sur le recours au transport sanitaire en véhicule sanitaire ou taxi (la franchise s'élève à 2 €), à l'exception des transports d'urgence (type SAMU).

Le montant de ces franchises est plafonné à 50 € par personne et par an (c. séc. soc. [art. L. 160-13](#) et [D. 160-9](#) et s.).

Un plafond journalier maximal de 2 € par jour pour les actes paramédicaux et de 4 € par jour pour les transports sanitaires s'applique. Les mineurs, les femmes enceintes de plus de 6 mois, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) sont exonérés de ces franchises (c. séc. soc. [art. L. 160-15](#)).

Tiers payant - Il s'agit d'une formule permettant à l'assuré de ne payer que le ticket modérateur ou à la victime d'un accident du travail de ne pas faire l'avance des frais. Deux situations se présentent :

-accident du travail : les frais sont réglés directement par la caisse d'assurance maladie aux médecins, pharmaciens et auxiliaires médicaux, ainsi qu'aux établissements de soins. Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à l'assuré qui leur présente une feuille d'accident ;

-cas généraux : le tiers payant est appliqué lors des hospitalisations dans les hôpitaux publics, les frais de séjour dans les établissements de santé privés conventionnés, les soins dans les dispensaires, la plupart des établissements médico-sociaux et les centres d'appareillage.

Par ailleurs, la loi de modernisation du système de santé prévoit la généralisation progressive du tiers payant pour tous en plusieurs étapes (loi de modernisation de notre système de santé, à paraître). En 2016, il devrait concerner les patients atteints d'une affection de longue durée et les femmes enceintes pour les consultations de médecine de ville. Fin 2017, il devrait s'appliquer à tous dans le cadre de la médecine de ville.

Les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) accèdent, sous certaines conditions, au tiers-payant depuis 1.07.2015 (c. séc. soc. [art. L. 863-7-1](#)).

VOIR AUSSI :

Maladie ; Maladie (indemnisation).

Pour: DIOLCEANT MARC

Date de parution: Janvier 2015 (mise à jour le 01/01/2016)

Droits de reproduction et de diffusion réservés © Groupe Revue Fiduciaire 2016. Usage strictement personnel. L'utilisateur du site reconnaît avoir pris connaissance de la [licence de droits d'usage](#), en accepter et en respecter les dispositions.