

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
10/03/87

Origine :
DGR
ENSM

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des CETELIC
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MM les Médecins-Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins-Conseils Chefs de Services

M le Médecin Chef de la Réunion

Réf. :

DGR n° 2054/87 - ENSM n° 1131/87

Plan de classement :

25200	21				
-------	----	--	--	--	--

Objet :

PLAN DE RATIONALISATION DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE.
MISE EN PLACE DU DISPOSITIF DE LA "MALADIE INTERCURRENTE".

Pièces jointes :

1	0
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

10/03/87

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des CETELIC

MM les Médecins-Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins-Conseils Chefs de services

M le Médecin Chef de la Réunion
(pour attribution)

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : DGR n° 2054/87 - ENSM n° 1131/87

Objet : Plan de rationalisation des dépenses d'Assurance Maladie.
Mise en place du dispositif de la "maladie intercurrente".

Le plan de rationalisation des dépenses d'assurance maladie arrêté par le Gouvernement en novembre 1986, va prendre son plein effet, avec la mise en place du dispositif dit de la "maladie intercurrente".

Ce dispositif a pour objet de limiter l'exonération du ticket modérateur aux frais nécessités par le traitement de l'affection de longue durée, les soins dispensés au titre des affections intercurrentes étant pris en charge selon le régime commun.

Une concertation a été engagée avec les professions de santé, afin de définir les modalités d'application des nouvelles mesures.

Un accord est intervenu le 18 février 1987 avec les représentants des médecins sur la définition des supports techniques qui seront utilisés. Ces supports ont été présentés à l'ensemble des professions de santé le 24 février.

La Commission de l'Assurance Maladie, réunie le 3 mars 1987 a approuvé les conclusions des partenaires.

La présente instruction a donc pour objet de préciser le champ d'application du nouveau dispositif, de décrire les supports techniques à utiliser ainsi que les modalités d'information des assurés et des professions de santé. Les grandes lignes du calendrier prévu sont également indiquées.

1 - CHAMP D'APPLICATION DU DISPOSITIF

11 - Quant aux personnes

Le système de la "maladie intercurrente" s'appliquera aux malades bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée :

- . malades atteints de l'une des 30 affections inscrites sur la liste prévue par le décret n° 1380 du 31 décembre 1986 ;
- . malades atteints de l'une des 25 affections inscrites sur l'ancienne liste, jusqu'à révision de leur situation ;
- . malades atteints d'une affection grave ne figurant pas sur la liste des 30 affections et bénéficiant du dispositif de sauvegarde (procédure exceptionnelle) institué par l'arrêté du 30 décembre 1986.

Par contre, les malades exonérés au titre de la 26ème maladie ne se verront pas appliquer le dispositif de la "maladie intercurrente" jusqu'à l'échéance fixée pour leur exonération (et au plus tard le 30 juin 1987), mais ils continueront à supporter la franchise de 80 francs. Si ces malades sont, à l'échéance, reclassés dans l'une des 30 affections ou dans le dispositif de sauvegarde, le dispositif de la "maladie intercurrente" leur deviendra applicable.

12 - Quant aux prestations

Le nouveau dispositif décrit ci-après s'appliquera aux soins ambulatoires :

- . actes effectués par les praticiens (libéraux, hospitaliers en consultation externe, praticiens exerçant dans les centres de soins) ;
- . prescriptions (pharmacie, examens de laboratoires, actes d'auxiliaires médicaux...)

Les modalités d'application de la mesure aux séjours en établissement hospitalier public et privé feront l'objet d'instructions particulières diffusées avant l'entrée en application du nouveau dispositif.

2 - LES SUPPORTS TECHNIQUES

L'accord signé avec les médecins le 18 février prévoit :

- . un protocole national d'examen spécial inter-régimes ;
- . une feuille de soins aménagée ;
- . un ordonnancier préidentifié au nom du malade ;
- . une nouvelle carte d'assuré social indiquant la cause de l'exonération.

21 - Le protocole national d'examen spécial inter-régimes

Ce protocole est conclu entre le médecin traitant et le médecin-conseil, pour les malades atteints d'une des 30 affections figurant sur la liste ou d'une affection grave ne figurant pas sur la liste (dispositif de sauvegarde).

Il comporte le diagnostic de la maladie, précise les éléments médicaux (cliniques, examens complémentaires) sur lesquels le diagnostic est fondé, et fixe un programme thérapeutique pour le traitement de l'affection motivant la demande d'exonération.

Il se présente sous la forme d'un imprimé national (cf. maquette en annexe) qui sera adressé par le médecin-conseil au médecin traitant, accompagné d'une notice explicative et d'une enveloppe pré-adressée pour le retour.

L'imprimé national sera réalisé localement dans les conditions habituelles : imprimerie intégrée ou recours à un fournisseur extérieur. L'UCANSS sera sollicitée pour la réalisation ultérieure de cet imprimé.

En attendant la mise en application effective du protocole national inter-régimes, un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant peut être utilisé (télex du 27 février en annexe).

22 - Les feuilles de soins aménagées

221 - Plusieurs feuilles de soins doivent être aménagées, afin de distinguer nettement les actes entrant dans le champ de l'exonération de ceux qui concernent les affections intercurrentes :

- . feuille de soins médecins (S 3110) ;
- . feuille de soins bucco-dentaires-stomatologistes (S 3121) ;
- . feuille de soins bucco-dentaires - chirurgiens-dentistes (S 3119).

Ces imprimés comporteront une double zone à l'intérieur de la partie réservée à la prestation des actes et au paiement des actes (cf. en annexe) :

- . dans la première zone, les praticiens noteront les actes qui ne sont pas en rapport avec une affection de longue durée ;
- . dans la seconde zone, ils noteront les actes en rapport avec l'affection exonérante.

La partie réservée à la facturation du pharmacien dans la feuille de soins S 3110 est inchangée, les médicaments en rapport avec une affection de longue durée étant repérés à partir de l'ordonnance (cf. ci-après).

222 - Période transitoire

Compte tenu des délais nécessaires à l'homologation des nouveaux imprimés et de la nécessité d'épuiser les stocks existants, les praticiens continueront à utiliser les feuilles de soins actuelles, jusqu'à épuisement du stock, en notant de manière particulière les actes en rapport avec une affection de longue durée.

Concrètement, les représentants des médecins ont accepté que les praticiens tracent un trait horizontal sur la feuille de soins, les actes notés dans la partie inférieure se rapportant (comme dans l'imprimé futur) à l'affection de longue durée (exemples en annexe).

223 - Sont inchangés :

- . les feuilles de soins des sages-femmes (S 3127 et S 3128), des auxiliaires médicaux (S 3129 et S 3130), des laboratoires (S 3131) : le repérage des soins en rapport avec une affection de longue durée se fera à partir de l'ordonnance (soins infirmiers, examens de laboratoires, kinésithérapie.);
- . le volet de facturation du pharmacien (S 3115) et la facture subrogatoire (612) : repérage à partir de l'ordonnance ;
- . les feuilles de traitement bucco-dentaires soumis à entente préalable S 3120 (chirurgiens-dentistes) et S 3122 (stomatologistes) ; le praticien portera, le cas échéant, la mention "ALD" dans la zone "observations concernant toute proposition" et le contrôle médical fera connaître sa position dans le cadre réservé à son avis technique.

224 - Autres imprimés

- . Seront modifiés : la demande de cure thermique (S 3106) et l'accord de cure thermique (S 3315). Pendant la période transitoire, la mention "ALD" sera portée par le praticien traitant et par la Caisse (service administratif) dans leur zone respective.

- . Est échangée : l'entente préalable maladie (S 3108) ; le repérage des soins en rapport avec une affection de longue durée se faisant à partir de l'ordonnance (auxiliaires médicaux) ou de la mention "ALD" portée sur l'imprimé par le praticien qui exécute l'acte.

23 - L'ordonnancier préidentifié

L'ordonnancier est constitué :

- . d'une part, d'ordonnances d'un modèle particulier (cf. point 231) ;
- . d'autre part, d'un lot d'étiquettes auto-collantes préidentifiées au nom du malade (cf. point 234)

231 - Présentation

Afin de distinguer des autres prescripteurs celles qui sont effectivement imputables à une affection de longue durée, chaque malade exonéré au titre d'une affection de longue durée recevra de sa Caisse un ordonnancier, qui revêtira la forme d'un carnet composé de :

- . un bloc de 14 ordonnances imprimées en deux exemplaires (la mention "duplicata" figurant sur le second exemplaire) sur papier autocopiant format 14,85 x 21 ;
- . un feuillet de renouvellement intercalé dans l'ordonnancier ;
- . une notice explicative ;

placés dans une couverture servant de rabat.

L'ensemble du document constitue un imprimé national dont le modèle devra être strictement respecté.

232 - Réalisation initiale

Compte tenu des délais, des quantités mises en oeuvre et du travail d'assemblage et de façonnage, la Caisse Nationale a entrepris une consultation d'imprimeurs avec remise du cahier des clauses techniques, afin de s'assurer du meilleur prix et de la faisabilité dans le délai imparti. Le résultat de cette consultation sera communiqué aux Caisses à la fin de cette semaine.

La Caisse Nationale répartira les Caisses entre les différents imprimeurs (procédure identique à celle utilisée pour l'INTERPRETE), en leur communiquant les quantités nécessaires évaluées à partir des dénombrements des malades en affection de longue durée.

Il appartiendra à chaque Caisse de passer la commande et de régler directement l'imprimeur, sur la base des quantités nécessaires pour une première fourniture et la constitution d'un premier stock. Si le montant de la commande dépasse le seuil de 180.000 F, il y aura lieu de recourir à la procédure du marché négocié.

La livraison des ordonnanciers dans les Caisses sera échelonnée jusqu'au 21 avril 1987.

Les Caisses Générales des Départements d'Outre-Mer devront, compte tenu des délais, recourir à une fabrication locale (interne ou externe), les films de l'imprimé étant fournis par la Caisse Nationale.

233 - Renouvellement

Le premier stock constitué lors de la commande initiale permettra de répondre aux premières demandes de renouvellement adressées par les malades.

La reconstitution du stock d'ordonnancier s'effectuera à l'initiative des Caisses. La Caisse Nationale a prévu de demander à l'UCANSS d'intervenir dans les conditions habituelles.

234 - Etablissement de l'ordonnance - Etiquettes auto-collantes - cachet du médecin

a) L'assuré recevra en même temps que l'ordonnancier un jeu de 29 étiquettes auto-collantes préidentifiées (28 à coller sur les ordonnances, une à coller sur le feuillet de renouvellement).

Chaque étiquette comportera :

. l'identification de la Caisse et du Centre ;

- . le numéro d'identification de l'assuré ;
- . le nom de l'assuré ;
- . les nom et prénom du malade ;
- . la date de naissance du malade ;
- . la nature de l'exonération ("ALD" pour la liste des 30, "ALD 25" pour la liste des 25 et "ALD" pour la procédure exceptionnelle) et la période (du.....au.....) ;
- . l'ouverture des droits (droits jusqu'au.....) ;
- . la mention, le cas échéant, de la 19ème prestation supplémentaire ("P 19").

Les logiciels d'édition des étiquettes seront remis aux CETELIC le 19 mars.

L'assuré sera invité à coller l'ensemble des étiquettes sur chaque ordonnance (original et duplicata) et sur le volet de renouvellement.

Il sera précisé dans la notice d'information qu'en l'absence d'étiquette, l'ordonnance ne permettra pas une prise en charge à 100 %.

b) Le praticien, pour sa part, devra apposer son cachet (comportant son numéro d'identification) sur les deux exemplaires de l'ordonnance, dans le cadre prévu à cet effet.

235 - Envoi des ordonnanciers aux assurés

Chaque Caisse recevra, pour sa population d'assurés exonérés au titre d'une affection de longue durée :

- . les ordonnanciers transmis par les imprimeurs ;
- . les étiquettes éditées par le CETELIC ;
- . les dépliants d'information des assurés, transmis par une société spécialisée (cf. ci-après point 33).

A la réception des trois documents ci-dessus, il appar-tiendra à la Caisse de les mettre sous enveloppe avec une étiquette adresse (éditée par le CETELIC) et d'envoyer celle-ci à chaque assuré concerné.

Pour les assurés exonérés au titre de l'ancienne liste des 25 ALD, une lettre particulière d'information devra être jointe (cf. ci-après point 33).

La conjonction d'un volume important et d'un calendrier très tendu, rendra délicate la réalisation de cette opération. Il convient donc que chaque organisme la prépare dès maintenant afin de respecter le calendrier d'exécution joint en annexe.

24 - La carte d'assuré social

Afin de permettre aux tiers d'identifier les cas d'exonération du ticket modérateur, les assurés recevront une carte d'assuré social modifiée et complétée par un message :

. malades en ALD (liste des 30, ancienne liste des 25 ou procédure exceptionnelle) :

"100 % limité aux soins relatifs à l'affection liste (ou hors liste), sauf médicaments à 40 %". Si l'assuré bénéficie de la 19ème prestation supplémentaire, le message sera : "... y compris médicaments à 40 %".

. pensionnés militaires - bénéficiaires de l'article 115

"100 % pour toutes prestations en nature".

. assurés exonérés par le régime : les cartes seront rééditées avec le message : "100 % sauf pour les médicaments à 40 %".

Les assurés en 26ème maladie conserveront leur carte actuelle jusqu'à l'échéance prévue pour leur exonération et au plus tard jusqu'au 30 juin 1987.

L'action de maintenance pour l'édition des cartes d'assuré social sera diffusée le 19 mars (le 15 avril pour la modification du message concernant la 19ème PS).

3 - L'INFORMATION DES CAISSES, DES ASSURES ET DES PROFESSIONS DE SANTE

Une mesure de cette importance va influencer profondément sur les habitudes acquises par les assurés et les professions de santé. Une large information préalable est donc nécessaire afin d'expliquer les objectifs et les modalités concrètes d'application de la mesure.

Cette information sera effectuée sous la responsabilité de la Caisse Nationale et des Caisses Primaires, auxquelles il revient de mettre en application localement le nouveau dispositif. A cette fin, la Caisse Nationale s'est assurée le concours d'une société spécialisée.

31 - L'information interne à l'Institution

Un dossier d'information, réalisé par la CNAMTS, sera remis aux Directeurs et aux Médecins-Conseils lors de la réunion générale du 3 avril 1987.

Ce dossier comportera un argumentaire détaillé concernant la "maladie intercurrente", ainsi que les principes et le guide pratique de l'action de communication.

32 - L'information des professions de santé

Un document de 4 pages, format 21 x 29,7 est réalisé au niveau national pour la première diffusion. Il comportera un argumentaire précis et un guide pratique.

Il sera envoyé directement aux Caisses par la société spécialisée entre le 6 et le 8 avril 1987, à charge pour les Caisses de le diffuser à l'ensemble des professionnels concernés (libéraux, établissements d'hospitalisation, centres de soins).

33 - L'information des assurés

. un dépliant en trois volets, expliquant la mesure, est également réalisé au niveau national pour la première diffusion.

Il sera envoyé aux Caisses dans les mêmes conditions que le document destiné aux professions de santé. Les Caisses l'adressent aux assurés en même temps que l'ordonnancier. Les assurés exonérés au titre de l'ancienne liste des 25 affections vont poser un problème particulier d'information. Une lettre spécifique leur sera donc adressée (cf. modèle en annexe).

. une feuille d'information du malade est également prévue. Elle se présentera sous la forme de feuillets recto-verso détachables, réunis en un bloc. Elle sera remise par le praticien au malade et complétera l'information donnée dans le dépliant envoyé aux assurés.

La réalisation et l'envoi aux Caisses se feront dans les mêmes conditions que les documents de 4 pages.

4 - SUIVI DE L'OPERATION

41 - Un dispositif statistique permettant d'évaluer les incidences financières ainsi que le nombre de personnes concernées par l'évolution des différentes catégories d'exonération du ticket modérateur, est élaboré par le Département Statistique et l'ENSM.

Je vous demande de veiller à la qualité des informations recueillies.

42 - En vue d'organiser à l'intention du Conseil d'Administration et des Pouvoirs Publics le suivi des conditions dans lesquelles se déroule l'opération, un dispositif particulier de remontée des informations vous sera communiqué.

5 - CALENDRIER

Le tableau ci-joint rappelle les différentes phases de l'opération.

Les délais impartis pour la mise en oeuvre du nouveau dispositif impliquent le respect de ce calendrier.

Je compte sur votre diligence pour que cette étape importante soit franchie dans des conditions tout à fait satisfaisantes.

Dominique COUDREAU

LISTE DES ANNEXES

- 1) Calendrier des opérations
- 2) Lettre en date du 17 février 1987 du Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi et du Secrétaire d'Etat chargé de la Sécurité Sociale, relative aux médicaments à 40 %.
- 3) Lettre en date du 19 février 1987 du Président du Conseil d'Administration de la CNAMTS, relative aux médicaments à 40 %
- 4) Téléx en date du 27 février 1987
- 5) Protocole d'examen spécial inter-régimes
- 6) Feuilles de soins aménagées
- 7) Exemples de remplissage des feuilles de soins (période transitoire)
- 8) Ordonnancier
- 9) Lettre d'information aux assurés exonérés au titre de l'ancienne liste des 25 ALD
- 10) Téléx en date du 9 mars 1987

ANNEXE 1**CALENDRIER DES OPERATIONS CONCERNANT LA MISE EN PLACE****DU DISPOSITIF DE LA "MALADIE INTERCURRENTE"**

DATES	NATURE des OPERATIONS
13.03.87	- Communication aux CPAM du nom de l'imprimeur auquel elles devront s'adresser et des quantités à commander
19.03.87	- Remise aux Directeurs de CETELIC : . des logiciels d'édition des étiquettes . de l'action de maintenance concernant l'édition des CAS
3.04.87	- Réunion générale des CPAM, CGSS, CETELIC et Médecins-Conseils à PARIS : remise d'un dossier d'information aux participants
6/8.04.87	- Envoi aux CPAM, par une société spécialisée : . du document d'information destiné aux professions de santé . du dépliant d'information destiné aux assurés en ALD . de la feuille d'information qui sera remise aux malades
14.04.87	- Envoi par les CPAM, à l'ensemble des professions de santé : . du document d'information qui leur est destiné . des blocs de feuilles d'information destinés aux malades
15.04.87	- Transmission aux CETELIC de l'action de maintenance concernant la tarification des maladies intercurrentes, ainsi que l'édition des CAS avec message modifié pour la 19ème PS
21.04.87	- Fin de la livraison des ordonnanciers aux CPAM, par les imprimeurs - Fin de la transmission des jeux d'étiquettes aux CPAM par les CETELIC
24.04.87	- Fin de l'envoi, aux assurés exonérés au titre d'une ALD, des enveloppes comportant : . les ordonnanciers . les jeux d'étiquettes . les dépliants d'information des assurés . les lettres d'information destinées aux assurés exonérés au titre de l'ancienne liste.

ANNEXE 2**MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE L'EMPLOI**

Le Ministre

REPUBLIQUE FRANÇAISE

Le Secrétaire d'Etat
chargé de la Sécurité Sociale

Paris, le 17 février 1987

Monsieur le Président,

Certains risques d'interprétations erronées étant apparus au fur et à mesure de la mise en place du nouveau dispositif de remboursement des médicaments à vignette bleue, nous croyons utile de confirmer la philosophie et ses mécanismes.

Nous souhaitons que cette mise au point apporte tous apaisements utiles aux assurés concernés - en particulier aux malades ayant un besoin médicalement reconnu de tel ou tel de ces médicaments -.

1 - Il n'est d'abord pas superflu de rappeler - compte tenu des bruits qui ont pu circuler - que tous les assurés atteints des maladies graves et chroniques continuent, bien évidemment, à être pris en charge à 100 % pour celles-ci, s'agissant d'hospitalisation, de consultations et de visites médicales, d'examens, de soins infirmiers, de médicaments à vignette blanche, etc... Il en va de même pour tous ceux qui bénéficient, à un autre titre, d'une exonération totale du ticket modérateur.

2 - Pour ce qui concerne maintenant plus précisément les médicaments à vignette bleue, il n'avait pas échappé que si leur mode d'usage le plus fréquent a pu les faire classer, dans le passé, dans la catégorie des "médicaments dits de confort", il arrive que leur utilisation soit souhaitable, voir indispensable pour certaines affections graves.

Monsieur Maurice DERLIN
Président de la Caisse Nationale
d'Assurance Maladie
66, avenue du Maine
75682 PARIS Cedex 14

a) C'est pour cette raison que, comme vous l'aviez vous-même souhaité, le Gouvernement a décidé de procéder au reclassement - donc de rouvrir la possibilité de remboursement à 100 % - de ceux de ces médicaments qui répondent le plus évidemment à ce cas de figure. Il s'agit des anti-nauséeux - utilisés pour les personnes atteintes de cancer ou de la maladie de parkinson et pour les femmes enceintes - ainsi que la vitamine B 12 utilisée dans le traitement de la maladie de Biermer et de la vitamine D pour le traitement du rachitisme de l'enfant.

b) C'est pour la même raison qu'a été prévu un dispositif de "sécurité" destiné aux malades utilisateurs de médicaments à vignette bleue, dont le remboursement à 100 % ne saurait être systématique, mais pourrait être ouvert aux cas difficiles, médicalement justifiés.

Les objectifs assignés au dit dispositif ne pourront être atteints, que dès lors qu'une large information aura été développée auprès des assurés intéressés et que ses conditions de fonctionnement seront satisfaisantes.

- A cet égard, nous avons pris bonne note des résultats de la Commission paritaire nationale pharmaceutique qui a siégé ce 12 février et qui a décidé de mettre en place dans les officines une affiche et des documents d'information relatifs aux possibilités de compléments de prise en charge.

- S'agissant de celles-ci, il importe qu'elles puissent être toujours mises en oeuvre avec la plus grande rapidité.

. Il revient à l'assuré, dûment informé, de présenter à sa Caisse Primaire, sa demande de prise en charge pour le ou les médicaments à vignette bleue prescrits dans le cadre du traitement pour lequel il est remboursé à 100 %.

. Au niveau de la Caisse Primaire, c'est au seul contrôle médical qu'il revient d'agréer la prise en charge du ou des médicaments concernés - sous réserve du respect des conditions de ressources fixées à l'article 71-1 de l'arrêté du 19 juin 1947 - les autres cas étant justifiables d'un examen ultérieur par la Commission compétente.

. Dès lors que le contrôle médical a donné son agrément, il revient à la Caisse à la fois, de rembourser le montant du ticket modérateur qui aura pu être précédemment laissé à la charge de l'assuré, et le cas échéant, de lui délivrer un document lui donnant accès pour la période qui aura été définie au remboursement à 100 % - sans avance de sa part. Les dépenses correspondantes sont imputées sur le fonds d'action sanitaire et social, abondé en tant que de besoin.

c) Il convient de rappeler que pour les autres bénéficiaires d'une exonération à 100 %, notamment les personnes handicapées ou invalides, une procédure particulière existe, qui leur permet, après demande auprès de leur caisse, de continuer à bénéficier, sur critères sociaux, d'un remboursement de tout ou partie de leur dépense.

Nous vous remercions de ce que vous pourrez faire pour que le système soit définitivement opérationnel dans l'ensemble des Caisses Primaires dans les délais les plus brefs. Nous sommes parfaitement conscients de la contradiction qui peut exister entre la nécessité de délai minimum de mise en place et l'urgence à apporter une réponse aux préoccupations des assurés. Mais nous savons aussi les efforts que vous déployez pour surmonter ces difficultés.

Dans l'immédiat, et pour faire face au surcroît de dépenses ainsi occasionnées, le Gouvernement est prêt à autoriser d'ores et déjà un crédit supplémentaire de 200 millions de francs au titre de l'Action Sanitaire et Sociale.

*

Ainsi pourrons-nous mettre un terme aux difficultés qui ont été rencontrées et qui illustrent bien la complexité de toute démarche qui se refuse à envisager des économies brutales et aveugles mais cherche à faire la part entre dépenses, selon leur nature.

Au terme de cette période transitoire, et grâce à vos initiatives et celles des professions concernées, l'ensemble des assurés devant légitimement bénéficier d'un remboursement à 100 % des médicaments à vignette bleue, se verront reconnaître totalement leurs droits. Parallèlement, une réduction substantielle de dépenses indues aura été réalisée.

Ces quelques semaines de perturbation pour regrettables qu'elles soient étaient probablement inévitables. Elles démontrent, s'il en était besoin, que le sauvetage de l'Assurance Maladie exige un effort de tous. Que la patience dont auront su faire naître les assurés concernés soit un exemple pour chacun.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Philippe SEGUIN

Adrien ZELLER

ANNEXE 3**CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE**

DES TRAVAILLEURS SALARIES

66, Avenue du Maine - 75694 PARIS CEDEX 14

Téléphone : 43.20.11.33

Paris, le 19 Février 1987

Le Président

Cab. N° 2055/87

Madame, Monsieur le Président,

Les difficultés financières qu'éprouve l'Institution, ont conduit les Pouvoirs Publics à arrêter un plan de rationalisation des dépenses dont le contenu a été soumis à l'examen de la Commission de l'Assurance Maladie, à la mi-novembre.

Soucieuse de préserver l'essentiel de notre système de protection sociale, la Commission a pris acte à une très large majorité des objectifs que ce plan devrait permettre d'atteindre, mais elle a estimé que le resserrement des conditions permettant l'exonération du ticket modérateur devait s'accompagner de mesures appropriées en faveur des malades éprouvant de réelles difficultés et que l'accès de tous à des soins de qualité ne saurait être remis en cause.

Un dispositif particulier a donc été établi en faveur des personnes atteintes d'une affection grave ne figurant pas sur la liste des maladies de longue durée dont le traitement est pris intégralement en charge. Ce dispositif de sauvegarde a pour effet de faire bénéficier également ces malades, d'un remboursement total des soins nécessités par cette affection.

Par ailleurs, un problème demeurait au sujet des produits pharmaceutiques destinés au traitement des pathologies ne présentant pas un caractère habituel de gravité. A ce sujet, la Commission de l'Assurance Maladie avait estimé souhaitable qu'avant d'envisager d'autres mesures, les Pouvoirs Publics procèdent à un examen complet de ce problème, le classement dans cette catégorie de nombre de médicaments reconnus utiles voire indispensables au traitement de certaines maladies, n'étant pas justifié.

Mesdames et Messieurs les Présidents

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

En outre, le nouveau dispositif ne permettait une prise en charge complémentaire que pour les seuls produits prescrits pour le traitement des affections figurant sur la nouvelle liste des 30 maladies. Enfin, l'accès à cet avantage était subordonné aux conditions habituelles de ressources retenues pour l'attribution des prestations supplémentaires.

Il était donc indispensable de recourir à des mesures d'assouplissement pour permettre une application progressive du nouveau dispositif et éviter un changement brutal qui n'aurait pas manqué de créer des difficultés sérieuses à nos assurés.

C'est ainsi que par lettre du 17 Février, Messieurs SEGUIN et ZELLER m'informent que le Gouvernement a décidé de procéder au reclassement au taux normal de prise en charge, des médicaments utilisés pour le traitement de certaines affections graves.

J'enregistre avec satisfaction cette décision positive des Pouvoirs Publics. Je considère qu'elle constitue une première étape vers une solution qui soit totalement satisfaisante pour les assurés sociaux. En effet, d'autres produits pharmaceutiques, tels ceux destinés au traitement des troubles vasculaires cérébraux et périphériques, ne sont encore remboursables qu'à 40 %. Certes, ils représentent un coût non négligeable, mais il ne serait pas admissible que des considérations financières fassent passer au second plan l'intérêt thérapeutique réel qu'ils comportent.

Par ailleurs, il m'est indiqué que les produits à vignette bleue nécessaires au traitement des anciennes comme des nouvelles affections de longue durée pourront, sur avis favorable du Médecin-Conseil, donner lieu à exonération du ticket modérateur au titre des prestations supplémentaires. La demande de l'assuré sera examinée par référence au plafond de ressources applicable en matière de cures thermales et suivant les modalités propres à cette prestation. Votre caisse va recevoir à ce titre un complément de dotation qui lui permettra de faire face à ces besoins nouveaux en matière d'Action Sanitaire et Sociale. Les moyens consacrés à ces interventions n'affecteront en rien le potentiel dont dispose l'Institution pour relancer sa politique d'investissements en faveur des hôpitaux.

L'information des assurés concernés sur les décisions du Gouvernement, auquel incombe la responsabilité de maintenir en faveur de la population un haut niveau de protection sociale, doit être effectuée par les Caisses avec objectivité, en faisant ressortir l'intérêt présent et futur de l'Institution.

Cette information devra être efficace. A ce sujet, il sera utile d'obtenir localement le concours des pharmaciens, avec lesquels il est indispensable d'établir une concertation, conformément à l'accord réalisé au plan national avec les représentants de la profession. Par ailleurs, votre Directeur reçoit les directives techniques nécessaires à l'application du dispositif.

La pérennité de l'Assurance Maladie et le maintien du haut niveau de protection qu'elle a atteint, tel est l'enjeu que représente la réussite du plan de rationalisation des dépenses de santé. Je ne doute pas que vous vous attacherez, avec le concours des responsables administratifs et médicaux qui vous entourent, à ce que le plan soit appliqué correctement par l'ensemble des acteurs du système de soins, professions de santé et assurés sociaux, qui feront l'objet sous peu d'une information objective et précise que prépare la Caisse Nationale, de même que vous voudrez bien veiller à ce qu'une réponse adaptée soit apportée aux préoccupations exprimées par les assurés.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée.

M. DERLIN

ANNEXE 4

215796
CPAMSSD 215796 F
059 0012
CNAMTS 202120 F

TELEX TRANSMIS LE 27.02.87

ZCZC

A L'ATTENTION DE M. LE DR ET M., MME LE MEDECIN CONSEIL, CHEF DE SERVICE DE LA CPAM
(POUR INFORMATION)

A L'ATTENTION DE TOUTES LES CGSS ET CRAM POUR INFORMATION

DIRECTION EMETTRICE : DIRECTION
 CODE CNAM A - B (DGR) - C (ENSM : M. ROUSSEAU)

DANS LE CADRE DU PLAN DE RATIONALISATION DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE,
L'ATTRIBUTION DE L'EXONERATION DU TICKET MODERATEUR POUR UNE AFFECTION DE
LONGUE DUREE (MALADIE DE LA LISTE DES 30 OU PROCEDURE EXCEPTIONNELLE HORS
LISTE) SERA SUBORDONNEE A UN EXAMEN SPECIAL MATERIALISE PAR UN PROTOCOLE
NATIONAL INTER-REGIME.

UN MODELE DE CE DOCUMENT VOUS SERA PROCHAINEMENT ADRESSE AVEC LES
INSTRUCTIONS NECESSAIRES, LA DATE OFFICIELLE DE SA MISE EN OEUVRE ET LE MONTANT
DES HONORAIRES Y AFFECTES.

EN ATTENDANT, POUR NE PAS LESER LES ASSURES SOCIAUX SUSCEPTIBLES DE BENEFICIER
DU REMBOURSEMENT A 100 % POUR AFFECTION DE LONGUE DUREE, UN CERTIFICAT MEDICAL
DETAILLE, REDIGE PAR LE MEDECIN TRAITANT, PEUT ETRE ACCEPTE PAR LES MEDECINS
CONSEILS : UNE DECISION D'ACCORD OU DE REFUS D'EXONERATION ETANT PRISE DES
RECEPTION DE CE DOCUMENT.

SIGNE : DOMINIQUE COUDREAU
 DIRECTEUR DE LA CNAMTS

CPAMSSD 215796 F
CNAMTS 202120 F

6544 NNNN
DUREE 0251

VOLET 1

PROTOCOLE inter-régimes D'EXAMEN SPECIAL

(Article L 324 -1 du Code de la Sécurité Sociale)

A ne remplir que si le malade est atteint d'une Affection de Longue Durée - ALD -

(l'une des 30 maladies de la liste ou forme évolution ou invalidité d'une affection grave non inscrite sur la liste)

ORIGINE

Organisme d'Assurance Maladie

Service du Contrôle Médical

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Matricule

ASSURE**BENEFICIAIRE (1)**ASS ☐CJT ☐ENF ☐AAD ☐

NOM : _____

NOM : _____

Prénom _____ Sexe (1) M ☐ F ☐

Adresse : _____

IDENTIFICATION DU MEDECIN TRAITANT

ne pas compléter si le cadre "Etablissement" ci-après doit être rempli

Docteur :

NOM :

Adresse :

N° d'identification

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

à compléter seulement par le médecin de l'établissement hospitalier ou non

N°FINESSE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Catégorie

--	--	--	--

N° du service

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DMT

--	--	--

NOM :

NOM du service :

Adresse :

NOM du chef de service :

N° d'entrée } du bénéficiaire

Date d'entrée }

INFORMATIONS SUR LA MALADIE CONCERNEE (1)☐

ALD de la liste des 30 maladies

☐

ALD forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée, ne figurant pas sur la liste

Affection en cause :

1 - Diagnostic : _____

2 - Date de début de la maladie : _____

3 - Sur quels éléments médicaux les conditions d'exonération du ticket modérateur ont elles été appréciées :

Cliniques : _____

examens complémentaires : _____

4 - Date d'apparition des conditions d'exonération du ticket modérateur pour une ALD de la liste des 30 maladies _____

CAS 1 Cette date est la même que celle du début de la maladie pour les maladies citées comme telles parmi les 30: lèpre, hémophilie, mucoviscidose, etc...

CAS 2 Cette date peut être différente de celle du début de la maladie pour les maladies caractérisées par leur complication, leur évolutivité, leur sévérité, leur gravité ou leur caractère invalidant ou mal toléré et correspond à l'apparition de ces caractères : apparition du caractère sévère d'une hypertension artérielle par exemple.

5 - En cas de forme évolutive ou invalidante d'une affection grave, date de début des soins : _____

(1) Mettre une croix dans la case correspondante

VOLET 2
Protocole inter-régimes
d'examen spécial

. Programme thérapeutique

- 1 - Traitement(s) actuel(s) - y compris l'hospitalisation - et éventuellement investigations en cours :
préciser leur nature : _____

- 2 - Traitement(s) -- y compris l'hospitalisation - et surveillance envisagés* (investigations, consultations, etc...) :
préciser leur nature et leur rythme : _____

* envisagés sur une période de ? : _____

- 3 - Faut-il envisager dès maintenant un reclassement professionnel ? _____

- 4 - Durée prévisible de l'arrêt de travail (s'il y en a un) : _____

CACHET DU MEDECIN

OU DE L'ETABLISSEMENT

Date :

Signature :

Nom du Médecin de

l'établissement ayant établi le protocole _____

RESERVE AU SERVICE MEDICAL

AVIS DU DOCTEUR

MEDECIN CONSEIL

Date de début : _____

Date d'échéance : _____

Mettre du croix
dans la case
correspondante

☐ ACCORD

☐ DESACCORD

Ce désaccord porte sur :

- le diagnostic

- le degré de gravité ou d'évolutivité (etc)

- la date de début des soins

- le programme thérapeutique

☐
☐
☐
☐

En cas de désaccord, une expertise prévue à l'Article L 141-1 du Code de la Sécurité Sociale peut être effectuée à la demande de l'assuré ou de la Caisse.

ANNEXE 8 (1)

ASSURANCE MALADIE

ORDONNANCIER

Ce carnet ne peut être utilisé que pour les prescriptions concernant le malade identifié à l'aide de l'étiquette prévue à cet effet.

ANNEXE 8 (2)

POURQUOI UN ORDONNANCIER AVEC DES ETIQUETTES ?

pour permettre au malade d'obtenir le remboursement à 100 % (1) des prescriptions relatives à l'affection ayant donné lieu à l'exonération du ticket modérateur.

COMMENT UTILISER VOTRE ORDONNANCIER ?**1 Avant de consulter votre Médecin**

. collez une étiquette sur l'original et sur le double de chaque ordonnance.
En cas d'oubli, vous ne pourriez pas obtenir une prise en charge à 100 %

2 Lors de la consultation

. présentez l'ordonnancier au Médecin

Celui-ci l'utilisera pour les prescriptions en rapport avec le traitement auquel il se rapporte
Pour les soins non en rapport, le Médecin établira une autre ordonnance qu'il fournira lui-même.

3 Après la consultation

. remettez normalement l'ordonnance au pharmacien, à l'auxiliaire médical ou à l'établissement de soins

COMMENT OBTENIR UN AUTRE ORDONNANCIER ?

. consultez les instructions portées dans le feuillet JAUNE inséré dans l'ordonnancier.

(1) le remboursement à 100 % est limité aux tarifs prévus par la réglementation et aux prestations visées par cette même réglementation.

ANNEXE 8 (3)

CACHET DU PRESCRIPTEUR

COLLER ICI VOTRE
ETIQUETTE

CETTE ORDONNANCE NE PEUT ÊTRE UTILISEE QUE POUR LES PRESCRIPTEURS RELATIVES A L'AFFECTION AYANT DONNE LIEU A L'EXONERATION OU A LA REDUCTION DU TICKET MODERATEUR

ANNEXE 8 (4)

<p>CACHET DU PRESCRIPTEUR</p>	<p>COLLER ICI VOTRE ETIQUETTE</p>
-------------------------------	---------------------------------------

CACHET DU PRESCRIPTEUR

CETTE ORDONNANCE NE PEUT ÊTRE UTILISEE QUE POUR LES PRESCRIPTEURS RELATIVES A L'AFFECTION AYANT DONNE LIEU A L'EXONERATION OU A LA REDUCTION DU TICKET MODERATEUR

ANNEXE 8 (5)

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UN ORDONNANCIER	<div data-bbox="805 414 1260 548" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> COLLER ICI VOTRE ETIQUETTE </div>	

Pour obtenir un nouvel ordonnancier et une nouvelle série d'étiquettes vous devez :

- . coller ci-dessus l'une des étiquettes qui vous a été remise avec l'ordonnancier actuel ;
- . dater et signer ci-dessous cette demande de renouvellement ;
- . l'adresser à votre organisme d'Assurance Maladie, seulement lorsque vous aurez utilisé l'ordonnance placée juste avant.

<i>Je sollicite le renouvellement de mon ordonnancier</i>	
Date	Signature de l'assuré

Un nouvel ordonnancier vous sera envoyé si l'exonération du ticket modérateur est toujours en cours.

Si elle venait à être supprimée vous en seriez avisé.

--	--	--

ANNEXE N° 9**LETTRÉ D'INFORMATION DESTINÉE AUX ASSURÉS EXONÉRÉS****AU TITRE DE L'ANCIENNE LISTE (25 ALD)**

Madame, Monsieur,

Vous étiez, jusqu'à ce jour, remboursé(e) à 100 % pour tous vos soins, au titre de l'une des maladies considérées comme longues et coûteuses par la Sécurité Sociale.

La réglementation veut que, désormais, seuls les soins en rapport avec la maladie dont vous êtes atteint soient remboursés intégralement.

L'ordonnancier qui vous est adressé, et vous appartient en propre, devra être présenté au praticien (médecin généraliste, spécialiste, chirurgien-dentiste) lors de toute consultation ou visite.

A cette occasion, vous indiquerez au praticien la maladie longue et coûteuse dont vous êtes atteint. Celui-ci inscrira sur l'ordonnancier les soins qui sont en rapport avec votre maladie longue et coûteuse.

Pour tous les autres soins, votre praticien vous remettra, s'il y a lieu, une ordonnance normale.

ANNEXE 10

TELEX TRANSMIS LE 9 MARS 1987

A L'ATTENTION DE TOUTES LES CPAM, DES MEDECINS-CHEFS PRES DE LA CPAM, DES CGSS,
DES MEDECINS-CONSEILS REGIONAUX

REFERENCE : DR/MFQ/AM 1312 - DIRECTION EMETTRICE : ENSM - CODE CNAM A

EN APPLICATION DE LA LETTRE MINISTERIELLE DU 17.02.87

OBJET : PRISE EN CHARGE AU TITRE DES PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES, DES
MEDICAMENTS A 40 % (19EME PS)

POUR LES MALADES RECONNUS ATTEINTS :

- D'UNE AFFECTION VISEE A L'ART D 322 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE (30 AFFECTIONS),
- D'UNE AFFECTION HORS LISTE (DISPOSITIF DE L'ARRETE DU 30.12.86 - JO DU 22.10.86) :
PROCEDURE EXCEPTIONNELLE
- D'UNE AFFECTION INSCRITE SUR LA LISTE DES 25 AFFECTIONS (C'EST-A-DIRE
ANTERIEUREMENT AU 31.12.86)

1) EXAMEN SPECIAL POUR PREMIERE DEMANDE OU REEXAMEN DE LA SITUATION DU
MALADE : APRES AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU TRAITEMENT ETABLI PAR LE MEDECIN
TRAITANT, LE MEDECIN CONSEIL SIGNALE AUX SERVICES ADMINISTRATIFS SI LES
MEDICAMENTS A VIGNETTE BLEUE SONT EN RAPPORT OU NON AVEC L'AFFECTION
EXONERANTE.

L'AVIS FAVORABLE POUR CE REMBOURSEMENT AU TITRE DE LA 19EME PS SERA ACQUIS
PENDANT LA DUREE MEDICALE DE L'EXONERATION ACCORDEE, SOUS RESERVE QUE LES
CONDITIONS ADMINISTRATIVES SOIENT REMPLIES.

2) EN DEHORS DE LA PROCEDURE DE L'EXAMEN SPECIAL, LA CPAM INTERROGE LE SERVICE
MEDICAL QUAND LA DEMANDE DE 19EME PS EST RECEVABLE SUR LE PLAN ADMINISTRATIF.
LE MEDECIN CONSEIL SIGNALE AU SERVICE ADMINISTRATIF SI LES MEDICAMENTS A
VIGNETTE BLEUE SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT DE L'AFFECTION EXONERANTE. AU
CAS OU CETTE PROCEDURE S'AVERERAIT EXAGEREMENT LOURDE, JE VOUS DEMANDE DE
BIEN VOULOIR M'EN INFORMER.

L'AVIS FAVORABLE POUR CE REMBOURSEMENT AU TITRE DE LA 19EME PS SERA ACQUIS
PENDANT LA DUREE MEDICALE DE L'EXONERATION ACCORDEE SOUS RESERVE QUE LES
CONDITIONS ADMINISTRATIVES RESTENT REMPLIES.

IL APPARTIENDRA AU SERVICE MEDICAL DES QUE L'APPLICATION DE L'ARTICLE R 322-5
MODIFIE SERA EFFECTIVE, D'ORGANISER DES CONTROLES SELECTIFS, POUR VERIFIER QUE
CES MEDICAMENTS A VIGNETTE BLEUE SONT EXACTEMENT PRESCRITS POUR LE
TRAITEMENT DE L'AFFECTION DONT LE MALADE EST RECONNU ATTEINT.

SIGNE : DOCTEUR JEAN MARTY, MEDECIN-CONSEIL NATIONAL