

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

21/09/88

Origine :

ENSM

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux

M Le Médecin Chef de la Réunion

MMES et MM les Praticien Conseils Chef de Service

MMES et MM les Praticiens Conseils
(Pour attribution)

Réf. :

ENSM n° 1233/88

Plan de classement :

25200

Objet :

AMENAGEMENT DU PLAN DE RATIONALISATION DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE

Exonération du ticket modérateur

- Décret du 07/09/1988

- Arrêté du 07/09/1988

L'attention des Praticiens Conseils est attirée sur trois modifications apportées par ces nouvelles dispositions réglementaires :

1. Remboursement des médicaments à vignette bleue à 100 %
2. Suppression du délai de 6 mois de soins continus avant de pouvoir bénéficier d'une exonération pour affectation hors liste
3. Création d'une nouvelle possibilité d'exonération pour les personnes atteintes de plusieurs affections caractérisées entraînant un état invalidant

Pièces jointes :

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

Paris, le

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux

MMES et MM les Praticiens Conseils
Chefs de service

Origine :
ENSM
N°1233/88

MMES et MM les Praticiens Conseils

N/Réf. :

Objet : NOUVELLES DISPOSITIONS CONCERNANT LES
AFFECTIONS SUSCEPTIBLES D'ETRE EXONEREES DU TICKET
MODERATEUR

Rappel des textes réglementaires :

- Décret n° 88-916 du 07/09/1988

modifiant le décret n° 86-1377 du 31/12/1986 relatif à la prise en charge par l'assurance maladie de médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité.

- Arrêté du 07/09/1988

modifiant l'arrêté du 30/12/1986 relatif à la prise en charge du ticket modérateur pour le traitement d'une affection grave ne figurant pas sur la liste mentionnée au 3° de l'article L 322-3 du Code de la Sécurité Sociale.

ANALYSE DES MODIFICATIONS APPORTEES
PAR LES NOUVELLES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES.

1 - LA VIGNETTE BLEUE

Dans tous les cas d'exonération au titre d'une affection sur liste, affection hors liste ou poly-pathologie, les médicaments à vignette bleue nécessaires au traitement de(s) l'affection(s) exonérante(s) sont pris en charge à 100 % sans autre condition.

2 - EXONERATION AU TITRE DE LA PROCEDURE EXCEPTIONNELLE

L'Arrêté précise :

"Lorsque le malade est, sur sa demande, reconnu par le Contrôle Médical, atteint d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée, ne figurant pas sur la liste des affections mentionnées au 3° de l'article L 322-3 du Code de la Sécurité Sociale pour des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois, la participation laissée à la charge de l'assuré, pour les frais relatifs au traitement de l'affection considérée, au sens de l'article L 324-1 du Code de la Sécurité Sociale, peut être prise en charge sur le Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale".

Cet arrêté supprime donc la nécessité pour l'intéressé de justifier d'au moins 6 mois de soins continus avant de pouvoir bénéficier de l'exonération du ticket modérateur à ce titre.

La notion de soins prévisibles d'une durée de 6 mois implique que les conditions d'attribution devront désormais être examinées de façon prospective.

Cette exonération peut être accordée pour une durée maximale de 24 mois éventuellement renouvelables.

Les procédures contentieuses sont inchangées.

3 - EXONERATION AU TITRE D'UNE POLY-PATHOLOGIE

3.1. -Le texte.

L'arrêté ministériel introduit un article 71.4.1 au Règlement Intérieur des Caisses Primaires.

"Lorsque le malade est, sur sa demande, reconnu par le Contrôle Médical, atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant pour lequel des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois sont nécessaires, la participation laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs au traitement de l'état pathologique considéré au sens de l'article L 324-1 du Code de la Sécurité Sociale peut être prise en charge sur le Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale".

3.2. -Définition médicale.

La notion d'état invalidant est à considérer sous son aspect strictement médical et non pas sous l'angle des critères réglementaires, tels qu'ils figurent dans l'assurance invalidité.

Cette prise en charge est réservée aux seuls malades reconnus atteints de plusieurs affections caractérisées entraînant une altération importante et durable des fonctions physiologiques qu'elles soient viscérales, sensorielles, motrices ou mentales.

Un traitement continu d'une durée prévisible supérieure à six mois doit être nécessaire, dans le but de lutter contre l'état d'invalidité ou d'en limiter les conséquences.

L'appréciation médicale devra tenir compte de l'état général, de l'âge, du degré de capacité conservé par le patient pour accomplir les activités considérées comme normales dans les domaines du comportement, de la communication, de la locomotion, de l'aptitude à effectuer seul les actes essentiels à la vie courante (soins corporels, activités domestiques, etc.).

L'association d'une ou plusieurs affections sur liste (MLC 30) (ou d'une procédure exceptionnelle) avec une autre affection caractérisée nécessitant des soins supérieurs à 6 mois, mais non inscrite est susceptible de relever de cette disposition, dès lors que l'état du patient correspond aux critères d'invalidation définis ci-dessus.

3.3. -Conséquences pratiques.

La demande de bénéfice de l'exonération au titre d'une poly-pathologie est accordée sur demande de l'intéressé ou de son représentant, il ne saurait donc être envisagé de procéder à une révision systématique des exonérations déjà accordées.

Les nouvelles demandes qui émanent d'assurés non encore exonérés (vérifiable sur Carte d'Assuré Social) devront être examinées en priorité.

En tout état de cause l'exonération au titre de la poly-pathologie ne saurait devenir la règle, elle est réservée aux seuls cas graves correspondant bien aux éléments d'appréciation retenus.

Il est donc souhaitable que soit procédé à un examen sur personne dans tous les cas où, au vu des documents, l'état de santé du demandeur le permet.

L'exonération peut être accordée pour une durée maximale de 24 mois éventuellement renouvelables.

Dans tous les cas il y a lieu d'utiliser le protocole inter-régimes d'examen spécial, qui sera réaménagé pour tenir compte des modifications réglementaires ainsi que des souhaits des utilisateurs.

Les modalités de rémunération sont inchangées.

Un modèle national est en cours d'élaboration et sera mis en circulation dans les meilleurs délais.

Les affections intercurrentes non prises en charge à 100 % sont celles qui ne sont généralement pas susceptibles d'aggraver durablement l'état pathologique du patient et donc d'en assombrir le pronostic.

En cas de désaccord, et préalablement à toute action contentieuse, la concertation avec le médecin qui a établi le protocole reste la règle.

3.4. - Le Contentieux

Comme par le passé les litiges portant sur l'appréciation de l'état médical du patient ou sur la notion d'affection intercurrente relèvent de l'expertise médicale Article L 141-1.

P.S. : Les directives spécifiques au Contrôle Médical Hospitalier vous seront adressées en temps utile.

Docteur Jean Marty