

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

**Date :**

03/08/93

**Origine :**

DGR

**Réf. :**

DGR n° 67/93

MMES et MM les Directeurs

- . des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- . des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

MMES et MM les Agents Comptables

- . des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- . des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour information)

MMES et MM les Médecins-Conseils Régionaux

M le Médecin-Chef de la Réunion

(pour information)

**Plan de classement :**

25200	2414					
-------	------	--	--	--	--	--

**Objet :**

PLAN DE MAITRISE DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE :

- . Modification du taux de participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité pour les prestations de soins ambulatoires.
- . Modification du montant de forfait journalier

**Pièces jointes :**



**Liens :**

**Date d'effet :**

Immédiat

**Date de Réponse :**

**Dossier suivi par :**

REGL/D JAFFLIN

DRPS/C. MARTRAY

DARDO/M. SADOUL

**Téléphone :**

42.79.32.06

42.79.35.89

42.79.33.92



## **Direction de la Gestion du Risque**

03/08/93  
MMES et MM les Directeurs  
. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
(pour attribution)

**Origine :**  
DGR  
MMES et MM les Agents Comptables  
. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
(pour information)

MMES et MM les Médecins-Conseils Régionaux

M le Médecin-Chef de la Réunion  
(pour information)

**N/Réf. :** DGR n° 67/93

**Objet :** Modification du taux de participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité pour les prestations de soins ambulatoires.

Le décret n° 93-965 du 27 juillet 1993 (Journal Officiel du 30 juillet 1993) augmente de cinq points à compter du 1er août 1993, le taux de participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité pour les prestations de soins ambulatoires.

### **1 - Champ d'application**

Les nouveaux taux de ticket modérateur des soins ambulatoires sont désormais fixés à (\*art. R. 322-1 du Code de la Sécurité Sociale\*) :

- 30 % (au lieu de 25) pour les frais d'honoraires des praticiens,
- 40 % (au lieu de 35) pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux, frais d'analyses ou de laboratoires,
- 65 % (au lieu de 60) pour les médicaments à vignette bleue,

- 35 % (au lieu de 30) pour les autres frais (médicaments, fournitures, petit appareillage, transports visés au 2° de l'art. L. 321-1 depuis le décret n° 86.838 du 16 juillet 1986).
- le relèvement de 5 points des taux de participation des assurés sociaux s'applique également aux prestations délivrées aux consultants externes des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier.

## 2 - Taux de prestations inchangé

Le taux de remboursement n'est pas modifié dans les cas suivants :

- prestations remboursées à 80 % dans le cadre d'une hospitalisation (art. R. 322-1-1° et 2°),
- prestations systématiquement exonérées,
- prestations entrant dans le cadre d'une exonération accordée à un bénéficiaire à quelque titre que ce soit,
- prestations autres que les spécialités pharmaceutiques dues aux titulaires du FNS.

## 3 - Conséquences

La modification du taux de ticket modérateur entraîne une conséquence directe sur les dispositifs particuliers prévoyant sa prise en charge totale ou partielle :

- **régime d'Alsace Moselle** pour le complément à hauteur de la participation fixée à 10 % pour l'assuré (\*art. D 325-2 du Code de la Sécurité Sociale\* ou 100 % pour les frais de transport).
- **aide médicale** pour la prise en charge du ticket modérateur par le département ou par l'Etat,
- **FNASS** pour le ticket modérateur des frais de traitement d'une affection de longue durée dite "hors liste" (art. 71-4 et 71-4-1 du RICP).

#### 4 - Date d'effet

Le nouveau taux de TM s'applique à compter du 1er août 1993.

Aucun texte réglementaire ne fixant les modalités de gestion, il convient donc de retenir, pour leur mise en oeuvre au 1er août 1993, la pratique la plus usuelle conciliant à la fois la logique de la mesure et les intérêts des assurés.

En ce sens **les dates à retenir** pour l'application du nouveau taux ont été redéfinies en concertation avec les services ministériels et s'établissent comme suit :

- . **date d'exécution** pour les **actes isolés**, les examens de laboratoire, les transports,
- . **date de prescription** pour la pharmacie et les fournitures

Toutefois dans le cadre de la dispense d'avance des frais, et compte tenu de difficultés techniques soulevées par la profession concernant les officines informatisées, le dispositif suivant a été retenu, il concerne les assurés ne bénéficiant pas d'une exonération :

- . Toute facturation à des taux non conformes transmise par les pharmaciens et effectuée pour des prescriptions établies après le 1er août donnera lieu à un rétablissement automatique généré par le système informatique.
- . Toute facturation transmise par les pharmaciens pour des prescriptions médicales établies avant le 1er août - renouvellement d'ordonnance notamment - donnera lieu à remboursement sur la base de la facturation et des taux de prise en charge établis par le professionnel (35 et 65 % au lieu de 40 et 70 %).

Un signalement sera effectué auprès du professionnel.

Par ailleurs, j'appelle votre attention sur le fait que l'UCANSS modifie les imprimés de factures subrogatoires, pour les mettre en conformité avec les nouveaux textes.

- . **date du premier acte** pour chaque facturation des actes en série (acte et transport associé le cas échéant),
- . **date du début de la cure**,

- . **date d'achèvement des travaux** pour les soins et prothèses dentaires.

## **5 - Relation avec les tiers**

Il convient d'informer au plus vite les tiers (médecins, auxiliaires médicaux ...) pour leur indiquer la mise en application du texte réglementaire et des dispositifs retenus, notamment lorsqu'ils utilisent la dispense d'avance des frais sur support magnétique ou papier.

Les syndicats nationaux représentatifs des professions de santé, et fournisseurs de matériel médical, ont par ailleurs été informés par la CNAM de ces modifications.

## **6 - Forfait journalier hospitalier**

L'arrêté du 23 juillet 1993 (Journal Officiel du 30 juillet 1993) porte, à compter du 1er août 1993, le montant du forfait journalier de 50 à 55 francs.

Par ailleurs, il a été décidé par les Pouvoirs Publics, à compter du 1er août 1993, de la facturation du forfait journalier le jour de sortie. Cette mesure concerne les établissements hospitaliers et médico-sociaux soumis à tarification préfectorale. Les conditions de facturation par les établissements et de prise en charge par les caisses vous seront précisées très prochainement.

Le Directeur-Adjoint,

Jean-Paul PHELIPPEAU