l'Assurance Maladie
des salariés - sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-38/2003

Document consultable dans Médi@m

Date :
06/03/2003

Domaine(s) :
Risques maladie
Professions de santé

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**	☒ CPAM ☐ CRAM ☐ URCAM ☐ UGECAM ☒ CGSS ☐ CTI
☐ **Agents Comptables**	
☒ **Médecins Conseils**	☒ Régionaux ☒ Chef de service ☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en oeuvre immédiate

Objet :
Article L. 5125-23 CSP - prescription en dénomination commune (DC) ; modification de l'article R. 5148 bis CSP.

Liens :

Plan de classement :
25201

Emetteurs :
DRM DSM

Pièces jointes : 2

Résumé :

La présente circulaire a pour objet de vous présenter l'ensemble du dispositif législatif et réglementaire relatif au mode de prescription en DC et de délivrance en découlant ainsi que les modifications de l'article R. 5148 bis du même code.

Mots clés :

DC - 5148

La Directrice
des Risques Maladie

Bernadette MOREAU

Le Médecin Conseil National Adjoint

Pierre FENDER

l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE : 38/2003

Date : 06/03/2003

Objet : Article L. 5125-23 CSP - prescription en dénomination commune (DC) ; modification de l'article R. 5148 bis CSP.

Affaire suivie par : Sandrine AUJOUX-DE MATOS - DRM/DM2 - ☎ 01.42.79.30.11

Sandrine FRANGEUL - DRM/DM2 - ☎ 01.42.79.31.41

Sophie PEPIN - DSM/DPS - ☎ 01.42.79.35.06

Madame, Monsieur le Directeur,
Chers Consoeurs et Confrères,

La présente circulaire a pour objet de vous exposer les nouvelles dispositions réglementaires concernant :

- les modalités de prescription en dénomination commune (DC),
- les modalités de dispensation en découlant,
- les modifications de l'article R. 5148 bis du Code de la Santé Publique .

Cette circulaire annule la circulaire DDRI n° 69/2000 ENSM n° 30/2000 du 22/05/2000. Toutefois, certaines dispositions contenues dans cette circulaire étant toujours applicables, elles ont été reprises in extenso, afin que les caisses disposent d'une information exhaustive sur une seule et même circulaire.

Généralites

Afin de permettre aux pharmaciens d'exécuter les prescriptions rédigées en dénomination commune (DC), l'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (loi n°2001-1246 du 21/12/2001 JO du 24, 25 et 26/12/2001) a modifié :

- l'article L. 5125-23 du code de la santé publique (CSP)

et

- l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale (CSS).

L'article L. 5125-23 modifié du CSP offre implicitement, dans une logique de prise en charge par l'Assurance Maladie, aux prescripteurs la possibilité de prescrire en DC, c'est-à-dire de mentionner la désignation du principe actif, sans faire référence à la dénomination du médicament telle que définie à l'article R. 5000 du CSP. Le pharmacien peut désormais, sur cette base, exécuter une telle prescription.

Dans le cas où la prescription en DC concerne une spécialité figurant dans un groupe générique tel que défini au 5° de l'article L. 5121-1 du CSP, le pharmacien doit délivrer une spécialité appartenant à ce groupe, en respectant une règle financière fixée par l'article L. 162-16 du CSS.

Le décret n° 2002-1216 du 30 septembre 2002 (J.O. du 02/10/2002) modifie le CSP (création notamment des articles R. 5000-1 et R. 5143-11-1 et modification des articles R. 5148 bis et R. 5194), afin d'adapter formellement les modalités réglementaires de prescription aux dispositions législatives précitées et de compléter les obligations du prescripteur, en cas d'ordonnance rédigée notamment en DC.

I - Les règles de santé publique

1. Les modalités de prescription

1.1. Les règles de rédaction d'une prescription libellée en DC.

L'article R. 5000-1 (nouveau) du CSP précise les mentions que le prescripteur doit obligatoirement porter sur l'ordonnance quand il rédige une prescription en DC :

1°) le principe actif désigné par sa DC ;
2°) le dosage en principe actif ;
3°) la voie d'administration et la forme pharmaceutique.

Exemple : amoxicilline 125mg/5ml poudre pour suspension buvable

Si le médicament prescrit comprend plusieurs principes actifs, la prescription indique la DC et le dosage de chaque principe actif, ainsi que le signe « + » entre chaque principe actif.

Exemple : amoxicilline 500mg + acide clavulanique 62.50 mg comprimé.
En pratique, il est possible d'accepter une prescription ne respectant pas cet ordre par exemple : amoxi / ac. clav 500 mg / 62,5. Dans ce dernier cas le dosage des molécules prescrites est reporté en fin de libellé.

Ces règles de prescription en DC ont une portée générale et s'appliquent aussi bien aux médicaments figurant au répertoire des génériques qu'aux médicaments qui n'y figurent pas.

Exemple : le paracétamol ne fait pas, à ce jour, partie des principes actifs inscrits au répertoire des génériques. Il peut faire l'objet d'une prescription en DC, par exemple : paracétamol 500mg gélule.

1.2. Modification des règles de prescription relatives aux médicaments inscrits sur une liste de substances vénéneuses

L'article R. 5194 du CSP énonce les mentions que les prescripteurs doivent obligatoirement porter sur une ordonnance de médicaments inscrits à l'une des listes de substances vénéneuses (liste I ; liste II ; médicaments stupéfiants).

Le décret n° 2002-1216 du 30/09/2002 adapte la rédaction de l'article R. 5194 à la possibilité de prescrire en DC, en modifiant les 2°) et 3°), relatifs au libellé du médicament prescrit et à la durée du traitement.

Toute ordonnance de médicament « listé » doit désormais comprendre :

- la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa DC, la posologie et le mode d'emploi, et s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée;

- la durée de traitement ou, lorsque la prescription comporte la dénomination au sens du I de l'article R. 5000 du CSP, le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription.

Au sens du I de l'article R. 5000 du CSP, la dénomination d'un médicament peut être :

- soit un nom de fantaisie (exemple : Tolexine®);
- soit une DC assortie d'une marque ou du nom du fabricant (exemple : Doxycycline G Gam).

La prescription en dénomination telle que décrite ci-dessus désigne une présentation particulière d'une spécialité pharmaceutique. Elle peut comporter soit un nombre de boîtes (Exemple : Tolexine® 100mg comprimé – 1 par jour - 1 boîte de 28 ou Doxycycline G Gam 100mg comprimé – 1 par jour – 2 boîtes de 5), soit une durée de traitement.

Pour une prescription en DC, qui ne désigne pas une spécialité en particulier, l'indication d'un nombre de boîtes n'est pas utile. La prescription doit, en revanche, comporter la posologie et la durée de traitement pour être exécutée (exemple : Doxycycline 100mg comprimé – 1 par jour – Traitement de 4 semaines)

Il est rappelé que la durée maximale de traitement prescrit est limitée à :

- 12 mois pour les médicaments relevant des listes I et II des substances vénéneuses (article R. 5208 CSP). Cette durée peut être réduite par voie d'arrêté pour des raisons de Santé Publique (ex : hypnotiques et anxiolytiques),

- 28 jours pour les médicaments classés comme stupéfiants (article R. 5213 CSP), cette durée pouvant être réduite à 14 ou 7 jours par arrêté.

La prescription médicale doit être établie dans le respect de ces durées.

Rappel : pour les produits non listés, les textes ne prévoient pas de durée maximale de traitement.

Remarque sur les ordonnances sécurisées :

Le décret n° 99/249 du 31 mars 1999 a prévu la mise en place d'une ordonnance sécurisée pour la prescription des stupéfiants.

L'utilisation de ce nouveau support, s'inscrivant dans les mesures annoncées en 1998 dans le cadre du plan de lutte contre la douleur, avait pour objet de simplifier et développer la prescription des antalgiques majeurs et de limiter les contrefaçons rendues possibles par l'usage du papier standard.

Le décret précité prévoyait également que l'utilisation de ces ordonnances sécurisées devait être étendue à l'ensemble des prescriptions à compter du 1er octobre 2000.

Compte tenu des échanges qui ont eu lieu avec les représentants des médecins qui mettaient notamment en avant le coût d'une telle mesure, les pouvoirs publics ont décidé de repousser cette date au 1er octobre 2002 (décret n° 2001-360 du 24 avril 2001 paru au JO le 27 avril 2001). La mise en oeuvre de cette généralisation vient toutefois d'être tout récemment reportée d'une année supplémentaire par le ministère chargé de la santé par un décret du 17 décembre 2002 (JO du 20 décembre).

Par conséquent, jusqu'au 1er octobre 2003, seule la prescription des médicaments stupéfiants doit obligatoirement faire l'objet d'une ordonnance sécurisée.

2. Adaptation du libellé des médicaments dans le répertoire des génériques

L'article R. 5143-8 du CSP est également modifié par le décret n°2002-1216 du 30/09/2002, pour adapter sa rédaction à la possibilité désormais offerte de mentionner, à l'occasion d'une prescription, les libellés des molécules (DC).

Les groupes génériques sont regroupés par principe actif désigné par leur DC précédée de la mention : « dénomination commune », et par voie d'administration. Les mentions qui doivent, en application de l'article R. 5000-1 du CSP, figurer dans une prescription en DC sont spécifiées, sur le répertoire, à l'attention des prescripteurs.

La liste de ces produits qui figure au répertoire de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) est consultable sur le site : afssaps.sante.fr, rubrique "documentation et publication".

3. Extension de la notion de groupe générique

L'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a modifié l'article L 5121-1 du CSP lequel prévoit désormais « qu'en l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent. » En effet, il existe des molécules tombées dans le domaine public pour lesquelles il n'existe pas de princeps, les plus connues étant l'aspirine et le paracétamol, ce qui les a exclues du champ actuel des groupes génériques tels que définis par la réglementation en vigueur. Cette modification législative va permettre de les insérer dans le répertoire des génériques

4. Les modalités de dispensation d'une prescription en DC

Le décret 2002-1216 du 30/09/2002 introduit dans le CSP l'article R. 5143-11-1, qui définit les conditions de dispensation au vu d'une prescription en DC.

Le pharmacien dispense un médicament répondant à toutes les mentions prévues à l'article R. 5000-1 du CSP c'est à dire principe actif, dosage, voie d'administration et forme pharmaceutique.

Néanmoins, la forme pharmaceutique orale à libération immédiate du médicament dispensé peut être différente de celle figurant sur la prescription libellée en DC, sous réserve que le médicament dispensé figure dans le même groupe générique que le médicament prescrit.

Exemple : Prescription « Ibuprofène 200mg comprimé »
Délivrance possible de tous les médicaments appartenant au groupe générique ibuprofène 200mg – voie orale à libération immédiate-, sous la forme comprimé (Algifène 200, Antarène 200…), mais aussi sous la forme gélule (Ibuprofène 200 ou Solufen 200).

II - Les règles de prise en charge découlant de l'article R. 5148 bis

1. Les règles de rédaction de la prescription subordonnant la prise en charge

1.1. La prescription en nom de marque (par référence au I de l'article R 5000 du CSP)

La prescription doit obligatoirement comporter les mentions suivantes :

- la posologie,

et

- la durée de traitement **ou** le nombre d'unités de conditionnement (nombre de boîtes).

1.2. La prescription en DC

La prescription doit obligatoirement comporter les mentions suivantes :

- la posologie,

et

- la durée de traitement.

2. Conséquences de l'absence des mentions obligatoires (cf. tableau en annexe)

2.1. Les produits listés

Dès lors qu'une des mentions obligatoires de la prescription fait défaut (ou les deux), le pharmacien ne peut exécuter la prescription **qu'avec l'accord du prescripteur**, que la prescription soit rédigée en nom de marque ou en DC.

Le pharmacien mentionne expressément sur l'ordonnance avoir recueilli l'accord du prescripteur selon les modalités suivantes :

Il indique la ou les mention(s) qui manquent sur l'ordonnance :

- posologie ;
- durée de traitement ou nombre d'unités de conditionnements (en cas de prescription en nom de marque) tels qu'ils ont été arrêtés lors du contact du pharmacien avec le prescripteur;
- la dispensation qu'il a effectuée (nom de la spécialité et nombre d'unités de conditionnement délivrées) ;

- la mention, par exemple, « accord du Dr X le (date) » suivie de la signature du pharmacien ayant effectué la dispensation ;

- le tampon de la pharmacie.

En cas d'impossibilité de joindre le médecin, le pharmacien ne pourra pas procéder à la délivrance des médicaments. Dans ce cas, l'assuré est invité à se rapprocher de son médecin prescripteur afin que ce dernier complète la prescription et permette ainsi la délivrance du traitement. Il est rappelé qu'à cette occasion la prescription devra être complétée gratuitement dès lors qu'aucun acte ouvrant droit à la facturation d'une consultation n'aura été réalisé par le médecin

2.2. Les produits non listés

Dans le cas où l'une des mentions obligatoires (ou les deux) fait défaut, la nouvelle rédaction de l'article R. 5148 bis CSP en son alinéa 4 autorise le pharmacien à exécuter la prescription sans l'accord du prescripteur. Toutefois, si le pharmacien le souhaite (et a priori s'il doit recueillir l'accord du prescripteur en cas de prescription incomplète de produits listés sur la même ordonnance), il peut demander l'accord du prescripteur en cas de prescription incomplète de produits non listés. Dans ce cas, l'ordonnance sera complétée dans les mêmes conditions que celles visées en II. 1. Le pharmacien peut alors délivrer le traitement conformément aux indications données par le prescripteur.

En l'absence de recueil de l'accord du prescripteur, l'exécution des prescriptions incomplètes de médicaments non listés par le pharmacien doit intervenir dans les conditions suivantes :

2.2.1 Concernant les prescriptions en nom de marque

- *Cas où le nombre d'unités de conditionnement est précisé (absence de la posologie ou absence de la posologie et de la durée)*

  Le pharmacien dispense le nombre de boîtes indiqué mais en choisissant le conditionnement contenant le plus petit nombre de prises.

- *Cas où le nombre d'unités de conditionnement n'est pas précisé (absence de la posologie et/ou de la durée)*

  Le pharmacien dispense **une seule** boîte du conditionnement contenant le plus petit nombre de prises.

2.2.2. Concernant les prescriptions en DC

En l'espèce, le nombre d'unités de conditionnement (nombre de boîtes) n'est pas une mention obligatoire de la prescription. Elle n'est pas signifiante (voir plus haut II. point 2) ; elle n'a donc pas, en théorie, à y figurer. En effet, lorsqu'une spécialité est prescrite en DC, le nombre de boîtes à délivrer va dépendre du choix de la spécialité dans la gamme qui s'offre au pharmacien. La règle posée par l'alinéa 4 de l'article R. 5148 bis CSP pour les médicaments non listés, qui se fonde sur le nombre d'unités de conditionnement, n'a donc pas lieu de s'appliquer.

Ainsi, lorsque l'une des deux mentions obligatoires ou les deux font défaut, le pharmacien dispense dans tous les cas **une seule** boîte du conditionnement contenant le plus petit nombre de prises.

Il est toutefois utile de préciser qu'en pratique, une autre situation peut se présenter : l'une des deux mentions ou les deux font défaut mais le médecin peut avoir précisé le nombre de boîtes.

En effet, la prescription en DC constitue une nouveauté pour les prescripteurs, dans la mesure où elle modifie leur pratique actuelle de rédaction des prescriptions. Il est donc possible que des pharmaciens soient, transitoirement, confrontés à l'exécution de prescriptions en DC incomplètes au regard des mentions obligatoires mais indiquant le nombre de boîtes à délivrer.

Cette dernière mention ne doit toutefois pas être retenue puisque non signifiante dans le cadre d'une prescription en DC ; elle est indifférente aux modalités d'exécution de la prescription. La règle selon laquelle **une seule** boîte du plus petit conditionnement doit être délivrée en cas d'absence de l'une ou des deux mentions obligatoires doit être appliquée.

3. Les règles financières

3.1. En cas de prescription en DC dans le cadre d'un groupe générique

L'article L. 162-16 du CSS disposait dans sa version initiale que lorsque le pharmacien exécutait une prescription en DC, l’écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique ne pouvait pas être supérieure à un montant préfixé. Celui-ci devait être déterminé par la convention nationale des pharmaciens ou à défaut par arrêté interministériel. La convention n'étant pas finalisée, un arrêté devait intervenir.

Dans sa nouvelle rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 cf article 43- JO du 24/12), l'article L. 162-16 CSS modifie cette règle financière puisqu'il prévoit que la dépense ne peut être supérieure à celle « qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe ».

3.2. En cas de prescription en DC hors d'un groupe générique

La règle financière décrite au point 3.1. est opposable en cas de prescription en DC d'une molécule appartenant à un groupe générique.

Dans le cas d'une prescription en DC hors d'un groupe générique reconnu, il n'est pas interdit pour l'instant au pharmacien de délivrer la spécialité la plus chère du marché.

Pour empêcher cette dérive dont l'enjeu financier est important pour l'Assurance Maladie, l'article 43 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2003 permet l'élargissement de la notion de générique à des molécules tombées dans le domaine public n'ayant pas de spécialité de référence (cf I 1.3). Lorque ces molécules seront inscrites au répertoire des génériques, la règle financière décrite au point 3.1 pourra s'appliquer.

III. <u>Modification de la durée de traitement</u>

La nouvelle rédaction de l'article R. 5148 bis CSP (issu du décret n° 2002-1216 du 30 septembre 2002) prévoit que la durée limite de traitement ouvrant droit à la prise en charge est portée de 6 mois à un an pour les médicaments listés et non listés.
Elle permet ainsi de mettre en cohérence les règles de santé publique et de prise en charge.

En effet, jusqu'à présent, un médecin avait la possibilité de prescrire un traitement d'une durée de 12 mois pour les médicaments des listes I et II (Cf. § I 1.2) mais au regard des règles de prise en charge la durée de traitement ne devait pas excéder 6 mois.

Ainsi, pour obtenir une prise en charge, le patient devait donc retourner chez son médecin pour obtenir une nouvelle prescription à l'issue des 6 mois de traitement.

IV. Quantité maximale de médicaments facturés

1. Rappel des règles de délivrance (cf. I)

1.1. Médicaments listés et stupéfiants

Conformément au dernier alinéa de l'article R. 5198 du CSP, il ne peut être délivré en une seule fois une quantité de médicaments ou produits correspondant à une durée de traitement supérieure à 4 semaines ou à 1 mois de 30 jours, selon le conditionnement. Pour les contraceptifs, cette durée est portée à 12 semaines.

1.2. Médicaments non listés

La quantité de médicaments pouvant être délivrée n'est pas limitée dans sa durée.

2. Règles de remboursement

2.1 Médicaments listés et stupéfiants

Conformément à la règle citée au point 1.1, le pharmacien ne peut délivrer et donc facturer à l'Assurance Maladie une quantité de médicaments supérieure à celle autorisée.

2.2 Médicaments non listés

En l'absence de limite dans la quantité de médicaments pouvant être délivrée, comme précisé au point 1.2, le pharmacien peut délivrer en une seule fois une quantité de médicaments supérieure à 1 mois.

Néanmoins, conformément à l'avant dernier alinéa de l'article R. 5148 bis, **pour en permettre la prise en charge**, le pharmacien ne peut délivrer et donc facturer en une seule fois une quantité de médicaments supérieure à 4 semaines ou à 30 jours, selon le conditionnement.

Le nouveau décret en introduisant les mots "pour en permettre la prise en charge" précise qu'il s'agit d'une règle opposable au pharmacien en cas de facturation du traitement à l'Assurance Maladie de médicaments non listés.

Ainsi les caisses sont en droit de refuser la prise en charge d'une quantité de médicaments correspondant à la délivrance d'un traitement d'une durée supérieure à celle susvisée.

Il est rappelé qu'en cas de prescription pour une durée de traitement d'un mois ou 30 jours, le pharmacien délivre et facture les médicaments

correspondant à une durée de 28 ou 30 jours, selon les conditionnements disponibles.

Des motifs de santé publique justifient l'édiction de cette limite réglementaire. En effet, la délivrance en une seule fois de quantité massive de médicaments conduit à la constitution de stock chez le patient pouvant être à l'origine d'une surconsommation, ou d'une automédication néfaste pour la santé de celui-ci.

3. Cas des renouvellements

3.1 Sur la nécessaire continuité de certains traitements chroniques

Certains traitements chroniques, comportent des médicaments dont le conditionnement est adapté à un traitement apprécié en nombre de semaines (exemple boîtes de 28, 56 unités thérapeutiques), alors que la prescription mentionne une durée de traitement d'un mois à renouveler (X) fois.

Dans ce cas, en application des dispositions de l'article R 5148 bis du CSP déjà exposées, le pharmacien ne peut délivrer en une fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à 4 semaines.

Dans les seuls cas où, pour des médicaments nécessitant une continuité de traitement, une nouvelle prescription n'a pas été établie à l'issue des (X) fois 4 semaines, il convient de ne pas opposer de refus de prise en charge à une délivrance supplémentaire de plus petit conditionnement permettant d'assurer la continuité du traitement.

3.2 Sur l'aspect économique

Dans le cadre des traitements d'un mois faisant l'objet de renouvellements, il est, dans des cas particuliers, plus économique pour l'assurance maladie que le pharmacien délivre une spécialité en grand conditionnement (cette délivrance dépassant une durée de traitement de 1 mois, et la quantité délivrée en sus étant reportée sur le renouvellement), plutôt que de petits conditionnements, plus adaptés à une délivrance d'un mois de traitement.

Exemple : Daonil prescrit à la posologie de 2 comprimés par jour et commercialisé en boîtes de 20 et 100 comprimés.
1er mois : délivrance de 1 boîte de 100 et non de 3 boîtes de 20
2ème mois : délivrance de 1 boîte de 20.
3ème mois : etc…
Il appartient aux caisses, par des contrôles a posteriori, de s'assurer que les tolérances décrites aux points 3.1. et 3.2. n'ont pas conduit à une délivrance injustifiée de médicaments.

4. Exception : départ à l'étranger pour un séjour d'une durée supérieure à un mois

4.1. Maintien de la procédure dérogatoire énoncée dans la circulaire SDAM n°959/80 ENSM n° 359/80 du 31 mars 1980

A la demande du Ministère, la caisse nationale par le biais d'une circulaire de 1980 (SDAM n°959/80 ENSM n°359/80 du 31 mars 1980 relative au remboursement des médicaments) avait mis en place une procédure dérogatoire à cette règle posée par le CSP, en faveur des patients se trouvant dans une situation exceptionnelle puisque conduits à séjourner à l'étranger pendant plus d'un mois tout en devant continuer leur traitement prescrit.
Ces dispositions sont maintenues. Il convient toutefois d'y apporter quelques précisions.

4.2. Caractère encadré de cette dérogation

- Accord individuel préalable du service médical :

  S'agissant d'une tolérance dérogatoire à une disposition réglementaire, elle est strictement encadrée. Ainsi, les caisses peuvent prendre en charge une quantité de médicaments délivrés pour un traitement d'une durée supérieure à 4 semaines ou 30 jours (dans la limite de la durée du traitement prescrit) destiné à un assuré appelé à se rendre à l'étranger pour un séjour supérieur à un mois uniquement dans la mesure où le service médical près de la caisse d'affiliation a donné un accord, portant sur la justification médicale de la nature et de la durée du traitement prescrit, préalablement à la délivrance. L'appréciation s'effectue au cas par cas.

  Il faut souligner que cette possibilité de prendre en charge la délivrance d'un traitement dont la durée est supérieure à un mois, ne peut intervenir que dans les cas où la prescription est établie dans le respect des règles relatives aux durées maximales de prescription énoncées par le code de la santé publique et en particulier pour certains médicaments (anxiolytiques, hypnotiques, traitements de substitution de la toxicomanie notamment).

- Notion de départ à l'étranger :

  Cette exception ne doit pas faire l'objet d'une interprétation extensive. A cet égard, l'assuré susceptible de bénéficier de cet accord exceptionnel du service médical doit effectivement se rendre à l'étranger et pas seulement se déplacer au sein du territoire français (DOM compris). En effet, la mise en œuvre de la tolérance susvisée se

justifie par les difficultés éventuelles que pourrait rencontrer un assuré dans un pays étranger (incertitudes sur le nombre d'officines, sur la disponibilité des médicaments…) pour obtenir la délivrance des médicaments nécessaires à son traitement. Dès lors, un patient qui se déplace hors de sa circonscription sur le territoire français et ce, même pour de longues périodes, ne peut se trouver confronté à ce même risque d'interruption du traitement.

Vous voudrez bien informer les médecins et les pharmaciens dans les conditions habituelles de ces nouvelles dispositions réglementaires.

Nous vous remercions de bien vouloir nous tenir informés des éventuelles difficultés d'application de la présente circulaire.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur le Directeur, Chers Consoeurs et Confrères, à l'assurance de notre considération distinguée.

La Directrice des Risques Maladie
Bernadette MOREAU

Le Médecin Conseil National adjoint
Pierre FENDER