

2 0 2 1

Santé Info Droits PRATIQUE

C.6.2

SÉCURITÉ SOCIALE

LE FORFAIT DE 24 € SUR LES ACTES LOURDS OU COÛTEUX

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Une participation de l'assuré social aux soins, fixée à 24 euros pour l'ensemble des actes inscrits au remboursement et affectés d'un coefficient¹ égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros a été institué par le décret du 19 juin 2006 pris en application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 qui a autorisé le pouvoir réglementaire à fixer les cas de limitation ou de suppression de la participation de l'assuré jusqu'alors strictement listée par la loi (L160-14 du Code de la Sécurité sociale).

Ce décret a ainsi modifié la règle établie antérieurement par l'article R322-8 du Code de la Sécurité sociale qui prévoyait une suppression de la participation de l'assuré aux soins pour l'ensemble de ce type d'actes. Cette exonération totale n'existe plus. Un forfait de 24 euros est, désormais dû par l'assuré pour tous les actes lourds ou coûteux.

D'abord fixé à 18 euros, un décret est venu augmenter le montant du forfait à 24 euros à compter du 1^{er} janvier 2019. Un décret avait déjà, en 2011, augmenté le seuil d'application du forfait de 18 euros pour les actes médicaux. Il est dorénavant dû pour tout acte dont le tarif est égal ou supérieur à **120 euros** ou ayant un coefficient supérieur ou égal à **60**.

Pour les actes dont le tarif est inférieur à 120 euros ou dont le coefficient est inférieur à 60, les patients doivent s'acquitter du ticket modérateur selon les modalités spécifiques applicables aux soins de ville (30% du tarif) et dans un établissement de santé (20% du tarif), hors cas d'exonérations.

NB : Attention, il ne faut pas confondre le forfait de 24 euros portant sur les actes lourds ou coûteux et le forfait journalier hospitalier dû au titre de la participation du patient aux frais d'hébergement entraîné par son hospitalisation au sein d'un établissement de santé (de 20 ou 15 euros).

¹Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel (cf. nomenclature générale des actes professionnels).

COMMENT ÇA MARCHE ?

1

LES ACTES CONCERNÉS

La participation forfaitaire de 24 euros s'applique :

- aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60. Cela concerne aussi bien les actes pratiqués en **cabinet de ville** que ceux pratiqués dans les centres de santé ou dans les établissements de santé publics ou privés dans le cadre de **consultations externes**;
- aux frais d'une **hospitalisation** en établissement de santé y compris en hospitalisation à domicile, au cours de laquelle est

- effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60;
- aux frais (quel que soit le montant) d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées ci-dessus et en lien direct avec elle.

EXEMPLE :

Reste à charge de l'assuré après intervention de l'Assurance maladie pour un acte pratiqué en ville (taux de la participation de l'assuré = 30%)
Reste à charge de l'assuré après intervention de l'Assurance maladie pour un acte pratiqué en établissement (taux de la participation de l'assuré = 20%)

MONTANT DE L'ACTE

Acte < 120 €			Acte > 120 €
80 €	90 €	119 €	
24 €	27 €	35,70 €	Forfait 24 €
16 €	18 €	23,80 €	Forfait 24 €

2

SITUATIONS POUR LESQUELLES LES RÈGLES RELATIVES AU FORFAIT 24 EUROS NE SONT PAS APPLIQUÉES

Ces exceptions résultent soit de la nature de l'acte, soit de la situation du patient.

A/ Non application du forfait 24 euros en raison de la nature de l'acte

Liste des actes ou frais pour lesquelles les règles relatives au forfait 24 euros ne s'appliquent pas	Prise en charge par l'Assurance maladie (% exprimé en rapport au tarif de base de la Sécurité sociale)
Actes de radiodiagnostic , d'imagerie par résonance magnétique , de scanographie , de scintigraphie ou de tomographie à émission de positons	Prise en charge à 100 %.
Frais de transports d' urgence	Prise en charge à 100% si l'hospitalisation consécutive à ce transport comportent des actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60.
Frais de transports entre deux établissements ou entre un établissement et le domicile en cas d' hospitalisation à domicile lorsque la seconde hospitalisation est consécutive et en lien direct avec une première hospitalisation	Prise en charge à 100% s'il a été effectué, au cours de la première hospitalisation, un ou des actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.
Frais d'hospitalisation à partir du 31^e jour d'hospitalisation consécutif	Prise en charge à 100 %.
Frais d'acquisition de prothèses oculaires et faciales , d' orthoprothèses , de véhicules pour handicapés physiques	
Actes de diagnostic et de traitement de la stérilité	
Actes réalisés dans le cadre de programmes officiels de prévention	
Frais relatifs à la fourniture de sang humain , de plasma ou de leurs dérivés et de lait humain .	
Frais de prothèses dentaires , d' analyses de biologie et d' actes d'anatomo-cyto-pathologie	Pas de prise en charge à 100% ni de forfait à 24 €. Application des règles relatives au ticket modérateur quel que soit le montant des frais.
Forfait Patient urgence (somme forfaitaire facturée lors de chaque passage aux urgences, non suivi d'une hospitalisation , si le patient bénéficie d'une prise en charge complète dans le cadre de son passage par exemple, une radio, une suture ou une prise de sang)	Pas de prise en charge par l'Assurance maladie. Prise en charge intégrale par les contrats responsables des complémentaires santé. Exemptions pour certaines situations individuelles.

B/ Non application du forfait 24 € en raison de la situation individuelle de l'utilisateur

Il s'agit soit d'une exonération de la participation forfaitaire soit d'une prise en charge de celle-ci par le régime de protection sociale du patient.

Sont ainsi concernés :

- les personnes prises en charge au titre d'une **affection de longue durée (ALD) exonérante**, pour les actes, soins et traitements en rapport avec cette affection et mentionnés dans le protocole de soins ;
- les bénéficiaires de la **Complémentaire santé solidaire** ;
- les bénéficiaires de **l'aide médicale de l'État (AME)** ;
- les titulaires d'une **pension d'invalidité** ou d'une pension de vieillesse pour inaptitude ;
- les titulaires d'une pension de réversion, atteintes d'une invalidité permanente et qui remplissent les conditions d'ouverture de droit à une pension d'invalidité ;
- les titulaires d'une **pension militaire** (malades ou blessés de guerre) ;

- les titulaires d'une **allocation de solidarité aux personnes âgées** ;
- les titulaires d'une **rente accident du travail - maladie professionnelle** d'un **taux égal ou supérieur à 66,66 %** et leurs **ayants droit** ;
- les personnes prises en charge au titre d'un **accident du travail** ou d'une **maladie professionnelle**, pour les actes, soins et traitements en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle ;
- les **femmes enceintes** à partir du 6^e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après leur accouchement ;
- **les nouveaux-nés**, pour les frais d'hospitalisation ou les soins en établissement de santé pendant les 30 jours qui suivent leur naissance ;
- **les enfants et adolescents mineurs victimes de sévices sexuels**, pour les actes, soins et traitements consécutifs aux sévices sexuels ;
- les personnes relevant du régime d'**Alsace-Moselle**.

Focus sur le Tarif Journalier de Prestation (TJP)

Lorsqu'une personne est hospitalisée dans un établissement public ou privé non lucratif, si elle ne fait l'objet d'aucun soin spécifiquement lourd et qu'elle reste par exemple en observation, le calcul de son reste à charge sur les soins reçus est réalisé en référence à un montant journalier fixé chaque année par le directeur de l'établissement pour chaque service de son hôpital : c'est le « *tarif journalier de prestation* », montant qui sert alors de base au calcul du ticket modérateur (20% de son coût total) facturé au patient ou à sa complémentaire.

Ce tarif journalier de prestation peut varier de façon conséquente d'un établissement à l'autre et entraîner la facturation de tickets modérateurs très conséquents, alors même que les hospitalisations concernées n'ont pas fait l'objet de soins lourds ou importants.

3

MODALITÉS DE DÉCOMPTE DU FORFAIT 24 EUROS EN CAS DE PLURALITÉ D'ACTES

- Lorsque **plusieurs actes** sont effectués par le **même praticien** au cours d'une **même consultation**, leur tarif et/ou leur coefficient peuvent se cumuler jusqu'à atteindre un montant de 120 euros ou un coefficient de 60, ce qui induira alors une facturation du forfait 24 €.
- Lorsque **plusieurs actes d'un tarif supérieur ou égal à 120 euros**, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation,

la participation forfaitaire de 24 euros ne s'applique qu'une seule fois.

- En cas d'**hospitalisation**, lorsqu'un ou plusieurs actes d'un tarif supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, sont effectués pendant le séjour, **la participation forfaitaire de 24 euros ne s'applique qu'une seule fois par séjour**, pour l'ensemble des frais d'hospitalisation.

4

COMMENT RÉGLER LA PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 EUROS ?

La participation forfaitaire de 24 euros est à régler au professionnel de santé ou à l'établissement de santé.

Ce forfait n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie. Tou-

tefois, les complémentaires santé peuvent, selon les garanties contractuelles souscrites, prendre en charge la participation forfaitaire de 24 euros.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Articles L160-13, L160-14 et R160-16 du Code de la Sécurité sociale ;

- Circulaire DSS/DHOS/2006/290 du 3 juillet 2006.



01 53 62 40 30*

La ligne de France Assos Santé



UNE ÉCOUTE PAR DES SPÉCIALISTES POUR TOUTE QUESTION JURIDIQUE OU SOCIALE LIÉE À LA SANTÉ ?

Egalement accessible sur : www.france-assos-sante.org/sante-info-droits

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé

AFF-2018-02

*Accessible à tous sur l'ensemble du territoire, sans condition d'adhésion, pour le coût d'une communication normale

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.
Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Posez vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



01 53 62 40 30

La ligne de France Assos Santé

Fiche Santé Info Droits pratique C.6 - Forfaits et franchises

Fiche Santé Info Droits pratique C.6.1 - Forfait hospitalier

Votre Caisse primaire d'Assurance maladie ou sur Internet : www.ameli.fr

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante :

<https://www.france-assos-sante.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !