

2 0 2 1

# Santé Info Droits PRATIQUE

C.8

SÉCURITÉ SOCIALE

## LE TIERS PAYANT

DE QUOI  
S'AGIT-IL ?

Le tiers payant est un dispositif qui permet aux assurés sociaux de ne pas payer directement le professionnel de santé, au moment de la consultation, celle-ci étant réglée par l'Assurance maladie puis, le cas échéant par la complémentaire santé du patient. Ainsi, l'assuré à qui l'on applique le tiers payant bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

On parle de dispense d'avance de frais partielle lorsque l'assuré paie uniquement la part des frais non pris en charge par l'Assurance maladie (c'est-à-dire le ticket modérateur).

On parle de dispense d'avance de frais totale lorsque l'assuré n'avance aucun frais.

La dispense d'avance de frais s'applique d'ores et déjà :

- pour tous les assurés sociaux dans la quasi-totalité des pharmacies de ville, dans de nombreux établissements de santé, laboratoires d'analyses médicales ou cabinets de radiologie, en raison de conventions avec l'Assurance maladie ;
- pour certains assurés sociaux au statut spécifique (Complémentaire santé solidaire, ALD...), auprès de tous les professionnels de santé.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoyait la généralisation progressive du mécanisme du tiers-payant pour la part de l'Assurance maladie qui a ensuite été reportée à une date indéterminée.

COMMENT  
ÇA MARCHE ?

### Les conditions pour bénéficier de la dispense d'avance de frais

- pour les actes et des prestations dispensés par les médecins, respecter le parcours de soins coordonnés (voir sur le sujet, la [fiche Santé Info Droits pratique C.7](#)) ;
- présenter au professionnel de santé la carte Vitale valable, à jour, afin qu'il puisse vérifier que des droits à l'Assurance maladie sont bien ouverts ;
- consulter un professionnel ou un établissement de santé, conventionné avec l'Assurance maladie ;
- avoir donné une autorisation de prélèvement sur son compte bancaire pour la récupération des forfaits et franchises dûs à l'Assurance maladie par le bénéficiaire ;
- auprès des pharmacies, accepter les médicaments génériques (sauf dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient).



**Tiers payant sur la part prise en charge par la Sécurité sociale**

**Tiers payant Complémentaire**  
(Sécurité sociale + Complémentaire santé)

*L'assuré réglera au professionnel de santé le ticket modérateur*

*L'assuré ne règle aucun frais sauf ceux qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie (dépassements d'honoraires, par exemple)*

*L'assuré ne règle aucun frais sauf ceux qui ne sont pas pris en charge ni par l'Assurance maladie ni par la complémentaire santé*

Bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire			X
Bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat (AME)		X	
Soins en lien avec une affection de longue durée (ALD) L162-16-7 CSS		X	
Pensionnés d'invalidité		X <i>A la discrétion du professionnel de santé</i>	
Soins en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle		X <i>A la discrétion du professionnel de santé</i>	
Consultation de contraception pour les mineurs de plus de 15 ans		X	
Actes de prévention / Dépistage organisé		X	
Soins aux femmes enceintes à partir du 6 <sup>ème</sup> mois L162-16-7 CSS		X	
Tous les assurés sociaux	X  <i>A la discrétion du professionnel de santé</i>		<u>Possible et prévu contractuellement dans diverses situations :</u> Hospitalisation en établissement de santé conventionné Pharmacie (L162-16-7 CSS) Optique Cabinet de radiologie Laboratoire d'analyses médicales Adhérent aux contrats labellisés souscrits pour les personnes âgées d'au moins 65 ans Adhérent à un contrat responsable



## CE QU'IL FAUT SAVOIR

### La récupération des sommes avancées à la charge des assurés (article L160-13 CSS)

Pour les assurés bénéficiant de la dispense d'avance de frais, mais toutefois soumis au paiement de la franchise médicale ou de la participation forfaitaire de 1 euro (voir [fiche pratique C.6 sur les forfaits et franchises](#)), l'Assurance maladie doit récupérer ces sommes qui, avant la mise en place du tiers payant, étaient décomptées du remboursement de la consultation médicale.

Ces sommes peuvent être récupérées de différentes façons :

- payées directement par l'assuré à l'organisme d'Assurance maladie ;
- récupérées par l'organisme d'Assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir (déduction de remboursements futurs, mais aussi d'indemnités journalières ou pension d'invalidité) ;
- prélevées sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier lorsque les sommes excèdent un plafond fixé par décret.

### Tiers payant sur la part à la charge des complémentaires santé

En ce qui concerne les frais pris en charge par les complémentaires santé, le contrat responsable permet à l'assuré de bénéficier de la dispense d'avance de frais sur des prestations faisant l'objet des garanties contractuelles, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Ainsi, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont l'obligation de permettre la dispense d'avance de frais à leurs assurés, a minima sur le ticket modérateur, en ville comme à l'hôpital (voir [Fiche pratique C.2.1 sur les contrats responsables et solidaires](#)).

La mise en place obligatoire du bénéfice de la dispense d'avance de frais à la charge des complémentaires santé, au titre du contrat responsable, ne s'étend pas aux dépassements d'honoraires éventuellement couverts par le contrat. Néanmoins, il ne leur est pas interdit de proposer cette possibilité à leurs adhérents.

En l'état actuel des textes, si cette obligation pèse sur les complémentaires santé, elle ne pèse aucunement sur les professionnels de santé qui n'ont que la faculté de l'appliquer comme pour la part obligatoire.

### Le dispositif « Tiers payant contre génériques »

Afin de promouvoir la délivrance des médicaments génériques, l'Assurance maladie a mis en œuvre le dispositif « Tiers payant contre génériques » qui prévoit, pour l'assuré, le bénéfice de la dispense d'avance de frais à la pharmacie s'il accepte le médicament générique.

A l'inverse, si l'assuré refuse la substitution, il devra avancer le coût de ses médicaments auprès du pharmacien et sera remboursé a posteriori. Dans ce cas, une feuille de soins papier est délivrée au patient. Cette facturation papier et cette avance de frais ne doivent concerner que la/les ligne(s) de l'ordonnance correspondant au(x) médicament(s) pour le(s)quel(s) l'assuré a refusé le générique.

Toutefois, dans les cas où la substitution poserait des problèmes médicaux particuliers au patient, le pharmacien a l'interdiction de délivrer un générique et doit accorder le tiers payant au patient (voir [fiche pratique C.9.2 sur la prise en charge des médicaments](#)).

### Modalités d'application du tiers payant sur la part obligatoire pour le professionnel

Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'Assurance maladie

est garanti, dès lors qu'il utilise la carte Vitale de l'assuré (et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition : perdue, volée ou dénoncée). Ce paiement intervient dans un délai maximal de sept jours ouvrés. En cas de non-respect de ce délai, l'Assurance maladie verse une pénalité au professionnel de santé :

- soit d'une pénalité forfaitaire de 1 euro calculée pour chaque facture payée le huitième jour ouvré ou le neuvième jour ouvré ;
- soit d'une pénalité égale à 10 % de la part prise en charge par l'Assurance maladie calculée pour chaque facture payée à compter du dixième jour ouvré.

## POINT DE VUE

La généralisation du tiers-payant sur la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, telle qu'elle était prévue par la loi du 26 janvier 2016, était une avancée importante pour les usagers du système de santé. Avec cette mesure, un frein économique à l'accès au soin aurait pu être progressivement levé. Suite à une modification législative, il n'est plus question aujourd'hui de tiers-payant généralisé mais d'un tiers-payant généralisable, c'est-à-dire une possibilité laissée au professionnel de santé de l'appliquer ou non. D'après un sondage OpinionWay de septembre 2014, une majorité écrasante s'est prononcée contre. La même année, les usagers de Santé Info Droits s'exprimaient favorablement au tiers payant à 95%. On peut donc craindre que les situations de renoncement aux soins ne sont pas prêtes de reculer dans ce contexte.

La généralisation du Tiers-payant intégral est prévu à l'article 65 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2021, pour l'ensemble de produits inclus dans les paniers de soins 100% Santé à partir de 2022. Ce premier pas, doit pouvoir relancer la question du tiers payant généralisé, car s'il est techniquement possible de le mettre en œuvre dans le cadre des produits 100% Santé, rien ne s'oppose à ce que cela le soit pour l'ensemble des actes et des prestations.

## TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Article 83 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Article 63 de la loi n° 2017-1836
- Articles L161-36-4 et D161-13-2 à D161-13-5 (conditions), L162-21-1 du Code de la Sécurité sociale
- Décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales
- Article 36 de l'arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie
- Rapport conjoint de l'Assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé prévu par l'art. 83 de la loi de modernisation de notre système de santé, 17 février 2016.



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](http://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](http://www.france-assos-sante.org/sante-info-droits)**



01 53 62 40 30

La ligne de France Assos Santé

Le site de l'Assurance maladie : [www.ameli.fr](http://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 :

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

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

FP-2007-C.8-E4-21