

2 0 1 8

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 (CMU-C, ACS, ALD...), auprès de tous les professionnels de santé.

La loi n° 2016-41 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 d'ici à la fin de l'année 2017. Cette généralisation qui devait concerner l'ensemble des professionnels de santé et l'ensemble des assurés sociaux au 1^{er} décembre 2017, a été reportée à une date indéterminée par l'application de l'article 3 de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

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 ;
- présenter au professionnel de santé la carte Vitale valable, à jour, afin qu'il puisse vérifier que des droits à l'Assurance maladie ont été ouverts au patient ;
- 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 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).

COMMENT
ÇA MARCHE ?



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

	Tiers payant sur la part prise en charge par la Sécurité sociale	Tiers payant Complémentaire (Sécurité sociale + Complémentaire santé)
Bénéficiaires de la CMU complémentaire	X	X
Bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)	X <i>Avec l'attestation de droits sans adhésion à une complémentaire</i>	X <i>Avec adhésion à une complémentaire</i>
Bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat (AME)		X
Soins en lien avec une affection de longue durée (ALD)		X
Pensionnés d'invalidité		X <i>Possible à compter du 1^{er} janvier 2017</i>
Soins en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle		X <i>Possible à compter du 1^{er} janvier 2017</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 ^{ème} mois		X
Tous les assurés sociaux	X <i>Possible à compter du 1^{er} janvier 2017</i>	<u>Possible et prévu contractuellement dans diverses situations :</u> Hospitalisation en établissement de santé conventionné Pharmacie 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

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, depuis le 1^{er} janvier 2017, 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 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.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé peuvent proposer le tiers payant intégral à leurs patients, y compris sur les dépassements d'honoraires.

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 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 un amendement pris fin octobre 2017, 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. Sachant que, d'après un sondage datant de 2014 (Sondage OpinionWay septembre 2014), une majorité écrasante s'est prononcée contre, on peut donc craindre que nombre d'usagers restent confrontés à des situations de renoncement aux soins du fait du recul de cette réforme.

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 L160-13, L161-36-4, L162-1-21, L162-16-7, L162-21-1, D161-13-2 à D161-13-5 du Code de la Sécurité sociale
- Décision du Conseil constitutionnel n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016
- 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.



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



Le site de l'Assurance maladie : 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 !