

Le 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article L322-3 du code de la sécurité sociale prévoit que le ticket modérateur peut être limité ou supprimé lorsqu'à l'occasion d'un acte ou au cours d'une période de temps déterminé, la dépense demeurant à la charge de l'assuré dépasse un certain montant. En application de ces dispositions, l'article R. 322-8 prévoyait que le ticket modérateur était supprimé « pour les actes inscrits qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros ».

Pour faire suite à la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et aux annonces du gouvernement désirant étendre le ticket modérateur à tous les actes tout en le plafonnant à 18€ pour les actes qui en étaient auparavant exonérés, le décret modifiant l'article R322-8 du code de la sécurité sociale et instaurant le forfait de 18€ non remboursé par l'assurance maladie sur les actes médicaux lourds est paru au journal officiel de ce jour.

La participation de 18€ est perçue par l'établissement auprès de l'assuré ou de sa complémentaire.

**Attention : ces dispositions sont normalement applicables à compter du 21 juin 2006**

#### **1) ACTES SOUMIS A L'APPLICATION D'UNE PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 13€**

Application du forfait de 18€ dans les cas suivants :

- ✦ pour les actes CCAM affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91€

- ❖ pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé lorsqu'il est effectué :
  - un acte thérapeutique ou diagnostique affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91€
  - dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins
- ❖ pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation consécutive et en lien direct à l'hospitalisation précédemment définie

Possibilité de cumuler les coefficients ou les tarifs des actes lorsque ces actes sont réalisés dans le même temps, par le même praticien et pour le même patient. Un arrêté devrait préciser les conditions d'application de ces dispositions.

## **2) ACTES RESTANT EXCLUS DU CHAMP DU TICKET MODERATEUR**

➤ Actes de radiologie et d'imagerie médicale : actes de radiodiagnostic, d'IRM, de scannographie, de scintigraphie, ou de tomographie affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91€.

Attention, les coefficients ou tarifs de chacun des actes mentionnés ne peuvent être cumulés.

Remarque : cette suppression ne dispense pas du versement du montant de la participation due par l'assuré aux titres des autres actes pratiqués à l'occasion de la consultation ou des frais intervenus au cours de l'hospitalisation.

➤ Frais de transport

- d'urgence entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé où elle est hospitalisée
- entre les deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile

➤ Frais afférents à la fourniture du sang humain, du plasma ou de leurs dérivés et de la fourniture du lait humain

➤ Ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du 31<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation consécutif.

➤ Frais de prothèse dentaire, d'analyses de biologie et d'actes d'anatomo-cyto-pathologie lorsqu'ils sont réalisés au cours d'une hospitalisation.

## **3) PERSONNES RESTANT EXONERÉES DU PAIEMENT DU TICKET MODERATEUR**

Cette participation de 18€ ne concerne pas les assurés entrant dans un des cas d'exonérations totale des frais au titre de dispositions législatives et réglementaires (articles R322-4, R322-5, R322-9 du code de la sécurité sociale):

- les femmes enceintes;
- les nouveaux nés hospitalisés ;
- les patients atteints d'une pathologie classée dans des affections de longue durée ;
- les titulaires d'une rente pour accidents du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension invalidité

## **4) TICKET MODERATEUR ET FORFAIT JOURNALIER**

Pour rappel, l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 est venu modifier l'article L174-4 du code de la sécurité en supprimant l'imputation du ticket modérateur sur le forfait journalier dû par l'assuré.

Ainsi, en cas d'hospitalisation, l'assuré sera redevable non seulement du forfait journalier mais également d'un ticket modérateur dont le montant est plafonné à 18€ pour les actes lourds.

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Décret n° 2006-707 du 19 juin 2006 modifiant l'article R. 322-8  
du code de la sécurité sociale

NOR : SANS0620526D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 322-2 et L. 322-3 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 19 janvier 2006 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en date du 18 janvier 2006 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 322-8. – Pour l'application des 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'article L. 322-3 :

I. – La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie est réduite à 18 € dans les cas suivants :

1. Pour les actes inscrits sur la liste mentionnée à l'article R. 162-52 qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 €.

2. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à 91 €.

3. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées au 2 et en lien direct avec elle.

Dans les cas mentionnés aux 2 et 3 ci-dessus, la participation de l'assuré est due au titre des frais d'hospitalisation.

Dans le cas mentionné au 1 ci-dessus, lorsqu'au cours d'une même consultation sont réalisés par un même praticien et pour un même patient plusieurs actes affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 €, la participation de l'assuré pour l'ensemble de ces actes est réduite au montant défini au premier alinéa du présent I.

Pour l'application de ces dispositions, les coefficients ou les tarifs des actes peuvent se cumuler lorsque ces actes sont réalisés dans le même temps, par le même praticien et pour le même patient. Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Lorsque le cumul concerne un acte affecté d'un coefficient et un acte affecté d'un tarif, la participation de l'assuré est égale au montant défini au premier alinéa du présent I lorsque le montant en euros résultant de ce cumul est égal ou supérieur à 91 €.

II. – La participation de l'assuré est supprimée :

1. Pour les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positons mentionnés dans la liste des actes et prestations pris en charge ou admis au remboursement par l'assurance maladie prévue à l'article R. 162-52 qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 € ; cette suppression ne dispense pas du versement du montant de la participation due par l'assuré au titre des autres actes pratiqués à l'occasion de la consultation ou des frais intervenus au cours de l'hospitalisation.

2. Pour les frais de transport d'urgence entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé, en cas d'hospitalisation mentionnée au 2 du I ainsi que, en cas d'hospitalisation mentionnée au 3, pour les frais de transport entre les deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile.

Pour l'application des dispositions du I ci-dessus, les coefficients ou tarifs de chacun des actes mentionnés ne peuvent être cumulés.

III. – Le tarif ouvrant droit à réduction est revalorisé chaque année conformément à l'évolution du tarif moyen pondéré afférent aux actes de la classification commune des actes médicaux constaté par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à la fin de l'année précédente.

IV. – La participation de l'assuré n'est ni réduite ni supprimée pour les frais de prothèses dentaires, d'analyses de biologie et d'actes d'anatomo-cyto-pathologie sauf si ces actes sont dispensés dans le cadre d'une hospitalisation prévue aux 2 ou 3 du I ci-dessus.

V. – La participation de l'assuré est supprimée dans les cas suivants :

1. Pour les frais d'acquisition des prothèses oculaires et faciales, des orthoprothèses et des véhicules pour handicapés physiques figurant sur la liste prévue par l'article L. 165-1.

2. Pour les frais afférents à la fourniture du sang humain, du plasma ou de leurs dérivés et de la fourniture du lait humain.

3. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du trente et unième jour d'hospitalisation consécutif. »

**Art. 2.** – Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 19 juin 2006.

DOMINIQUE DE VILLEPIN

Par le Premier ministre :

*Le ministre de la santé et des solidarités,*

XAVIER BERTRAND

*Le ministre délégué à la sécurité sociale,  
aux personnes âgées,  
aux personnes handicapées  
et à la famille,*

PHILIPPE BAS