



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

réforme

Question écrite n° 11101

Texte de la question

Médecins traitants, médecins correspondants, secteur conventionné, secteur à honoraires libres, secteur conventionné ou à honoraires libres sous option de coordination mais aussi hors option de coordination, spécialistes d'accès direct conventionnés, spécialistes d'accès direct à honoraires libres sous option ou hors option de coordination pratiquant ou ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires, médecins et spécialistes hors parcours coordonné de secteur 1 ou de secteur 2, forfait de 1 euro, tiers payant, franchises médicales, etc., si la mise en place du parcours de soins coordonné peut être considéré comme un progrès, on ne peut que regretter la complexité du dispositif mis en place, l'absence complète de tarifs clairs et réellement incitatifs au respect de ce parcours. Pour gagner en qualité de soins et inciter les Français à mieux contrôler leur budget santé, M. Jean-Sébastien Vialatte demande à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports les mesures urgentes qu'elle entend prendre afin d'expliquer aux Français le fonctionnement du parcours de soins coordonné dans toutes ses composantes et le bénéfice qu'ils ont à l'utiliser correctement.

Texte de la réponse

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-5-3 et de l'article D. 162-1-6-4 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction actuellement en vigueur, la participation de l'assuré ne peut être majorée quand ce dernier consulte un médecin en dehors du lieu où il réside de façon habituelle ou quand il consulte le médecin remplaçant son médecin traitant. Ces dispositions ne sont toutefois applicables qu'à la condition que l'assuré a désigné son médecin traitant. Dans les situations mentionnées ci-dessus, le médecin remplaçant ou celui consulté hors du lieu habituel de l'assuré, doit cocher sur la feuille de soins soit la case « hors résidence habituelle » soit la case « médecin traitant remplacé », en fonction des éléments fournis par l'assuré. Dans l'éventualité où une erreur interviendrait sur la situation exacte de l'assuré, il reviendrait à celui-ci de contacter sa caisse d'affiliation, afin d'obtenir réparation du préjudice subi, ce qui peut facilement être prouvé par le lieu de consultation ou les dates de congé du médecin traitant.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Sébastien Vialatte](#)

Circonscription : Var (7^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 11101

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : Santé, jeunesse et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 20 novembre 2007, page 7218

Réponse publiée le : 29 septembre 2009, page 9271