ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

ticket modérateur

Question écrite n° 47768

Texte de la question

M. Jean-Pierre Dufau attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur les pratiques de certaines mutuelles qui compliquent grandement le quotidien des assurés. En effet, certains professionnels de la santé (laboratoires d'analyses médicales, médecins généralistes, médecins spécialisés, dentistes, etc.) refusent toujours d'investir dans l'équipement nécessaire à la lecture de la carte vitale et, par conséquent, ne « télétransmettent » pas les informations administratives relatives à leurs patients. Le patient doit donc avancer les frais, envoyer sa feuille de soin, attendre que son centre de CPAM procède au remboursement et contacte la mutuelle déclarée, lui indiquant clairement le montant total avancé, le montant remboursé par ses soins et surtout la part dont la mutuelle doit s'acquitter. Pourquoi, dans ce cas, certaines mutuelles redemandent-elles une facture acquittée à leurs affiliés ? En conséquence, il lui demande de bien vouloir lui indiquer la nature des dispositions qui pourraient être prises pour inciter, d'une part les professionnels de la santé à utiliser la carte vitale de manière systématique et, d'autre part, dans l'attente de la généralisation de ce système, de demander aux mutuelles de faciliter le quotidien des ses affiliés en se fiant aux informations que leur transmettent les centres de CPAM habitués à la gestion des dossiers médicaux.

Texte de la réponse

L'article 53 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) permet au directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) de fixer, depuis le 1er janvier 2010, le montant de la contribution forfaitaire de gestion s'appliquant aux établissements et professionnels de santé. Par décision du 19 mars 2010 publiée au Journal officiel du 5 mai 2010, le directeur général de l'Union des caisses d'assurance maladie a donc fixé cette contribution à 0,5 EUR et la date d'entrée en vigueur de cette mesure au 1er janvier 2011. Organisant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux, approuvé par arrêté du 3 mai 2010, le règlement arbitral a intégré dans son article 10 des mesures financières incitatives pour les médecins télétransmettant et a retenu le principe que l'assurance maladie mettrait en oeuvre des mesures d'accompagnement des professionnels, notamment ceux qui souhaitent s'équiper. Ces deux mesures devraient permettre une amélioration sensible de la couverture du dispositif Sesam-Vitale : elles doivent améliorer le service aux assurés et seront un facteur d'économie pour l'assurance maladie, car le traitement des feuilles de soins papier est cinq fois plus couteux que celui d'une feuille de soins électronique. L'augmentation attendue du taux de télétransmission devrait également permettre aux assurés d'être remboursés plus rapidement par leur assurance maladie complémentaire. Toutefois, elle ne devrait pas modifier la pratique courante de ces organismes, qui consiste à demander pour les remboursements les plus coûteux, en optique et en dentaire notamment, une copie de la facture des frais engagés. Cette demande sert à vérifier l'exactitude des prestations fournies. Elle intervient également pour des raisons contractuelles, car ces remboursements peuvent être modulés suivant les prestations, et les informations transmises à ce jour par l'assurance maladie obligatoire ne le permettent pas.

Données clés

Version web : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/13/questions/QANR5L13QE47768

Auteur : M. Jean-Pierre Dufau
Circonscription : Landes (2e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 47768
Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations
Ministère interrogé : Santé et sports
Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clée(s)

Question publiée le : 5 mai 2009, page 4160
Réponse publiée le : 24 août 2010, page 9368