



# ASSEMBLÉE NATIONALE

## 13ème législature

tiers payant

Question écrite n° 47769

### Texte de la question

M. Michel Bouvard attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur les modifications intervenant au niveau de la cotation des actes médicaux qui modifient le niveau de prise en charge de ceux-ci par la sécurité sociale, dans le cadre du tiers payant. Il semble que les délais existant actuellement, entre la publication de la cotation et la transmission de celle-ci aux professionnels ainsi qu'aux caisses primaires d'assurance maladie, ne permettent pas l'adaptation du logiciel dans un délai aussi court et produisent de ce fait un retour au paiement immédiat et à l'établissement d'une fiche maladie qui pénalise les personnes disposant de faibles ressources et qui doivent se trouver, dans ce cas, à faire l'avance des soins. Il souhaite connaître les dispositions qui pourraient être mises en oeuvre pour éviter la reproduction de ce type de problème à l'avenir.

### Texte de la réponse

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) portant inscription ou modification d'actes de biologie médicale font l'objet d'une mise en oeuvre différée d'un mois à compter de la date de publication au Journal officiel de la décision, afin de permettre l'adaptation des systèmes informatiques afférents. Depuis peu, celles qui ont trait aux actes des autres professions de santé suivent la même procédure. Ce délai d'un mois est suffisant pour que les règles de prise en charge, en particulier le tiers payant, puissent être appliquées par les systèmes informatiques. Ceci est d'autant plus important que le tiers payant a récemment été élargi aux bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS). En effet, le règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, approuvé par arrêté du 3 mai 2010 (JO du 5 mai 2010), prévoit en son article 4 que les personnes et leurs ayants droit exonérés ou non du ticket modérateur pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS), défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, sont dispensés de l'avance de frais pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonné par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique, cette dispense portant sur la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Les bénéficiaires de ce dispositif d'aide se voient remettre par l'organisme d'assurance maladie dont ils dépendent une attestation de droit au tiers payant social valable dix-huit mois, cet organisme pouvant informer directement, si les bénéficiaires le souhaitent, le médecin et les autres médecins qu'ils désignent qu'ils bénéficient du dispositif de tiers payant.

### Données clés

**Auteur :** [M. Michel Bouvard](#)

**Circonscription :** Savoie (3<sup>e</sup> circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 47769

**Rubrique :** Assurance maladie maternité : prestations

**Ministère interrogé :** Santé et sports

**Ministère attributaire :** Santé et sports

Date(s) clé(s)

**Question publiée le :** 5 mai 2009, page 4160

**Réponse publiée le :** 16 novembre 2010, page 12506