# ASSEMBLÉE NATIONALE

17ème législature

## Récupération différée des participations forfaitaires et franchises

Question écrite n° 7920

### Texte de la question

M. Thomas Ménagé interroge Mme la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles sur les difficultés de lisibilité que rencontrent les assurés sociaux dans la compréhension de leurs relevés de remboursement, en particulier concernant le traitement des participations forfaitaires et des franchises médicales. Les participations forfaitaires et les franchises médicales prévoient, en effet, une contribution fixe de l'assuré sur certains actes médicaux (consultations, examens biologiques, transports sanitaires, etc.) qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie. Lorsque l'assuré règle directement ses soins (paiement à l'acte), la déduction de cette participation forfaitaire est immédiatement visible sur le décompte. En revanche, lorsque le professionnel de santé pratique le tiers payant, situation courante dans le cas d'un patient recevant des soins ou traitements en lien avec une affection de longue durée (ALD), le remboursement est versé directement au professionnel, sans avance de frais pour le patient. C'est alors que les choses se compliquent pour l'assuré. En effet, les participations forfaitaires et franchises médicales dues sont alors stockées dans un « compte à débit différé » au sein du système de l'assurance maladie. Elles sont ensuite prélevées *a posteriori*, par compensation, sur des remboursements futurs effectués à l'assuré sur d'autres prestations non couvertes par le tiers payant. Dans ce système, les déductions peuvent intervenir plusieurs jours ou semaines après les soins concernés, ce qui rend très difficile l'identification par l'assuré de la prestation à laquelle se rattache la participation prélevée. À cela s'ajoute l'absence d'explication claire ou de ventilation sur les relevés de remboursement : les montants prélevés peuvent être indiqués globalement, sans possibilité d'établir un lien clair avec les actes médicaux précis concernés. Ils peuvent aussi être indiqués avec la référence à un code administratif inconnu de l'assuré. Il n'est pas rare qu'il se voie donc retirer, sur un même remboursement, plusieurs participations forfaitaires cumulées, liées à des soins anciens réglés en tiers payant, sans pouvoir en retracer l'origine. Cette situation soulève plusieurs problèmes, notamment le fait que le décompte ne permette pas à l'assuré d'identifier avec précision les soins ayant généré une participation forfaitaire ou, pire, que certaines pensions dont les pensions d'invalidité soient versées sans correspondre à leur montant initial et sans pouvoir tracer les participations forfaitaires et franchises déduites. Cela alimente confusion, incompréhension voire défiance vis-à-vis du système de remboursement. Un problème de transparence se pose également. Dans un contexte où la traçabilité et la pédagogie sont des impératifs de toute politique publique efficace, il est regrettable que les déductions opérées ne soient pas mieux expliquées ou documentées. Une asymétrie d'information est aussi constatée, dans la mesure où les assurés qui souhaiteraient contester un prélèvement ou simplement vérifier sa légitimité n'ont pas les moyens, en l'état actuel des choses, d'accéder à l'information complète sans en faire expressément la demande auprès de leur caisse. Or cette démarche peut s'avérer longue et décourageante, ce qui nuit au bon fonctionnement de la relation entre les usagers et l'assurance maladie. Enfin, certains assurés peuvent être victimes d'un effet d'accumulation difficile à anticiper : ils peuvent constater un montant significatif de déductions sur un seul remboursement ou le versement de leur pension sans en comprendre la raison, ce qui peut perturber la gestion de leur budget, notamment chez les plus modestes. Alors même que les autorités publiques insistent sur la nécessité de mieux informer les assurés sur leurs droits et sur le fonctionnement du système de soins, cette complexité, bien que technique en apparence, devient dans les faits un frein à l'appropriation par les usagers du fonctionnement de leur propre couverture santé. D'un point de vue technique, il semble tout à fait envisageable que les relevés de remboursement

comportent, pour chaque participation forfaitaire prélevée, un renvoi explicite indiquant clairement la date et la prestation ayant généré cette participation, même lorsqu'elle a été réglée en tiers payant. Cette traçabilité pourrait également être proposée dans les espaces personnels des assurés sur le site Ameli, où les informations sont actuellement disponibles mais souvent présentées de manière fragmentaire ou dispersée. Il lui demande si le Gouvernement envisage de faire évoluer les modalités de communication des décomptes de remboursement ou des attestations de paiement de pension afin de garantir aux assurés une information complète, lisible et compréhensible sur les participations forfaitaires et franchises médicales déduites a posteriori, notamment lorsque celles-ci résultent de soins réalisés en tiers payant. Il lui demande également si une réforme du système de présentation des déductions sur les relevés, ou *a minima* la possibilité pour chaque assuré de consulter l'origine détaillée des sommes retenues dans son espace personnel, est à l'étude dans le cadre de la stratégie numérique de l'Assurance maladie.

## Données clés

**Auteur :** M. Thomas Ménagé
**Circonscription :** Loiret (4e circonscription) - Rassemblement National
**Type de question :** Question écrite
**Numéro de la question :** 7920
**Rubrique :** Assurance maladie maternité
**Ministère interrogé :** Travail, santé, solidarités et familles
**Ministère attributaire :** Santé et accès aux soins

## Date(s) clée(s)

**Question publiée au JO le :** 1er juillet 2025, page 5745