



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

caisse primaire d'assurance maladie

Question écrite n° 62409

Texte de la question

M. Daniel Garrigue attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur le manque d'information des patients concernant les remboursements des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). En effet, un nombre croissant de patients considèrent que le refus d'une information écrite, détaillant ce qui est plus ou moins remboursé, est de plus en plus fréquent. Les relevés d'informations ne sont que trimestriels et envoyés avec des délais qui s'allongent. Ceci a pour conséquence de mettre en difficulté les patients dont les mutuelles demandent préalablement ces relevés avant d'effectuer le moindre remboursement complémentaire. En conséquence, il lui demande quelles solutions pourraient être mises en oeuvre afin d'améliorer le dispositif d'information des patients.

Texte de la réponse

L'édition et l'envoi des décomptes par la caisse primaire d'assurance maladie suite au paiement de prestations ont été harmonisés pour l'ensemble des assurés sociaux le 1er décembre 2005 et ont permis le traitement homogène des assurés sociaux sur l'ensemble du territoire. Dans le cas commun, le dispositif réserve les envois immédiats pour les prestations relatives aux capitaux décès et indemnités journalières, et déclenche les autres envois à quatre-vingt-dix jours pour les relevés de remboursement pour lesquels les organismes complémentaires ont sollicité la transmission de l'image du décompte pour prise en charge de manière automatique (norme de transmission NOEMIE). Concernant les assurés dont la mutuelle n'a pas d'accord de transmission, le décompte est adressé à l'assuré sous huit jours si le restant dû est supérieur ou égal à 150 euros. Sous cette limite le relevé est adressé sous vingt-huit jours. L'ensemble de ces mesures a permis de réduire les frais d'affranchissement compte tenu de la nécessaire optimisation des frais de gestion de l'assurance maladie. Il n'apparaît donc pas souhaitable de remettre en cause cet équilibre, sachant que, pour les assurés qui rencontreraient des difficultés, leurs caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de rattachement sont à leur disposition, dans le cadre du service attentionné à la personne, pour leur fournir les attestations nécessaires à une prise en charge plus rapide de leur organisme mutualiste.

Données clés

Auteur : [M. Daniel Garrigue](#)

Circonscription : Dordogne (2^e circonscription) - Députés n'appartenant à aucun groupe

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 62409

Rubrique : Sécurité sociale

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 27 octobre 2009, page 10134

Réponse publiée le : 23 février 2010, page 2159