



# ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

CPAM

Question écrite n° 87709

## Texte de la question

M. Philippe Vitel attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur certaines décisions de la caisse primaire d'assurance maladie concernant la franchise médicale. En effet, lorsqu'un patient atteint le plafond des 50 euros, l'organisme effectue l'année suivante des retenues sur les soins pratiqués en excédent de ce montant l'année précédente. Il souhaite connaître le bien-fondé de cette pratique.

## Texte de la réponse

La gestion du dispositif de la participation forfaitaire de 1 euro, depuis 2005, ainsi que de la franchise médicale mise en œuvre depuis le 1er janvier 2008 repose sur la mise en place par les caisses d'assurance maladie de « compteurs », qui comptabilisent les montants de participation forfaitaire et de franchise dus par les assurés. Ces compteurs permettent de constater que les plafonds journaliers sont appliqués pour chacune des deux participations et que l'assuré ne s'acquitte plus de celles-ci lorsque le plafond annuel de 50 euros par dispositif est atteint. En cas de dispense d'avance des frais, les caisses d'assurance maladie sont habilitées, en application de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, à récupérer les montants de franchises ou de participations forfaitaires dus par l'assuré, sur les prestations de soins à venir ou sur des prestations d'autre nature, dès lors qu'elles sont versées par la caisse d'assurance maladie. Cette récupération peut ainsi se faire l'année en cours, pour des soins effectués l'année précédente. Les montants de franchises ou de participation forfaitaire qui sont indiqués sur les relevés de remboursement transmis par les caisses d'assurance maladie précisent en outre à quelles prestations elles sont rattachées. En cas de contestation des montants de participation forfaitaire et de franchise précomptés par les caisses d'assurance maladie, l'assuré peut s'adresser à la commission de recours amiable (CRA) de la caisse d'assurance maladie. Si sa demande est rejetée, il peut engager une procédure auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).

## Données clés

**Auteur :** [M. Philippe Vitel](#)

**Circonscription :** Var (2<sup>e</sup> circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 87709

**Rubrique :** Assurance maladie maternité : généralités

**Ministère interrogé :** Santé et sports

**Ministère attributaire :** Travail, emploi et santé

## Date(s) clé(s)

**Question publiée le :** 14 septembre 2010, page 9900

**Réponse publiée le :** 16 août 2011, page 8911