



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

remboursement

Question écrite n° 61620

Texte de la question

M. Yannick Favennec attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la lenteur du traitement des feuilles de soins auprès des CPAM. En effet, lorsque la carte vitale n'est pas utilisée lors du paiement d'une consultation ou d'un acte effectué par un professionnel de santé, c'est par le biais de la feuille de soin que l'assuré peut obtenir le remboursement des frais engagés; et le délai de traitement est parfois très long. Il lui demande quelles mesures concrètes elle envisage pour réduire ce délai.

Texte de la réponse

Les difficultés d'accès aux soins liées à l'avance de frais sont réelles pour de nombreux français. Dans le cadre actuel, les délais de remboursement peuvent être notamment longs dans les deux cas suivants : soit lorsqu'une feuille de soin est télétransmise en l'absence de la carte vitale du patient (un justificatif papier doit être également transmis par le professionnel de santé et le remboursement à l'assuré n'intervient qu'après contrôle de cette pièce), soit lorsque le praticien, conventionné ou non, qui ne dispose pas de dispositif de télétransmission, émet une feuille de soins papier. Les praticiens non conventionnés ne représentant qu'une infime proportion des médecins libéraux (près de 1 600 sur plus de 125 000 médecins libéraux), l'obligation de télétransmission pour les praticiens non conventionnés n'aurait qu'une incidence très faible sur la réduction du nombre de feuilles de soins papier. Aussi, les mesures les plus efficaces restent les suivantes : d'une part, le rappel à l'assuré des incidences des délais de remboursements liées à l'absence de la carte vitale et, d'autre part, la mise en oeuvre de plans d'action et d'accompagnement conduits par les caisses primaires d'assurance maladie auprès des praticiens conventionnés pour réduire chaque année le nombre de feuilles de soins papier. Convaincu du rôle que pourrait jouer le tiers-payant dans l'amélioration de l'accès aux soins de ville des assurés, le Gouvernement a annoncé en 2013 sa volonté de généraliser la dispense d'avance des frais. Cette mesure est inscrite dans le projet de loi de santé, présenté au conseil des ministres du 15 octobre 2014 par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Dès 2015, le tiers-payant sera mis en oeuvre pour les bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), la généralisation du dispositif à tous les assurés intervenant d'ici à 2017. Parce qu'une réforme de cette ampleur requiert un temps de concertation dédié avec les syndicats des professionnels de santé, les représentants des patients, les organismes complémentaires et les régimes d'assurance maladie, un comité d'orientation associant l'ensemble de ces acteurs a été installé en février 2014. Après la réforme du tiers-payant pour les bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé, les travaux de ce comité vont permettre de définir les options techniques permettant de concevoir un système simple et sécurisé, tant pour les professionnels de santé que pour les patients.

Données clés

Auteur : [M. Yannick Favennec](#)

Circonscription : Mayenne (3^e circonscription) - Union des démocrates et indépendants

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 61620

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Affaires sociales

Ministère attributaire : Affaires sociales, santé et droits des femmes

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [29 juillet 2014](#), page 6302

Réponse publiée au JO le : [6 janvier 2015](#), page 39