



ASSEMBLÉE NATIONALE

9ème législature

Politique et réglementation

Question écrite n° 3660

Texte de la question

M Thierry Mandon appelle l'attention de M le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, porte-parole du Gouvernement, sur les difficultés que rencontrent certains patients pour se faire rembourser les soins prescrits sur une ordonnance non accompagnée, en cas d'acte gratuit, d'une feuille de maladie. Il arrive, en effet, que des médecins ne fassent pas payer une consultation brève à leurs patients et leur délivrent simplement une ordonnance sur laquelle ils stipulent qu'il s'agit d'un acte gratuit, s'évitant ainsi le travail administratif consistant à remplir une feuille de maladie. Si certaines caisses de CPAM admettent ce procédé, d'autres en revanche renvoient le dossier en exigeant cette pièce, imposant ainsi au patient de retourner chez son médecin la lui réclamer. Cela risque malheureusement de décourager les médecins les plus généreux, ceux précisément qui participent ainsi à l'amélioration de la situation financière de la sécurité sociale. Il lui demande en conséquence s'il ne serait pas possible que la feuille de maladie ne soit pas systématiquement exigée pour le remboursement des soins prescrits par une ordonnance lorsque celle-ci spécifie la gratuité de l'acte.

Texte de la réponse

Reponse. - L'article L162-3 du code de la sécurité sociale prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles sont constatés les soins et les incapacités de travail ainsi que les mentions devant figurer sur la feuille de maladie pour ouvrir droit à remboursement. Le décret no 72-480 du 12 juin 1972 pris pour l'application de l'article L 257-1 ancien (devenu L 162-3 susvisé) dispose que « pour chaque maladie ou accident, la constatation des soins reçus par les assurés sociaux s'effectue au moyen de la feuille de soins », et que « l'ouverture du droit au remboursement est obligatoirement subordonnée à la production de la feuille de soins ». Ce document réglementaire doit donc être systématiquement produit pour permettre aux caisses d'effectuer le remboursement de soins ou de produits prescrits à l'occasion de toute consultation médicale, fut-elle gratuite.

Données clés

Auteur : [M. Mandon Thierry](#)

Circonscription : - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 3660

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : solidarité, santé et protection sociale, porte-parole du gouvernement

Ministère attributaire : solidarité, santé et protection sociale, porte-parole du gouvernement

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 10 octobre 1988, page 2800