

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE.
MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES.
CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES
TRAVAILLEURS SALARIES.

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau du premier recours (R2)
Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du système de soins
Bureau des établissements de santé et des
établissements médico-sociaux (1A)
Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des
soins.

**Circulaire N° DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la
diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients**

NOR : AFSH1316855C

Classement thématique : Etablissements de santé

Validée par le CNP le 1^{er} février 2013 - Visa CNP 2013-25

Catégorie : Interprétation à retenir, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, lorsque l'analyse de la portée juridique des textes législatifs ou réglementaires soulève une difficulté particulière.
Résumé : Clarification des règles de prise en charge des frais de transports de patients
Mots clés : transports sanitaires
Textes de références : <ul style="list-style-type: none">o Code de la sécurité sociale, notamment les articles article L.321-1 et R.322-10o Code de la santé publique, notamment les articles L.6312-1 et suivants, R.6312-1 et suivants.o Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports sanitaires
Textes abrogés : <ul style="list-style-type: none">o Circulaire CNAMTS-DGR 2239/88 du 18 juillet 1988 relative à la prise en charge des frais de transports exposés par les assurés sociaux, application du décret n°88-678 du 6 mai 1988 ;o Circulaire CNAMTS-DGR n° 2285/88 du 27 décembre 1988 relative à la prise en charge des frais de transports exposés par les assurés sociaux, application du décret n°88-678 du 6 mai 1988 ;o Circulaire DHOS/F4/DSS/1A/2007/330 du 24 août 2007 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses liées aux transports de patients ;o
Annexe : Guide de prise en charge des frais de transport de patients

Le Directeur général de l'offre de soins,

Le Directeur de la Sécurité Sociale,

Le Directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés,

A

Mesdames et Messieurs les Directeurs des Agences Régionales de Santé, pour diffusion.
Mesdames et Messieurs les Directeurs d'établissements de santé, pour application.

L'attention du ministère des affaires sociales et de la santé et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a régulièrement été appelée sur les difficultés à appliquer la réglementation relative à la prise en charge des transports de patients du fait de la multiplicité des règles afférentes. Le guide de prise en charge des transports de patients a pour objectif de clarifier la réglementation applicable en proposant un document synthétique et commun à l'ensemble des acteurs du système de soins.

Il se substitue à l'ensemble des textes, circulaires, instructions et lettres réseaux sur le sujet et constitue la référence unique pour déterminer à qui incombe la prise en charge des frais de transports de patients.

Ainsi, l'ensemble des acteurs, professionnels de santé, établissements hospitaliers, organismes d'assurance maladie, entreprises de transports sanitaires et assurés, pourront se référer à ce document pour connaître la réglementation applicable en matière de prise en charge du transport de patients. Il s'agit du cadre réglementaire général qui ne prend pas en compte les situations particulières des établissements listés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale et financés par des tarifs journaliers dont le périmètre peut varier localement.

Ce guide est constitué :

- d'un rappel de la réglementation applicable à la prescription et à la prise en charge des transports de patients, précisant un ensemble de principes généraux et de notions relatifs aux modalités de prise en charge des frais de transports de patients ;
- d'une synthèse sous forme de tableau présentant les règles de prise en charge en fonction des types de transports.

Ce guide constitue une première version qui fera l'objet d'un travail de complément portant sur les transports spécifiques.

Il est demandé aux ARS d'assurer la diffusion de ce guide auprès des établissements de santé et de sensibiliser ces derniers. Toute difficulté d'application doit également faire l'objet d'une remontée afin d'être prise en compte dans les travaux complémentaires mentionnés ci-dessus.

signé

Jean DEBEAUPUIS
Général de l'Offre de Soins

signé

Thomas FATOME Directeur
Directeur de la sécurité sociale

Le Directeur de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

signé

Frédéric VAN ROEKEGHEM

GUIDE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT DE PATIENTS.

L'assurance maladie procède à la prise en charge des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport (article L.321-1 du code de la sécurité sociale).

Selon les situations, la prise en charge par l'assurance maladie relève soit de l'enveloppe soins de ville (remboursement du patient ou du transporteur en cas de tiers payant par les organismes locaux d'assurance maladie), soit de l'établissement de santé sur l'Objectif National de dépenses d'Assurance Maladie hospitalier (ONDAM hospitalier).

Ce guide expose la réglementation applicable en matière de prise en charge des frais de transport. En vue de prescrire le transport le moins onéreux adapté à l'état du patient, sont ainsi notamment rappelées les règles de prescription médicale de transport dont le respect participe aux actions de gestion du risque auprès des établissements de santé et de maîtrise médicalisée auprès des médecins libéraux.

I. Rappel de la réglementation :

Les modalités de la prise en charge des transports de patients.

1 La prescription médicale.

- a) Les motifs médicaux de la prise en charge.
- b) Les principes généraux encadrant la prescription ;

2 Le taux de prise en charge du transport et reste à charge du patient.

- a) Taux de prise en charge - cas général.
- b) Motifs d'exonération du ticket modérateur.
- c) Application de la franchise de 2 €.

II. La prise en charge des transports depuis et vers les établissements de santé.

1. La qualification juridique des établissements de santé.

2. La qualification des transports et modalités de prise en charge.

- a) Transports primaires (hors SMUR).
- b) Les transports intra hospitaliers.
- c) Transports secondaires (hors SMUR).
- i Les transports inter-établissements provisoires.
- ii Transports inter-établissements définitifs.
- iii Transports de retour à domicile des patients.
- d) Les transports en hospitalisation à domicile.
- e) Les consultations externes.
- f) Prise en charge des accompagnants.
- g) Transport et maladie rare.

III. Tableau pour les transports de patients vers et depuis un établissement de santé.

I. RAPPEL DE LA RÉGLEMENTATION : LES MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS DE PATIENTS

Les transports sont pris en charge par l'assurance maladie dans la mesure où une prescription médicale de transport est établie et s'ils remplissent les conditions suivantes

L'entreprise de transport sanitaire (ambulance et véhicule sanitaire léger) est agréée par l'ARS, conventionnée par l'assurance maladie et bénéficie d'une autorisation de mise en service de son véhicule (articles L.6312-1 et suivants et R. 6312-1 et suivants du code de la santé publique) ;

Ou le taxi est conventionné (L.322-5 du code de la sécurité sociale).

1. La prescription médicale

La réglementation soumet le remboursement des frais de transport à la présentation par l'assuré d'une prescription médicale (article L.161-33 du code de la sécurité sociale) et d'un justificatif de paiement. La prise en charge des frais de transport par les organismes d'assurance maladie est subordonnée à la délivrance d'une prescription médicale précisant le motif du déplacement et justifiant le moyen de transport prescrit (article L.162-4-1 et R.322-10-2 du code de la sécurité sociale). A cet effet, deux formulaires sont à la disposition des médecins : l'un de prescription simple (S3138c), l'autre de prescription avec demande d'accord préalable (S3139c).

La prescription est préalable au transport. Par exception, en cas d'urgence (appel du SAMU centre 15...), condition particulière d'exécution du transport, un médecin de la structure de soins dans laquelle le patient a été admis établit a posteriori la prescription médicale de transport.

De même, vaut prescription médicale une convocation du contrôle médical, d'un médecin expert ou pour se rendre à une consultation médicale d'appareillage (article R.322-10-2 du code de la sécurité sociale).

a. Les motifs médicaux de la prise en charge.

Peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie, les patients assurés sociaux ou leurs ayants droits, se trouvant dans l'une des situations décrites à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale :

1° Pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à son état dans les cas suivants :

a) Transports liés à une hospitalisation (complète, partielle et ambulatoire) : entrée et sortie de l'hôpital, transfert définitif vers un autre établissement de santé ;

b) Transports liés aux traitements ou examens prescrits en application de l'article L. 324-1 pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée (ALD) et présentant l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription mentionné à l'article R. 322-10-1 ;

c) Transports par ambulance justifiés par l'état du malade dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné à l'article R. 322-10-1 ;

d) Transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres dans les conditions prévues aux articles R. 322-10-4 et R. 322-10-5 (sous réserve d'un accord préalable) ;

e) Transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres (sous réserve d'accord préalable).

2° Pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale dans les cas suivants :

a) Pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils mentionnés aux chapitres 5, 6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations établie en application de l'arrêté prévu à l'article R. 165-1 ;

b) Pour répondre à une convocation du contrôle médical ;

c) Pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité mentionnée à l'article R. 143-34 ;

d) Pour se rendre à la consultation d'un expert désigné en application de l'article R. 141-1.

Concernant le 1° b, le décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 a modifié les conditions de prise en charge des frais de transport des patients reconnus en ALD. Désormais, les patients en ALD qui sont en possession d'une autonomie suffisante ne bénéficient plus automatiquement, au titre de leur seul statut ALD, de la prise en charge des frais de transport mais doivent répondre aux trois conditions cumulatives suivantes :

- l'assuré ou ayant droit doit être reconnu atteint d'une ALD ;

- le transport réalisé doit être en lien avec l'ALD ;

- l'assuré ou l'ayant droit doit présenter une incapacité ou une déficience telles que définies par le référentiel de prescription fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006.

Ainsi, un patient en ALD qui se rend à une consultation en utilisant son véhicule personnel, par ses propres moyens et sans personne accompagnante, ne pourra être remboursé de ses frais de transport. Par ailleurs, s'agissant des transports sans lien avec l'ALD, les patients en ALD bénéficient des conditions de prise en charge de droit commun.

Pour les cas relevant du 2°, la convocation qui vaut prescription précise le moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient.

b. Les principes généraux encadrant la prescription

Le prescripteur est tenu d'observer la « plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins » (article L.162-2-1 du code de la sécurité sociale). L'article L.322-5 du même code, prévoit que « *les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient* ».

Les types de transport remboursables par l'assurance maladie sont prévus à l'article R. 32210-1 du code de la sécurité sociale, il revient au prescripteur d'apprécier le mode de transport le mieux adapté à l'état du patient.

Le Référentiel de prescription médicalisée prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale et publié par l'arrêté du 23 décembre 2006 précise les situations dans lesquelles l'état du malade justifie respectivement la prescription des modes de transport prévus en fonction de l'importance des déficiences et incapacités et de leurs incidences.

Un transport par ambulance (article 1 de l'arrêté du 23 décembre 2006) peut être prescrit lorsque l'assuré ou l'ayant droit présente au moins une déficience ou des incapacités nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi assise, un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène, un transport avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.

Un transport assis professionnalisé – TAP : Véhicule Sanitaire Léger (VSL) ou taxi conventionné (Article 2 de l'arrêté du 23 décembre 2006) peut être prescrit lorsque le patient présente au moins

- une déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage ;

- une déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant ;
- une déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène ;
- une déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule.

Un transport assis professionnalisé peut également être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit soumis à un traitement ou ayant une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

Lorsque le patient ne présente pas de déficience nécessitant une ambulance ou un TAP mais qu'il remplit l'un des motifs de prescription de transport défini à l'article R.322-10 du code de la sécurité sociale, sont pris en charge les frais :

- de transports en commun terrestres ;
- de moyens de transport individuels.

L'impossibilité géographique de réaliser le transport par un moyen terrestre peut justifier la prise en charge des frais de transport par avion ou bateau de ligne après accord préalable de l'assurance maladie. Les transports réalisés par simple brancardage (entre deux pavillons d'un même établissement par exemple), ne justifient pas d'une prise en charge.

2. Le taux de prise en charge du transport et reste à charge du patient.

a. Taux de prise en charge - cas général

La participation de l'assuré à ces transports est de 35 % (en application du 9° de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale). Le taux de prise en charge est donc de 65%. En cas d'exonération du ticket modérateur, la prise en charge est à 100%.

b. Motifs d'exonération du ticket modérateur

Les frais de transport sont exonérés du ticket modérateur dans les situations suivantes :

Si un acte réalisé lors de l'hospitalisation a un coefficient égal ou supérieur à K60 ou un tarif égal ou supérieur à 120€ ;

- s'il s'agit d'un transfert en lien direct et consécutif avec une première hospitalisation exonérée du ticket modérateur (TM) en raison d'un K60 ou d'un tarif égal à 120€ ;
- en cas de traitements et examens en rapport avec une affection de longue durée - ALD - (sur liste ou hors liste) ou avec une polypathologie invalidante ;
- en cas de traitements et examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- pour les assurés titulaires d'une pension militaire, d'une pension d'invalidité, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle (AT/MP) supérieure à 66,66% ;
- pour les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement
- en cas d'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours ;
- s'il s'agit d'investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et son traitement (art L. 324-1 et L. 322-3-12 du CSS) ;
- pour les assurés relevant du régime d'Alsace Moselle ;

- lorsque l'état du bénéficiaire hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à cet état (article R.322-2 du code de la sécurité sociale) ;
- s'il s'agit de transports réalisés dans le cadre du droit commun pour les personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle- complémentaire (CMU-C).

c. Application de la franchise de 2 €

Le III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale prévoit l'application d'une franchise annuelle laissée à la charge de l'assuré pour les frais de transports réalisés en véhicule sanitaire terrestre (ambulance ou VSL) ou en taxi. Cette franchise s'élève à 2€ par trajet. Elle est limitée à 4€ par jour et à 50€ par an (article D.322-6 du code de la sécurité sociale), cette limite incluant les franchises dues au titre des médicaments et des actes effectués par les auxiliaires médicaux.

La franchise est déduite directement du montant remboursé sauf si le patient bénéficie de la dispense d'avance des frais (règlement direct au transporteur). Dans ce cas, la franchise sera déduite des prochains remboursements versés à l'assuré.

Les transports d'urgence (notamment pendant la garde départementale) ne sont pas concernés. Elle ne s'applique pas non plus aux transports en véhicule personnel, ni aux transports en commun.

Sont exonérés les ayants droit mineurs des assurés sociaux (L.322-4 du code de la sécurité sociale), les bénéficiaires de la CMU-C (L.322-4 du code de la sécurité sociale), les bénéficiaires de l'assurance maternité, les victimes et invalides de guerre pour les prestations en rapport et les bénéficiaires de l'AME (y compris pour l'AME à titre complémentaire).

II. LA PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS DEPUIS ET VERS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. La qualification juridique des établissements de santé :

La responsabilité de la prise en charge des transports sanitaires inter hospitaliers provisoires incombe ou non aux établissements en fonction de leur nature juridique. Le présent guide fait référence aux établissements qui relèvent du « a, b et c » de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, qui correspondent aux établissements sous dotation globale (DAF) ou anciennement sous dotation globale (ex-DG), et aux établissements relevant du « d » du même article, faisant référence au secteur en prix de journée (OQN) ou ex-OQN.

Les catégories d'établissements issues de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale :

- a) Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ;
- b) Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XX de l'article 1er de cette loi ;
- c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XXI de l'article 1er de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée ;

- d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé.

3. La qualification des transports et modalités de prise en charge.

a. Transports primaires (hors SMUR)

Définition

Les transports primaires correspondent aux transports de patients du lieu de prise en charge (par exemple domicile ou assimilé...) vers l'établissement de santé réalisant l'acte ou la prestation correspondant au motif du transport. Les transports d'un patient non hospitalisé, d'un service d'urgence (hors UHCD), vers un autre établissement de santé pour hospitalisation, sont des transports primaires. Il en va de même pour la prise en charge de patients dans des structures assimilées au domicile (établissement pénitentiaire, EHPAD...).

Prise en charge

Les transports primaires sont à la charge directe de l'assurance maladie, sur l'enveloppe de soins de ville, la facturation est transmise par le patient ou, en cas de dispense d'avance des frais, par le transporteur à l'organisme local d'assurance maladie.

Présomption d'hospitalisation

Lorsque la prescription d'hospitalisation n'est pas suivie d'effet (par exemple, lorsque l'établissement ne peut recevoir le patient ou lorsque le médecin hospitalier estime que son état nécessite des soins sans hospitalisation), le transport est remboursable dès lors que l'hospitalisation a été prescrite *a priori*. Dans le cas où la régulation médicale du SAMU n'est pas en mesure de faire intervenir un transporteur sanitaire privé il peut déclencher les services départementaux d'incendie et de secours. Leur intervention dans ces conditions d'indisponibilité ambulancière fait l'objet d'une indemnisation par l'établissement siège du SAMU (article L1424-42 du CGCT), correspondant à un tarif fixé au niveau national.

b. Les transports intra hospitaliers

Définition

Les transports intra hospitaliers sont ceux effectués entre établissements de santé d'une même entité juridique (établissement multi sites et *a fortiori* au sein de la même entité géographique) **et** dans la même agglomération¹.

Cette définition concerne aussi les transports réalisés entre établissements d'une même entité juridique qu'ils relèvent ou non de la tarification à l'activité et implantés sur le même site géographique.

Prise en charge

Ces transports sont à la charge de l'établissement au sein duquel il est effectué quel que soit son statut.

c. Transports secondaires (hors SMUR)

Les transports secondaires correspondent à des transports inter-établissements réalisés entre deux établissements de santé pour un séjour provisoire ou définitif et aux transports de retour à domicile des patients.

¹ Ensemble formé d'une ville centre et de ses banlieues

Lorsqu'il est fait référence à la notion d'établissement d'origine du patient, il s'agit de l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé au moment du premier transport². Les médecins exerçant dans cet établissement sont chargés de la prescription du transport et doivent respecter des conditions médico-administratives en vigueur. En effet, même si le besoin de transport est exprimé par un établissement tiers, la prescription médicale du transport, dans le respect des conditions fixées par le référentiel, impose une prise en compte des éventuelles incapacités du patient au moment du transport, qui ne peuvent être appréciées que par les médecins exerçant au sein de l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient.

A noter : Les transports secondaires réalisés avec des ambulances hospitalières, ambulances appartenant à l'établissement de santé, ne peuvent donner lieu à facturation.

i. Les transports inter-établissements provisoires

Définition

Le patient séjourne moins de deux nuitées³ dans l'établissement d'accueil, il reste hospitalisé dans son établissement d'origine, il est alors procédé à des prestations inter-établissements pour les actes pratiqués par l'établissement d'accueil.

Prise en charge

Les transports secondaires provisoires sont à la charge de l'établissement de santé d'origine du patient, celui dans lequel il est hospitalisé au moment du premier transport, lorsqu'il relève des «a, b et c» de l'article L.162-22-6 du code la sécurité sociale, à la charge de l'assurance maladie lorsque l'établissement relève du «d» du même article.

Cas du transport d'un patient hospitalisé lorsqu'il est réalisé vers un établissement tiers pour des actes ou consultations :

Au cours de son hospitalisation, un patient peut être transféré dans un autre établissement pour examens post opératoires par exemple. Il n'existe pas de règles spécifiques de prise en charge de ces transports qui doivent en conséquence s'analyser comme des transports interétablissements provisoires classiques dont la prise en charge répond aux mêmes règles de prescription, de motivation et de responsabilité.

Cas de certaines séances réalisées par un autre établissement (moins de 2 nuitées) :

L'article 8 de l'arrêté du 10 février 2010 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de MCOO et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, simplifie le dispositif général de prestation interétablissements.

Lorsque la prestation réalisée par l'établissement B est une séance de dialyse, radiothérapie ou chimiothérapie (GHM de catégorie majeure 28), B facture désormais sa prestation directement à l'assurance maladie (et non plus à l'établissement A) et l'établissement A facture la sienne en ne tenant pas compte de la prestation réalisée par B. Elle s'applique pour tout établissement MCO réalisant les séances visées ci-dessus, que le patient soit initialement hospitalisé en MCO, SSR ou psychiatrie. Ainsi, ces séances ne relèvent plus des prestations inter-établissements.

² La notion de premier transport correspond au transport « aller » dans le cadre d'un transport aller-retour correspondant à une prestation inter-établissements, par exemple : le transport d'un patient hospitalisé au sein d'un établissement SSR pour une prise en charge de moins de 48h dans un établissement MCO est pris en charge par l'établissement SSR.

³ aussi désigné par « moins de 48h » dans les conditions du *guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en MCOO* (publication du document au *BO*) qui précise 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée)

En conséquence, les transports afférents à ces séances ne relèvent plus d'une prise en charge par l'établissement d'origine mais sont facturés directement à l'assurance maladie.

i. Transports inter-établissements définitifs

Définition

Le transport secondaire définitif correspond à la situation où le patient n'est plus hospitalisé dans l'établissement d'origine mais est hospitalisé dans l'établissement d'accueil, pour plus de deux nuitées.

Prise en charge

Les transports secondaires définitifs sont à la charge de l'assurance maladie sur l'enveloppe soins de ville, la facturation est transmise par le patient ou, en cas de dispense d'avance des frais, par le transporteur à l'organisme local d'assurance maladie d'affiliation du patient.

iii. Transports de retour à domicile des patients

Définition

Les transports de retour à domicile correspondent aux retours des patients à domicile, ou assimilé, après hospitalisation. Sont donc également concernés les retours à domicile en cas d'interruption définitive d'hospitalisation contrairement aux retours temporaires à domicile au cours d'une hospitalisation (permissions de sortie) qui ne font pas l'objet d'une prise en charge à ce titre.

Prise en charge

Les transports de retour à domicile sont à la charge de l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville, la facturation est transmise par le patient ou, en cas de dispense d'avance des frais, par le transporteur à l'organisme local d'assurance maladie d'affiliation du patient.

d. Les transports en hospitalisation à domicile

La structure d'HAD prend en charge les transports prescrits :

- par le médecin traitant (par exception prescription du médecin coordonnateur) pour des soins/actes/consultations prévus au protocole de soins établi par le médecin coordonnateur ;
- par le médecin (par exception du médecin coordonnateur) traitant pour des soins/actes/consultations non prévus au protocole de soins lorsque l'état du patient le justifie et dans le cadre strict du mode de prise en charge principal et/ou associé en cours au moment de la prescription.

Les transports ne correspondant pas à ces deux cas particuliers sont pris en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville si tant est qu'ils remplissent les conditions générales de prise en charge.

e. Les consultations externes

La consultation seule (et les convocations pour les patients non hospitalisés) n'est pas un motif de prise en charge des transports. Celle-ci doit être justifiée dans le cadre général, par l'un des motifs prévus à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale. Les règles applicables sont donc les règles générales, il n'existe aucune responsabilité particulière tirée du motif de consultation externe.

f. Prise en charge des accompagnants

La prise en charge des frais de transports en commun des accompagnants se fait dans les mêmes conditions que celles applicables aux patients, lorsque l'état de ce dernier nécessite l'assistance d'un tiers ou qu'il est âgé de moins de 16 ans (R322-10-7 du code la sécurité sociale).

g. Transport et maladie rare

Le transport des assurés sociaux atteints d'une maladie rare n'est pris en charge par l'assurance maladie que dans le cadre du droit commun tel que défini dans les articles [R. 32210](#) et suivants du code de la sécurité sociale.

Si l'état de santé du bénéficiaire des soins est distant de plus de 150 km entre le lieu de prise en charge et le centre de référence, un accord préalable est nécessaire.

Le traitement de ces pathologies nécessite presque toujours le recours à des centres de référence ou de compétence, notamment pour permettre aux malades de disposer rapidement d'un diagnostic. La liste de ces centres est consultable sur le site « [www.sante.gouv.fr/lesmaladies-rares/coordonnées des centres de référence et des centres de compétence](http://www.sante.gouv.fr/lesmaladies-rares/coordonnees-des-centres-de-reference-et-des-centres-de-competeance) ».

Le tableau ci-après détaille l'ensemble des types de transports en précisant les modalités de prise en charge. Ces principes généraux peuvent donner lieu à exceptions, précisées dans ce guide. Ils ne concernent pas les transports réalisés par les services mobiles d'urgence et de réanimation.

Tableau pour les transports de patients vers et depuis un établissement de santé.

Appellation	Définition	Charge financière finale	Taux de P en C par AM
Transports primaires hors SMUR	Transport du patient du lieu de prise en charge (3) jusqu'à l'établissement de santé où son admission en hospitalisation est prononcée. Le transport primaire couvre l'ensemble des transports jusqu'à l'établissement en mesure de lui prodiguer des soins appropriés à son état, y compris en cas de présomption d'hospitalisation. (4)	A la charge directe de l'assurance maladie	65 % ou 100 %
Transports Intra Hospitalier.	Transport effectué : Entre les établissements d'une même entité juridique et dans la même agglomération. Entre établissements d'une même entité juridique qu'ils relèvent ou non de la tarification à l'activité et implantés sur le même site géographique (Ex : CH-EHPAD).	A la charge de l'établissement, pour les établissements qui relèvent du « a, b, c et d » de l'article L.162-22-6 CSS y compris si effectué par un ambulancier privé	Sans objet.

(3) Y compris les établissements de santé lors que le patient n'y a pas été admis en hospitalisation (cas de patients redirigés), mais aussi le domicile et les EHPAD.

(4) Présomption d'hospitalisation : Prescription de transport en vue d'une hospitalisation qui n'aura, finalement, pas lieu : Les transports commandés par le SAMU vers les services d'urgence sont par exemple pris en charge.

Transports Secondaires	Transport provisoire entre structures (hors SMUR)	Transport d'un patient hospitalisé dans un établissement plus spécialisé, pour soins ou diagnostic, avec retour dans l'établissement d'origine en moins de 48 h (une nuit maximum à l'extérieur).	A la charge de l'établissement, s'il relève du « a, b et c » du L.162-22-6 du CSS	Sans objet
			A la charge directe de l'AM, si l'établissement relève du « d » de l'article L.162-22-6 CSS	65 % ou 100 %
			Lorsque l'établissement d'origine est une structure d'hospitalisation à domicile : A la charge de l'établissement HAD, pour les établissements qui relèvent du « a, b, c et d » de l'article L.162-22-6 CSS lorsque le transport sanitaire vis la réalisation d'un acte/soins/diagnostic/ prévu au protocole de soins en cours.	Sans Objet
	Transport définitif entre structures	Patient hospitalisé transféré de son établissement d'origine vers un nouvel établissement dans lequel il est hospitalisé pour une durée supérieure à 48 h (2 nuitées ou plus à l'extérieur). Il est considéré comme sortant du 1 ^{er} et admis dans le 2 ^{ème} établissement.	A la charge directe de l'assurance maladie	65 % ou 100 %
	Retour à domicile des patients.	Le patient rentre à son domicile ou assimilé, (EHPAD..).	A la charge directe de l'AM	65 % ou 100 %

Article L162-22-6

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 10

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 2

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements suivants :

a) Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ;

b) Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XXI de l'article 1er de cette loi ;

c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XXI de l'article 1er de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée ;

d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;

e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.

Ce décret précise :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en oeuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Référentiel de prescription médicale des transports sanitaires.

Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale

NOR: SANS0624760A

Version consolidée au 30 décembre 2006

Le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 322-10-1 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 24 mai 2006 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 18 mai 2006,

Article 1

Un transport par ambulance peut être prescrit lorsque l'assuré ou l'ayant droit présente au moins une déficience ou des incapacités nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise, un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène, un transport avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.

Article 2

Un transport assis professionnalisé mentionné au 2° de l'article R. 322-10-1 peut être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit qui présente au moins une déficience ou incapacité suivante :

- déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage ;
- déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant ;
- déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène ;
- déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule.

Un transport assis professionnalisé peut également être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit soumis à un traitement ou ayant une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

Article 3

Lorsqu'un transport mentionné à l'article 1er ou à l'article 2 ne peut être prescrit, seul peut être prescrit un moyen de transport mentionné au 3° de l'article R. 322-10-1.

Article 4

Le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Philippe Bas

Décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 portant modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée

NOR: ETSS1033058D

ELI: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/3/10/ETSS1033058D/jo/texte>

ELI: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/3/10/2011-258/jo/texte>

Publics concernés : patients reconnus atteints d'une affection de longue durée, professionnels de santé et régimes d'assurance maladie.

Objet : modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée.

Entrée en vigueur : 1er avril 2011.

Notice : le code de la sécurité sociale prévoit actuellement que l'existence d'un protocole de soins pour affection de longue durée (ALD) prévu par l'article L. 324-1 du même code est un motif d'exonération des frais de transport liés aux traitements ou examens prescrits en rapport avec cette affection, indifféremment de l'autonomie du patient.

Le présent décret a pour objet de réserver, à compter du 1er avril 2011, la prise en charge des frais de transport des assurés en ALD aux patients dont l'incapacité ou la déficience ne leur permet pas de se déplacer par leurs propres moyens.

Les autres motifs de prise en charge du transport restent inchangés.

Références : les dispositions du code de la sécurité sociale modifiées par le présent décret, dans leur rédaction issue de cette modification, peuvent être consultées sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr/>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'emploi et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 321-1 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 11 janvier 2011 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 11 janvier 2011 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 27 janvier 2011 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Article 1

Au b du 1° de l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : « affection de longue durée », sont ajoutés les mots : « et présentant l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription mentionné à l'article R. 322-10-1 ».

Article 2

Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1er avril 2011.

Article 3

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la secrétaire d'Etat auprès du

ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 10 mars 2011.

François Fillon

Par le Premier ministre :

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Xavier Bertrand

La secrétaire d'Etat auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé, Nora Berra

Extrait du code de santé publique.

Article L6312-1

Modifié par Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 48 JORF 22 décembre 2006

Constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

Le transport de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de la personne décédée jusqu'à l'établissement de santé autorisé à pratiquer ces prélèvements.

Les transports des personnels de défense effectués à l'aide des moyens propres aux armées ne constituent pas des transports sanitaires.

Article L6312-2

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 16

Toute personne effectuant un transport sanitaire doit avoir été préalablement agréée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Le refus d'agrément doit être motivé.

Article L6312-3

Modifié par Ordonnance 2003-850 2003-09-04 art. 11 I, II JORF 6 septembre 2003

Modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 11 JORF 6 septembre 2003

La législation en vigueur sur les prix s'applique aux tarifs de transports sanitaires. Ceux-ci sont établis par arrêté des ministres chargés du budget, de la consommation, de l'économie et des finances et de la sécurité sociale.

L'inobservation de ces tarifs peut entraîner le retrait de l'agrément.

Article L6312-4

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 16

Dans chaque département, la mise en service par les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

Aucune autorisation n'est délivrée si le nombre de véhicules déjà en service égale ou excède un nombre fixé en fonction des besoins sanitaires de la population.

Le retrait de l'agrément peut être prononcé à l'encontre de toute personne qui a mis ou maintenu en service un véhicule sans autorisation.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux véhicules exclusivement affectés aux transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Article L6312-5

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 16

Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :

- les conditions d'agrément de toute personne effectuant un transport sanitaire prévu à l'article L. 6312-2 ;
- les conditions dans lesquelles le nombre théorique de véhicules mentionné à l'article L. 6312-4 est fixé, ainsi que les conditions de délivrance, de transfert et de retrait des autorisations de mise en service, notamment au regard de l'agrément ;
- les catégories de moyens de transport affectés aux transports sanitaires ;
- les catégories de personnes habilitées à effectuer des transports sanitaires, leurs missions respectives ainsi que la qualification et la composition des équipages ;
- les modalités de délivrance par l'agence régionale de santé aux personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de l'agrément pour effectuer des transports sanitaires ainsi que les modalités de son retrait ;
- les obligations de ces personnes à l'égard du service de garde organisé par l'agence régionale de santé et à l'égard des centres de réception et de régulation des appels mentionnés à l'article L. 6112-5 ;
- les conditions dans lesquelles l'agence régionale de santé organise la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire.

Article R6312-1

Modifié par Décret n°2012-1331 du 29 novembre 2012 - art. 1

L'agrément nécessaire au transport sanitaire est délivré par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément vaut décision de rejet.

Article R6312-2

La composition du dossier fourni à l'appui d'une demande d'agrément est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article R6312-3

Seules les entreprises de transports sanitaires ayant fait l'objet de l'agrément institué par l'article L. 6312-2 ont droit à l'appellation d'entreprises d'ambulances agréées ou d'entreprises de transports sanitaires aériens agréées.

Leurs véhicules ou aéronefs utilisés pour ces transports peuvent seuls être munis d'un emblème distinctif conforme au modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article R6312-4

Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 211

Les personnes titulaires de l'agrément sont tenues de soumettre les véhicules et les aéronefs affectés aux transports sanitaires au contrôle des services de l'agence régionale de santé suivant des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article R6312-5

Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 211

En cas de manquement aux obligations de la présente section par une personne bénéficiant de l'agrément, celui-ci, après que l'intéressé a été mis à même de présenter ses observations, en préalable à l'avis du sous-comité des transports sanitaires, peut être retiré temporairement ou sans limitation de durée par décision motivée du directeur général de l'agence régionale de santé.

Les manquements aux obligations prévues par la présente section et relevés par le service d'aide médicale urgente sont communiqués au directeur général de l'agence régionale de santé et à la caisse primaire d'assurance-maladie.

Extrait du code de Sécurité Sociale, articles cités en référence dans la circulaire ci-dessus

Article L161-33

Créé par Ordonnance 96-345 1996-04-24 art. 8 II, IV JORF 25 avril 1996

L'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie est subordonnée à la production de documents dont le contenu, le support ainsi que les conditions et délais de transmission à la caisse du bénéficiaire sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Si le bénéficiaire, ayant reçu du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, les documents nécessaires à la constatation des soins ou d'une incapacité de travail les transmet à la caisse hors du délai prévu, il encourt une sanction fixée par voie réglementaire, pouvant aller jusqu'à la déchéance du droit aux prestations pour la période pendant laquelle le contrôle de celles-ci aurait été rendu impossible.

En cas de transmission électronique, si le professionnel, l'organisme ou l'établissement dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie est responsable d'un défaut de transmission à la caisse du bénéficiaire de documents mentionnés à l'alinéa précédent ou s'il les a transmis hors du délai prévu, et sans préjudice d'éventuelles sanctions prévues par les conventions nationales mentionnées au chapitre 2 du présent titre, la caisse peut exiger du professionnel ou de l'organisme concerné la restitution de tout ou partie des prestations servies à l'assuré. Pour son recouvrement, cette restitution est assimilée à une cotisation de sécurité sociale.

Dans le cas de transmission électronique par les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des

échanges sont assurées par une carte électronique individuelle, appelée carte de professionnel de santé. Le contenu, les modalités de délivrance et d'utilisation de cette carte sont fixés par décret en Conseil d'Etat après avis de la Commission nationale informatique et libertés.

Article L162-2-1

Créé par Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 - art. 17 (V) JORF 25 avril 1996

Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article L162-4-1

Créé par Loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 - art. 25 JORF 30 décembre 1999

Les médecins sont tenus de mentionner sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical :

1° Lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail donnant lieu à l'octroi de l'indemnité mentionnée au 5° de l'article L. 321-1, les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail ;

2° Lorsqu'ils établissent une prescription de transport en vue d'un remboursement, les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit.

Ils sont tenus en outre de porter sur ces mêmes documents les indications permettant leur identification par la caisse et l'authentification de leur prescription.

Article L162-22-6

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 10

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 2

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements suivants :

a) Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ;

b) Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XX de l'article 1er de cette loi ;

c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XXI de l'article 1er de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée ;

- d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;
e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.

Ce décret précise :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en oeuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale

3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie

Article L321-1

Modifié par Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 - art. 6 (V)

L'assurance maladie comporte :

1°) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2°) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

4°) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;

5°) L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.

6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

7°) (Abrogé) ;

8°) (Abrogé) ;

9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.

Article L322-2

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 82

I. La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations. La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.

L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II. L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil

d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.

Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.

Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.

III. En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie : 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation

2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;

3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnées aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.

Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°.

Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.

Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés.

Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.

Article L322-3

Modifié par LOI n°2012-1404 du 17 décembre 2012 - art. 50

Modifié par LOI n°2012-1404 du 17 décembre 2012 - art. 52

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

1°) lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant

- 2°) lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;
- 3°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;
- 4°) Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :
- a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;
- b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- 5°) lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;
- 6°) lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 321-1 ;
- 7°) lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;
- 8°) lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;
- 9°) lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;
- 10°) Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;
- 11°) Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;
- 12°) pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;
- 13°) pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;
- 14°) pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;
- 15°) pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;
- 16°) Dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;
- 17°) Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1 ;

18°) Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;

19°) Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code ;

20°) Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 321-1 ;

21°) Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins

Article L322-4

Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 52

La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 n'est pas exigée pour ses ayants droit mineurs ainsi que pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1.

Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 322-2.

Article L322-5

Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 38 (V)

Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.

Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.

NOTA:

Les dispositions du présent article sont applicables à compter du premier jour du sixième mois suivant la date de publication de la présente loi. Les conventions en cours conclues sur le fondement de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi prennent fin à la même date.

Article L322-5-1

Modifié par Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 48 JORF 17 août 2004

L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée.

La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2.

Article L322-5-2

Modifié par Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 55 JORF 17 août 2004

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

- 1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ;
- 2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ;
- 3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées.
- 4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;
- 5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ;
- 6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique.

Article L322-5-4

Modifié par Loi n°2002-322 du 6 mars 2002 - art. 6 (V) JORF 7 mars 2002

La convention mentionnée à l'article L. 322-5-2, ses annexes et avenants sont approuvés et s'appliquent aux entreprises de transport sanitaire concernées dans les conditions prévues à l'article L. 162-15.

Pour les entreprises non régies par la convention nationale, les tarifs servant de base au remboursement sont fixés par arrêté interministériel.

Article L322-5-5

Modifié par LOI n°2009-1646 du 24 décembre 2009 - art. 45 (V)

Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports.

En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.

NOTA:

LOI n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 art 45 III : jusqu'au 1er juillet 2010 (date prévue au I de l'article 131 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009) les compétences attribuées par le présent article aux agences régionales de santé sont exercées par les missions régionales de santé.

Article L324-1

Modifié par LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 140

En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, conjointement par le médecin traitant et le médecin

conseil de la sécurité sociale en vue de déterminer le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; la continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

1°) de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert ;

2°) de se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;

3°) de s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4°) d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Le médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, et le médecin conseil établissent conjointement un protocole de soins qui mentionne les obligations prévues ci-dessus. Ce protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, définit en outre, compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37, les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3. La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.

Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation.

Le médecin, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré

Article R141-1

Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 270

Les contestations mentionnées à l'article L. 141-1 sont soumises à un médecin expert désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin conseil ou, à défaut d'accord dans le délai d'un mois à compter de la contestation, par le directeur général de l'agence régionale de santé ; celui-ci avise immédiatement la caisse de la désignation de l'expert. Dans le cas où l'expert est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé, il ne peut être choisi que parmi les médecins inscrits, sous la rubrique Experts spécialisés en matière de sécurité sociale, sur les listes dressées en application de l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 et de l'article 1er du décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004 relatifs aux experts judiciaires.

Lorsque la contestation porte sur le diagnostic ou le traitement d'une affection relevant de l'une des disciplines mentionnées par le règlement de qualification prévu au 4° de l'article R. 4127-79 du code de la santé publique, l'expert est, dans tous les cas, choisi parmi les médecins spécialistes ou compétents pour l'affection considérée.

Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le médecin qui a soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise ou le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, de la caisse de base du régime social des indépendants ou de la caisse de mutualité sociale agricole

Article R143-34

Modifié par Décret n°2005-1224 du 29 septembre 2005 - art. 10 JORF 30 septembre 2005 en vigueur le 1er octobre 2005

Dans le cas où une consultation ou une expertise est ordonnée par les tribunaux du contentieux de l'incapacité ou par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail :

1°) Les frais de consultation et d'expertise sont réglés, sans consignation préalable de provision, dans les conditions prévues aux articles L. 144-5 et R. 144-14 ;

2°) Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le médecin qui a soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise, un médecin appartenant au conseil d'administration de la caisse intéressée à l'instance ni par le médecin participant au service de contrôle médical fonctionnant auprès de la caisse intéressée.

Article R165-1

Modifié par Décret n°2009-1088 du 2 septembre 2009 - art. 3

Les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 ne peuvent être remboursés par l'assurance maladie, sur prescription médicale ou sur prescription d'un auxiliaire médical dans les conditions prévues aux articles L. 4311-1 et L. 4321-1 et au 6° de l'article R. 4322-1 du code de la santé publique, que s'ils figurent sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé après avis de la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code et dénommée " Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé ".

Peuvent également être remboursés par l'assurance maladie les verres correcteurs et, le cas échéant, les montures correspondantes, inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, délivrés par un opticien-lunetier en application de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique. A chaque renouvellement, l'opticien-lunetier mentionne sur la prescription la nature des produits délivrés et la date de cette délivrance.

L'inscription sur la liste précise, le cas échéant, les spécifications techniques, les seules indications thérapeutiques ou diagnostiques et les conditions particulières de prescription ou d'utilisation du produit ou de la prestation ouvrant droit à la prise en charge. Lorsque l'utilisation de produits ou de prestations fait appel à des soins pratiqués par des établissements de santé, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider de subordonner l'inscription sur la liste à des conditions relatives à l'évaluation de ces produits ou prestations, aux modalités de délivrance des soins, à la qualification ou à la compétence des praticiens des établissements de santé utilisant ces produits ou pratiquant ces prestations.

L'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 peut être assortie, pour certains produits ou prestations particulièrement coûteux et dont la prise en charge est limitée à

une ou plusieurs indications, d'une clause prévoyant qu'ils ne sont remboursés ou pris en charge que selon une procédure fixée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Dans ce cas, est annexée à l'arrêté d'inscription du dispositif sur la liste une fiche d'information thérapeutique établie par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. Cette fiche rappelle, d'une part, les indications prises en charge, d'autre part, les modalités de prescription, d'utilisation et, le cas échéant, la durée du traitement.

Article R322-1

Modifié par Décret n°2011-2119 du 30 décembre 2011 - art. 5

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 est fixée par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans les limites suivantes :

1° De 15 à 25 % pour les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé ainsi que les frais d'examens de biologie médicale afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions ;

2° De 15 à 25 % du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé ;

3° De 25 à 35 % pour les frais d'honoraires des praticiens, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;

4° De 35 à 45 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;

5° De 35 à 45 % pour les frais d'examens de biologie médicale, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;

6° De 70 à 75 % pour les médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et pour les médicaments dont le service médical rendu, tel que défini au I de l'article R. 163-3, a été classé comme modéré en application du 6° de l'article R. 163-18 ;

7° De 70 à 75 % pour les spécialités homéopathiques, dès lors qu'elles sont inscrites sur la liste établie en application du premier alinéa de l'article L. 162-17 et pour les préparations homéopathiques répondant aux conditions définies au 11° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique prises en charge par l'assurance maladie ;

8° de 40 à 50 % pour les frais de produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ;

9° de 30 à 40 % pour les frais de transport prévus au 2° de l'article L. 321-1 ;

10° de 30 à 40 % pour les frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal ;

11° de 30 à 40 % pour tous les autres frais ;

12° De 15 à 25 % pour les forfaits mentionnés aux 2°, 4° et 5° de l'article R. 162-32 ;

13° De 15 à 25 % pour les consultations et les actes mentionnés au 3° de l'article R. 162-32-1 facturés en sus des forfaits mentionnés au 12° ;

14° De 80 à 90 % pour les médicaments dont le service médical rendu, tel que défini au I de l'article R. 163-3, a été classé comme faible, dans toutes les indications thérapeutiques, en application du 6° de l'article R. 163-18.

Article R322-2

Modifié par Décret n°2013-66 du 18 janvier 2013 - art. 6

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 est supprimée pour certains médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux, figurant sur une liste établie par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale, après avis de la commission instituée par l'article R. 163-15 ainsi que pour les frais d'examens de biologie médicale relatifs au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et par le virus de l'hépatite C. Il n'y a pas non plus de participation de l'assuré pour les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique au titre de l'article R. 5126-104 du même code et pour ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique.

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 est également supprimée pour les frais d'examens de dépistage sous réserve que ces examens soient effectués dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique.

La participation de l'assuré en ce qui concerne les frais de transport n'est pas due lorsque l'état du bénéficiaire hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à cet état. Toutefois, cette disposition dérogatoire n'est pas applicable aux transports vers une maison de repos ou de convalescence, présentant les caractéristiques techniques définies à l'article premier de l'annexe XIX du décret n° 56-284 du 9 mars 1956.

Article R322-10

Modifié par Décret n°2011-258 du 10 mars 2011 - art. 1

Sont pris en charge les frais de transport de l'assuré ou de l'ayant droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer :

1° Pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à son état dans les cas suivants

- a) Transports liés à une hospitalisation ;
- b) Transports liés aux traitements ou examens prescrits en application de l'article L. 324-1 pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée et présentant l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription mentionné à l'article R. 322-10-1 ;
- c) Transports par ambulance justifiés par l'état du malade dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné à l'article R. 322-10-1 ;
- d) Transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres dans les conditions prévues aux articles R. 322-10-4 et R. 322-10-5 ;
- e) Transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres.

2° Pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale dans les cas suivants :

- a) Pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils mentionnés aux chapitres 5,6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations établie en application de l'arrêté prévu à l'article R. 165-1 ;

- b) Pour répondre à une convocation du contrôle médical ;
- c) Pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité mentionnée à l'article R. 143-34 ;
- d) Pour se rendre à la consultation d'un expert désigné en application de l'article R. 141-1.

Article R322-10-1

Modifié par Décret n°2006-1746 du 23 décembre 2006 - art. 1 JORF 30 décembre 2006

Les transports pris en charge par l'assurance maladie peuvent être assurés par les moyens suivants

- 1° L'ambulance ;
- 2° Le transport assis professionnalisé, véhicule sanitaire léger et taxi ;
- 3° Les transports en commun terrestres, l'avion ou le bateau de ligne régulière, les moyens de transport individuels.

Un référentiel de prescription arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale précise les situations dans lesquelles l'état du malade justifie respectivement la prescription des modes de transport prévus au présent article en fonction de l'importance des déficiences et incapacités et de leurs incidences.

Article R322-10-2

Modifié par Décret n°2010-332 du 24 mars 2010 - art. 1

La prise en charge des frais de transport est subordonnée à la présentation par l'assuré de la prescription médicale de transport ainsi que d'une facture délivrée par le transporteur ou d'un justificatif de transport. La prescription indique le motif du transport et le mode de transport retenu en application des règles de prise en charge mentionnées au premier alinéa de l'article L. 322-5.

En cas d'urgence, la prescription médicale peut être établie a posteriori.

Dans les cas mentionnés au 2° de l'article R. 322-10, la convocation vaut prescription médicale. Le moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire doit être indiqué dans la convocation par :

- a) Le médecin-conseil ou le médecin prescripteur de l'appareil si l'assuré se rend chez un fournisseur d'appareillage dans le cas mentionné au a ;
- b) Le médecin-conseil dans les cas mentionnés au b ;
- c) Le médecin expert désigné par la juridiction du contentieux de l'incapacité dans les cas mentionnés au c ;
- d) Le médecin expert dans les cas mentionnés au d.

Article R322-10-3

Modifié par Décret n°2006-1746 du 23 décembre 2006 - art. 1 JORF 30 décembre 2006

Lorsque la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins ne dépasse pas 150 kilomètres, les frais de transport mentionnés au a du 1° de l'article R. 322-10 sont pris en charge sur la base de la distance parcourue.

Article R322-10-4

Modifié par Décret n°2006-1746 du 23 décembre 2006 - art. 1 JORF 30 décembre 2006

Est, sauf urgence attestée par le médecin prescripteur, subordonnée à l'accord préalable de l'organisme qui sert les prestations après avis du contrôle médical la prise en charge des frais de transport :

- a) Exposés sur une distance excédant 150 kilomètres ;
- b) Mentionnés au e du 1° de l'article R. 322-10 ;
- c) Par avion et par bateau de ligne régulière.

Dans le cas prévu au a le contrôle médical vérifie notamment que les soins ne peuvent être dispensés dans une structure de soins située à une distance n'excédant pas 150 kilomètres.

L'absence de réponse dans un délai de quinze jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord préalable.

Article R322-10-5

Modifié par Décret n°2006-1746 du 23 décembre 2006 - art. 1 JORF 30 décembre 2006

Le remboursement des frais de transport mentionnés aux b à e du 1° de l'article R. 322-10 est calculé sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins prescrite appropriée la plus proche.

Article R322-10-6

Modifié par Décret n°2006-1746 du 23 décembre 2006 - art. 1 JORF 30 décembre 2006

Les modèles de prescription, d'accord préalable et de facture sont conformes aux modèles types fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Article R322-10-7

Modifié par Décret n°2006-1746 du 23 décembre 2006 - art. 1 JORF 30 décembre 2006

Sont pris en charge, dans les conditions fixées par la présente section, les frais de transport en commun exposés par une personne accompagnant un assuré ou un ayant droit, lorsque l'état de ce dernier nécessite l'assistance d'un tiers ou qu'il est âgé de moins de seize ans

Article D322-5

Créé par Décret n°2007-1937 du 26 décembre 2007 - art. 1

Le montant de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 est fixé ainsi qu'il suit :

- a) 0,5 euro pour les médicaments mentionnés au 1° dudit III. Ce montant s'applique par unité de conditionnement de médicament. Toutefois, lorsque le médicament est délivré au titre de l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, il s'applique par médicament prescrit ;
- b) 0,5 euro par acte effectué par un auxiliaire médical ;

c) 2 euros par transport, ce montant s'appliquant à chaque trajet.

Pour un produit, acte ou prestation donné, le montant de la franchise prélevé en application du présent article ne peut toutefois excéder le montant de la différence entre le tarif servant de base au calcul des prestations prévues à l'article L. 321-1 et celui de la participation prévue au I de l'article L. 322-2. S'il y a lieu, le montant de la franchise est réduit à due concurrence.

NOTA:

Ces dispositions sont applicables aux médicaments, aux actes et aux prestations délivrés à compter du 1er janvier 2008.

Article D322-6

Créé par Décret n°2007-1937 du 26 décembre 2007 - art. 1

Le montant maximum supporté au titre de la franchise mentionnée au III de l'article L. 322-2 par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50 euros.

Pour l'application de l'alinéa précédent, les montants de franchise sont pris en compte à la date du remboursement des prestations.

NOTA:

Ces dispositions sont applicables aux médicaments, aux actes et aux prestations délivrés à compter du 1er janvier 2008