

Circulaire DHOS/F 4/DSS/SD2 A n° 2004/08 du 8 janvier 2004 relative à la mise en oeuvre du décret n° 2003-1207 du 18 décembre 2003 relatif à la participation de l'assuré aux frais de soins et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et de l'arrêté du 18 décembre 2003 relatif aux conditions de suppression de la participation de l'assuré aux frais de soins pris en application de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale

08/01/2004

Date d'application : 1er janvier 2004.

Références :

Articles L. 322-2 et L. 322-3, 1° et 2° du code de la sécurité sociale (CSS) ;

Articles R. 162-52, R. 165-1 et R. 322-8 du CSS ;

Arrêté du 27 mars 1972 modifié fixant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

Le ministre de la santé, de la famille et de personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud, direction interrégionale de la sécurité sociale d'Antilles-Guyane, direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales, directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements publics de santé (pour information et exécution)

La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions d'application de la nouvelle réglementation relative à la suppression de la participation de l'assuré en raison du coefficient de l'acte pratiqué et de confirmer certaines règles d'exonération liées à la durée de séjour ou aux produits prescrits.

I. - EXONÉRATION DANS LES CAS OU LA DÉPENSE DEMEURANT À LA CHARGE DE L'ASSURÉ DÉPASSE UN CERTAIN MONTANT

Rappel de la règle antérieure :

L'ancien article R. 322-8 du code de la sécurité sociale s'est borné à maintenir provisoirement en vigueur les règles applicables du 21 août 1967 telles qu'elles avaient été fixées par un arrêté du 27 juin 1955. En vertu de cet arrêté, certains actes dont le coefficient est supérieur ou égal à 50 pouvaient être exonérés selon des règles complexes, peu lisibles et définies, pour la plupart, par voie de circulaire.

I.1. Règle générale

L'exonération du ticket modérateur concerne comme antérieurement les actes de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) thérapeutiques ou diagnostiques :

- actes chirurgicaux (KC, KCC, DC) ;
 - actes médicaux (K, KE, D) ;
 - actes radiologiques ou de radiothérapie (Z, ZM) ;
 - actes de médecine nucléaire (Zn) ;
 - actes d'orthopédie dento-faciale (T0).
- affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 50 (1). Cette règle ne concerne pas les prothèses dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomo-cytopathologie.

Le champ de l'exonération couvre également :

- les frais intervenant pendant la période d'hospitalisation au cours de laquelle est pratiqué un acte thérapeutique ou sous certaines conditions, diagnostique, coté 50 ou plus (cf. I-3), y compris les frais de transport d'urgence effectués pour cette hospitalisation ;
- les frais intervenant pendant une période d'hospitalisation consécutive et en lien direct avec une hospitalisation elle-même exonérée, y compris, sous certaines conditions (cf. I-4), les frais de transport entre les deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile.

A l'exception des actes et frais précités, les frais de soins dispensés au malade qui se rattachent directement à l'acte exonéré, qu'ils aient été donnés avant cet acte et en vue de sa préparation (consultation pré-anesthésique par exemple) ou encore qu'ils interviennent postérieurement (rééducation par exemple) et comme conséquence de celui-ci, ne donnent pas lieu à exonération du ticket modérateur.

Ces règles s'appliquent bien entendu sans préjudice des autres cas d'exonération des frais (par exemple, en cas d'affection de longue durée).

I.2. - Calcul du coefficient ouvrant droit à l'exonération

Règles de cumul

Le coefficient de 50 ou plus correspond soit à un seul acte, soit à la somme des cotations de plusieurs actes dans les conditions précisées ci-dessous.

I.2.1. - Actes thérapeutiques pratiqués au cours d'une même séance, d'un même examen ou dans le cadre d'une même thérapeutique

La réglementation en matière de cumuls d'actes pratiqués au cours d'une même séance est inchangée. Il en est de même pour les actes pratiqués sur le même malade et par le même praticien dans le cadre d'un même examen ou dans le cadre d'une même thérapeutique. Ce sont les règles prévues à l'article 11 B de la NGAP qui s'appliquent.

I.2.1.1. Actes pratiqués sous anesthésie

Tout acte pratiqué sous anesthésie générale ou loco-régionale est exonéré dès lors que la somme de ses coefficients K, KC, KCC, D ou DC inscrits à la NGAP, de l'intervention et de ceux de l'anesthésie est égale ou supérieure à 50.

I.2.1.2. Actes utilisant des radioéléments en source non scellés

Les coefficients des actes cotés en Zn peuvent s'ajouter lorsqu'il s'agit d'actes utilisant des radioéléments en source non scellés correspondant aux diverses incidences d'un même examen (scintigraphie par exemple).

I.2.1.3. Séances dans le cadre d'un traitement radiothérapeutique, ou par isotopes radioactifs

Ces actes sont des actes thérapeutiques. Lorsque la somme des coefficients des séances est supérieure ou égale à 50, ces séances donnent lieu à exonération du ticket modérateur correspondant à un même traitement radiothérapeutique ou par isotope radioactif.

I.2.2. Actes diagnostiques

Les coefficients des actes diagnostiques ne peuvent être cumulés, sauf exception expresse figurant à la NGAP. Ainsi l'addition des coefficients Z des actes de radiodiagnostic n'entraîne pas l'exonération de l'acte même si la somme des coefficients atteint ou dépasse 50.

En revanche, l'addition, dans les conditions prévue à la NGAP, des coefficients en K entraîne l'exonération de l'acte lorsque la somme des coefficients atteint ou dépasse 50.

I.3. Précisions sur les exonérations associées

Le [décret n° 2003-1207 du 18 décembre 2003](#) et l'[arrêté du 18 décembre 2003](#) modifient le champ de l'exonération accordée à l'occasion des actes précités.

I.3.1. Nature de l'acte ouvrant droit à une exonération des frais d'hospitalisation

Les frais d'hospitalisation sont exonérés du ticket modérateur dans deux cas :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf-4dsssd2-a-n-200408-du-8-janvier-2004-relative-a-la-mise-en-oeuvre-d-u-decret-n-2003-1207-du-18-decembre-2003-relatif-a-la-participation-de-l-assurance-aux-frais-de-soins/>

- dès lors qu'au cours d'une hospitalisation est effectué un acte thérapeutique dont le coefficient est supérieur ou égal à 50 ;
- dès lors qu'au cours d'une hospitalisation est pratiqué un acte diagnostique dont le coefficient est supérieur ou égal à 50 et dont la réalisation, pour des raisons de sécurité, doit être faite en établissement de santé (acte « invasif »). Il s'agit d'actes dont la réalisation nécessite un environnement de sécurité hospitalier, par exemple lorsque l'investigation suppose l'administration d'une substance potentiellement dangereuse pour le patient. Bien entendu, une anesthésie générale ou locorégionale étant elle-même un acte invasif nécessitant un environnement de sécurité, tout acte diagnostique effectué sous anesthésie, dès lors que la somme des coefficients de l'acte et de l'anesthésie atteint ou dépasse 50, entraîne l'exonération du séjour hospitalier.

I.3.2. Frais afférents à une hospitalisation consécutive et en lien direct avec une hospitalisation elle-même exonérée

Les frais de soins relatifs à une hospitalisation postérieure à une hospitalisation exonérée sont exonérés lorsque la seconde hospitalisation remplit les deux critères suivants :

- critère de temps (« consécutive » selon les termes du décret) : la seconde hospitalisation suit immédiatement la première, sans autre période d'hospitalisation pour un motif médical autre dans l'intervalle.
- critère médical (« en lien direct » selon les termes du décret) : la seconde hospitalisation doit résulter directement de la première.

I.4. Conditions d'exonération du ticket modérateur pour les frais de transport

Par dérogation à la règle nouvelle selon laquelle seuls les frais intervenant pendant la durée d'hospitalisation donnent lieu à une prise en charge à 100 %, il est prévu une exonération du ticket modérateur pour les frais de transports dans deux cas :

- transport d'urgence entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé, en cas d'hospitalisation répondant aux conditions rappelées au point I.1. ;
- transport entre deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile, lorsqu'intervient une seconde hospitalisation consécutive et en lien direct avec une première hospitalisation répondant aux conditions mentionnées au I.1.

I.4.1. Frais de transport d'urgence vers un établissement de santé

Dans le cas où un acte dont le coefficient est supérieur ou égal à 50 est réalisé en établissement de santé et dans la mesure où l'hospitalisation elle-même est exonérée, l'assuré ne supporte aucune participation pour les frais de transport d'urgence entre le lieu de prise en charge et l'établissement de santé.

Les règles en vigueur régissant les conditions de prise en charge des transports sanitaires mentionnées notamment à l'article R. 322-10-2 s'appliquent.

Une prescription médicale, établie le cas échéant a posteriori, atteste que l'état du malade justifie l'usage du moyen de transport prescrit. L'attestation de l'urgence doit être cochée sur le formulaire et indiquée par le médecin sur la feuille de prescription médicale de transport.

I.4.2. Frais de transport entre deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile, lorsqu'une seconde hospitalisation succède à une hospitalisation elle-même exonérée

Pour entraîner l'exonération des frais de transport vers un autre établissement, la première hospitalisation doit répondre aux conditions d'exonération mentionnées au I.1. (réalisation d'un acte égal ou supérieur à 50) et la seconde aux conditions mentionnées au I.3.2. (consécutif et lien direct).

Cette règle est sans effet sur l'application des dispositions du dernier alinéa de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale. En conséquence, les frais de transport vers une maison de repos ou de convalescence continuent comme précédemment à ne pas être exonérés du ticket modérateur.

I.5. Exemples

I.5.1. Actes effectués au cours et après une hospitalisation

I.5.1.1. Actes thérapeutiques effectués au cours d'une hospitalisation

Exemple : femme âgée de 85 ans - fracture de la main - réduction sous anesthésie générale - cotation appliquée : KC 20 + KARE 25 + 10 = 55 - hospitalisation inférieure à 24 heures - 5 séances ultérieures de kinésithérapie auprès d'un masseur kinésithérapeute.

Sont exonérés avec la nouvelle réglementation, les actes pratiqués durant l'hospitalisation cotés 55 ainsi que les autres soins intervenus durant l'hospitalisation (radiographies, par exemple). En revanche, les actes de masso-kinésithérapie, étant postérieurs à l'hospitalisation, ne sont pas exonérés.

I.5.1.2. Actes diagnostiques effectués au cours d'une hospitalisation

Exemple : hospitalisation au cours de laquelle sont pratiquées des investigations fonctionnelles de coefficients supérieurs à 50 ne nécessitant pas pour leur réalisation d'environnement de sécurité hospitalier (ex : échocardiographie). L'acte lui-même n'entraîne pas l'exonération des autres frais de soins durant l'hospitalisation.

I.5.2. Frais intervenant au cours d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation elle-même exonérée au titre d'un acte coté à plus de 50

Exemple : hospitalisation au cours de laquelle est pratiquée une intervention sur le myocarde (250 KCC130) qui nécessite un séjour en maison de repos de 21 jours.

Les frais liés à la seconde hospitalisation, qui est en lien direct avec la première, sont exonérés. En revanche, les frais de transport entre le premier établissement de soins et le second ne le sont pas.

En revanche, une hospitalisation intervenant immédiatement après une hospitalisation exonérée au titre d'un acte coté plus de 50 mais motivée par des raisons différentes n'a pas vocation à être exonérée au titre du premier séjour hospitalier. Bien évidemment, il peut y avoir exonération si la nouvelle hospitalisation nécessite l'intervention d'un acte dont la cotation est supérieure à 50.

II. - AUTRES CAS D'EXONÉRATION

L'état du droit en ce qui concerne l'appareillage et autres produits ainsi que les frais d'hospitalisation à partir du 31e jour consécutif d'hospitalisation est inchangé et reprend les dispositions qui figuraient dans l'arrêté du 27 juin 1955.

II.1. Appareillage (art. R. 322-8 nouveau, 1)

Sont exonérés de ticket modérateur, dans les mêmes conditions qu'antérieurement, les frais d'acquisition de :

- prothèses oculaires et faciales ;
- orthoprothèses ;
- véhicules pour handicapés physiques.

II.2. Autres produits (art. R. 322-8 nouveau, 2)

Les frais afférents à la fourniture de sang humain, de plasma ou de leurs dérivés et à la fourniture de lait humain continuent à être exonérés comme antérieurement.

II.3. Frais d'hospitalisation à partir du 31e jour consécutif

La règle de suppression de la participation de l'assuré pour l'ensemble des frais à partir du 31e jour d'hospitalisation consécutif est maintenue inchangée.

III. - MISE EN OEUVRE PRATIQUE

Dans l'attente de la suppression, dans les formulaires listés ci-dessous, de la case « acte en rapport avec un K 50 », une information devra être adressée aux professionnels de santé concernés afin de leur faire savoir que l'exonération mentionnée sur les feuilles de soins au titre du K 50 n'existe plus.

Les formulaires concernés sont les suivants :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf-4dsssd2-a-n-200408-du-8-janvier-2004-relative-a-la-mise-en-oeuvre-d-u-decret-n-2003-1207-du-18-decembre-2003-relatif-a-la-participation-de-l'assure-aux-frais-de-soins/>

- S 3110 : feuille de soins médecin ;
- S 3115 : feuille de pharmacien fournisseur ;
- S 3127 : feuille de soins sage-femme ;
- S 3129 : feuille de soins auxiliaire médical ;
- S 3138 : prescription médicale de transport (2)
- S 3139 : demande d'accord préalable de prescription médicale de transport (3)
- S 3328 : prise en charge cure thermale ;
- S 3740 : démarche de soins infirmiers.

Les ordonnances délivrées par les praticiens hospitaliers à la sortie de l'établissement de santé ne devront plus faire mention du caractère exonéré de l'hospitalisation au titre d'un acte dont le coefficient est supérieur ou égal à 50.

IV. - ENTRÉE EN VIGUEUR

Les dispositions de l'article R. 322-8 nouveau sont applicables à compter du 1er janvier 2004.

Dans les cas où une hospitalisation exonérée au titre de la réalisation d'un acte dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 est intervenue avant le premier janvier 2004 et a donné lieu avant cette date à une prescription d'actes dont la réalisation en ville intervient postérieurement au premier janvier, aucun de ces actes (sauf coefficient supérieur à 50) n'est exonéré.

Vous voudrez bien signaler les éventuelles difficultés d'application au bureau 2 A - direction de la sécurité sociale.

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, E. Couty
Le directeur de la sécurité sociale, D. Libault

- (1) Pour exemple, une appendicectomie est cotée 70, l'opération d'un bec-de-lièvre est cotée 60 et l'ablation des amygdales est cotée 40 + 25 au titre de l'anesthésie.
- (2) Ce formulaire est concerné par la demande de modification, non au niveau des cases à remplir mais au niveau de la notice d'utilisation.
- (3) Même remarque que ci-dessus.