



MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
SD/2A

Anne Figueroa
☎ : 01.40.56.74.04
Anne.figueroa@sante.gouv.fr
N° D-2016-

Paris, le 27 DEC. 2016

Monsieur le président,

La généralisation du tiers payant est désormais prévue par l'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

La mise en œuvre de la dispense d'avance de frais sur la part prise en charge par l'assurance maladie sera progressive pour couvrir l'ensemble de la population d'ici la fin de l'année 2017. Ainsi, à l'instar de ce qui est déjà appliqué par les établissements de santé, conformément aux dispositions de l'article L.162-21-1 du code de la sécurité sociale, les professionnels de santé seront amenés à facturer cette part directement à l'assurance maladie obligatoire pour tous les actes et prestations pratiqués quel que soit leur lieu de réalisation (professionnel exerçant en ville ou en établissement de santé).

La décision rendue par le Conseil constitutionnel sur l'article 83 a pour conséquence de laisser la liberté aux professionnels de santé de pratiquer ou non le tiers payant sur la part couverte par les contrats d'assurance maladie complémentaire des assurés.

En parallèle, le V de l'article 83 de la même loi complète le dispositif des contrats dits « responsables » à compter du 1^{er} janvier 2017. Dans le cadre de ces contrats, les organismes complémentaires sont tenus de faire bénéficier leurs assurés du mécanisme du tiers payant au moins à hauteur du tarif de responsabilité des garanties concernées.

Ainsi, dès lors que l'établissement de santé ou le professionnel de santé aura pratiqué le tiers payant selon les modalités convenues avec l'organisme complémentaire, ce dernier lorsqu'il propose un contrat responsable devra être en mesure d'accepter ce mode de facturation et le mettre en œuvre.

M. Bernard DAECSSLER
Président du Centre technique des institutions de prévoyance
10 rue de Cambacérès
75008 PARIS

Plus précisément, toutes les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables doivent faire l'objet d'un tiers payant et ce, au minimum jusqu'à hauteur du tarif de responsabilité (y compris lorsque le ticket modérateur est forfaitisé à 18€) si un tel tarif existe pour la prestation ou l'acte visé. Le forfait journalier hospitalier, couvert obligatoirement par les contrats responsables de manière intégrale et illimitée, est, dans ce cadre, concerné par l'obligation.

Le tiers payant demeure en revanche facultatif sur les garanties inscrites au contrat qui excèdent les obligations relatives aux contrats responsables visées à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale. Il en est ainsi des garanties portant sur la chambre particulière, les dépassements d'honoraires des médecins, les frais de soins prothétiques pratiqués au-delà des tarifs de responsabilité, les lentilles de contact remboursées ou non par l'assurance maladie, les cures thermales, les médicaments remboursés par l'assurance maladie au taux de 30% ou de 15%, etc.

En cohérence avec les dispositions de l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale relatives au dispositif du « tiers payant » contre générique et de l'article L. 161-36-4 du même code qui conditionne le bénéfice de ce droit au respect du parcours de soins, et quoiqu'il soit légitime de ne pas appliquer le tiers payant sur la part complémentaire lorsqu'il ne peut l'être sur la part remboursée par l'assurance maladie obligatoire, il est par ailleurs laissé à l'appréciation de chaque organisme complémentaire le soin d'offrir au professionnel de santé la possibilité ou non de pratiquer le tiers payant en cas de refus par le patient d'un générique ou de non respect du parcours de soins coordonnés.

De même, la mise en œuvre du dispositif du tiers payant demeurera facultative sur les prestations des professionnels qui n'ont pas qualité de professionnels de santé au sens du livre 1^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique (taxis pour le transport sanitaire de personne, distributeurs de produits et prestations de matériel n'ayant pas la qualité de professionnels de santé, etc.) ainsi que sur les actes et prestations des professionnels de santé non conventionnés, qui ne sont pas soumis à l'obligation de pratiquer le tiers payant sur la part remboursée par l'assurance maladie obligatoire.

Aussi, pour qu'un contrat d'assurance maladie complémentaire bénéficie des avantages sociaux et fiscaux liés au caractère responsable défini par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, les conditions suivantes relatives au tiers payant devront être respectées :

- le contrat avec l'assuré (ou bulletin d'adhésion) souscrit ou renouvelé à compter du 1^{er} juillet 2017 devra faire explicitement mention de l'application du tiers payant sur les garanties proposées, dans le respect des conditions prévues et rappelées ci-dessus. Malgré l'obligation pour les organismes complémentaires de mettre en œuvre le tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017, il sera tenu compte des difficultés de gestion qu'ils pourraient rencontrer jusqu'au 1^{er} juillet 2017 pour la mise à jour de leurs documents contractuels. Dans l'attente, une information de l'assuré sur la mise en œuvre du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 devra toutefois être assurée par les organismes complémentaires ;

- une carte de tiers payant ou tout document susceptible d'être présenté au professionnel de santé devra de même être délivré à l'assuré ou adhérent pour chaque contrat. Cette carte ou le document délivré par l'organisme de complémentaire santé mentionnera explicitement les garanties couvertes en tiers payant par le contrat ;
- si des conventions ont été conclues, soit avec des organismes de tiers payant (OTP) ou directement avec des professionnels de santé, ces dernières devront pouvoir être produites. En cas d'absence de convention, tout autre moyen de preuve attestant d'une pratique de tiers payant pourra être fourni (délivrance de prises en charge en tiers payant, procédures dématérialisées, etc.).

La mise en œuvre du tiers payant avec les établissements de santé devra s'opérer en cohérence avec le calendrier établi dans le cadre du plan de déploiement du dispositif « Remboursement des organismes complémentaires » (ROC). L'accrochage de l'organisme complémentaire à ce dispositif, aujourd'hui prévu au plus tard le 1^{er} janvier 2020, constituera un élément permettant d'attester de la capacité de l'organisme complémentaire à réaliser du tiers payant avec lesdits établissements.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma sincère considération.

T. FATOME,

Directeur de la sécurité sociale

