

**DATE : Levallois, le 7 février 2005**

**REFERENCES : Circulaire n° 7/2005  
2 CL/2005**

**DESTINATAIRES**

- Associations, congrégations et collectivités religieuses
- Les Maisons agréées par la Mutuelle Saint-Martin

**OBJET**

La réforme de l'assurance maladie au 1<sup>er</sup> janvier 2005 : la participation forfaitaire d'un euro, le médecin traitant.

NOUVEAU    COMPLETE    MODIFIE    ANNULE

PIECES JOINTES :

## R É S U M É

La réforme de l'assurance maladie (loi n°2004-810 du 13 août 2004), se décline selon trois axes :

- la mise en place d'un parcours coordonné de soins ;
- la création de nouveaux outils de maîtrise médicalisée ;
- des efforts demandés à chacun.

Deux volets concrets de cette réforme sont abordés aujourd'hui :

- le médecin traitant
- la participation forfaitaire de un euro.

### **1. - le médecin traitant**

. chaque bénéficiaire de plus de 16 ans choisit un médecin traitant ;

. ce choix est communiqué à la CAVIMAC selon des modalités qui seront précisées ultérieurement ;

. à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2005, des sanctions sont prévues pour les bénéficiaires qui n'utiliseront pas ce parcours coordonné de soins (ticket modérateur majoré, dépassement d'honoraires).

### **2. - la participation forfaitaire de un euro**

. elle s'applique sur les consultations et actes médicaux, les analyses de laboratoire (médecin de ville ou en consultation externe des hôpitaux) ;

. existence de deux plafonds : annuel (50 €) et journalier (1€ pour un même bénéficiaire, un même professionnel de santé, une même date de soins) au-delà desquels la retenue de la participation forfaitaire n'est plus effectuée ;

. elle ne s'applique pas aux bénéficiaires de moins de 18 ans, aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, aux bénéficiaires de l'assurance maternité ;

. la retenue d'un euro est effectuée selon des modalités différentes, suivant qu'il y a pratique ou non du tiers payant.

# LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

*(loi n°2004 - 810 du 13 août 2004)*

La réforme de l'assurance maladie, dont les premières mesures entrent progressivement en application depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, traduit par ses initiatives la volonté de sauvegarder le système d'assurance maladie actuel dans le respect des grands principes fondateurs que sont l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins, la solidarité (*article 1<sup>er</sup> de la loi*), mais aussi en l'adaptant au contexte.

L'ambition est d'organiser le système, dans le cadre d'une volonté partagée par tous les acteurs, pour « **soigner mieux en dépensant mieux** ».

Dans cette optique la réforme se décline selon trois axes :

- *la mise en place d'un parcours de soins coordonné, levier d'évolution des comportements ;*
- *la création de nouveaux outils de maîtrise médicalisée, pour favoriser de meilleures pratiques et lutter davantage contre les abus et les fraudes ;*
- *des efforts demandés à chacun.*

Au-delà de ces grandes lignes, deux volets très concrets de cette réforme seront abordés dans cette circulaire :

- *le médecin traitant*
- *la participation forfaitaire d'un euro.*

## I. Le médecin traitant

La désignation d'un « médecin traitant » par chaque bénéficiaire de l'assurance maladie est le premier élément de la mise en place du parcours de soins coordonné.

Ce parcours sera complété, à l'horizon 2007, par la création du « dossier médical personnel » (historique informatisé des actes et des traitements prescrits) et de la mise en circulation de la carte VITALE 2.

### 1. - principe

Tout assuré ou ayant droit âgé de plus de 16 ans indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin traitant choisi. Ce choix doit être fait en accord avec ce médecin.

Pour les ayants-droit mineurs concernés (entre 16 et 18 ans), l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale est nécessaire.

Ce médecin sera celui qui devra être consulté en première intention, il dirigera dans un second temps et si nécessaire le patient vers un « spécialiste consultant ». Le médecin traitant coordonnera ensuite le traitement et son suivi.

### 2. - choix du médecin traitant

Le médecin traitant déclaré est en principe le médecin qui connaît le mieux le patient et auquel ce dernier s'adresse en priorité en cas de problème de santé.

Ce médecin peut être un médecin généraliste, éventuellement un spécialiste, il peut exercer en médecin de ville, à l'hôpital ou dans un centre de santé.

Le patient a en outre la possibilité de changer de « médecin traitant », il devra en avvertir alors la caisse.

### 3. - déclaration du médecin traitant : modalités

Les ressortissants de la CAVIMAC concernés par cette mesure recevront un formulaire pré-identifié à leur nom, ils devront le compléter, le dater et le signer conjointement avec le médecin traitant choisi, puis le retourner à la CAVIMAC ;

L'envoi des formulaires par la CAVIMAC sera effectué selon un calendrier qui sera communiqué ultérieurement (**attention** : ce calendrier est différent de celui annoncé par les médias pour les ressortissants du régime général des salariés). Cette opération devrait vraisemblablement être programmée pour le mois de mars 2005.

Dans cette attente, il n'est donc pas nécessaire d'intervenir auprès de la CAVIMAC ni pour ceux qui en ont la possibilité, de télécharger des déclarations vierges sur les sites internet qui en proposent.

Remarque :

La déclaration sera remplie avec le médecin de votre choix prioritairement au cours d'une consultation déjà prévue (sont à éviter des consultations qui seraient uniquement motivées par le remplissage de la déclaration).

**4. - Suivi**

Lorsque ce choix sera enregistré par la CAVIMAC, le bénéficiaire en sera informé par un message qu'il est prévu de faire apparaître sur un décompte de prestations.

Le médecin traitant sera, lui aussi, informé de cet enregistrement.

**5. - Sanction en cas de non désignation d'un médecin traitant**

Des sanctions pourront être appliquées à l'égard des assurés et des ayants-droit qui n'auront pas désigné de médecin traitant ou qui consulteront un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant (majoration de leur participation aux frais d'honoraires de ces médecins), à l'exception :

- des cas d'urgence ;
- lorsque la consultation se fait en dehors du lieu de résidence habituel du patient ;
- lorsque le spécialiste consulté en première intention est un ophtalmologue, un gynécologue, un pédiatre.

Ces sanctions ne seront en tout état de cause pas applicables avant le **1<sup>er</sup> juillet 2005**. Des informations seront données ultérieurement sur cet aspect de la réforme.

**2. La participation forfaitaire d'un euro**

La participation forfaitaire est l'une des mesures qui découle du troisième axe de la réforme consacré aux efforts demandés à chacun.

### 1. - principe

Une participation forfaitaire est due par chaque bénéficiaire de soins pour chaque acte ou consultation dispensés par un médecin, ainsi que pour chaque acte d'analyse médicale, réalisé en médecine de ville ou dans un établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe ou d'urgence.

### 2. - montant de la participation forfaitaire

Le montant de cette participation est fixé à 1 euro à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

### 3. - plafonnement du nombre de participations

. plafond annuel : 50 participations par année civile (une fois ce plafond atteint dans la période de référence, les actes suivants ne sont plus soumis à la déduction de la participation forfaitaire).

. plafond journalier : 1 participation par bénéficiaire, pour un même professionnel et pour une même date de soins ( ex. : le même jour un assuré consulte son médecin traitant et sur prescription de ce dernier, effectue trois analyses médicales (= 3 actes) dans un laboratoire.

Il se verra appliqué les participations forfaitaires suivantes :

- sur la consultation (1 acte) : 1 participation forfaitaire de 1 €

- sur les analyses médicales (3 actes) : 1 seule participation forfaitaire de 1 € en application du plafonnement journalier précité : même bénéficiaire, professionnel de santé, même date de soins).

### 4. - cas d'exclusion

La participation forfaitaire ne s'applique pas aux situations suivantes :

. ayants-droit âgés de moins de 18 ans au premier janvier de l'année considérée ;

. bénéficiaires de la CMU complémentaire ;

. bénéficiaires de l'assurance maternité pour :

- les soins pris en charge au titre de l'assurance maternité ;

- tous les soins dispensés entre le 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour suivant l'accouchement.

. actes dispensés par les professionnels de santé autres que les médecins et les laboratoires d'analyses médicales (infirmières, masseurs kinésithérapeutes,...).

#### **5. - modalités de retenue de la participation forfaitaire**

Cette retenue s'applique sur tous les actes et consultations concernés effectués depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005. En pratique, deux cas sont à considérer :

. dépenses de soins ne bénéficiant pas du «tiers-payant »

Les participations forfaitaires constatées font l'objet d'une récupération lors du remboursement des dépenses, mention est faite de cette opération sur les décomptes de prestations.

Cette récupération est déjà opérationnelle.

. dépenses de soins bénéficiant du «tiers-payant »

Les médecins et les laboratoires d'analyses médicales sont payés par la CAVIMAC sans déduction de la participation forfaitaire.

Par contre, cette participation forfaitaire est enregistrée par la CAVIMAC en tant que créance sur le compte du bénéficiaire concerné. Cette créance fera ultérieurement l'objet d'une récupération sur les futures prestations versées par la CAVIMAC (hors tiers payant).

Dans ce contexte « Tiers Payant », le processus technique de récupération des participations forfaitaires sur les prestations suivantes ne sera toutefois opérationnel qu'à compter du **1<sup>er</sup> juillet 2005**. Dans cette attente, les participations forfaitaires sont seulement enregistrées par la caisse.

#### **Remarque :**

→ Cette récupération peut être effectuée sur toutes les prestations versées sur le compte de l'assuré pour toutes les participations forfaitaires enregistrées pour tous ses ayants-droit. (ex. : dans une famille, les participations forfaitaires enregistrées pour un enfant pourront être récupérées sur des prestations dues par la suite pour la conjointe ou pour l'assuré).

#### **6. - Cas des bénéficiaires qui changent de régime d'assurance maladie**

Le régime « cédant » établit pour chaque bénéficiaire une attestation indiquant le nombre de participations forfaitaires enregistrées, elle est à présenter au nouveau régime qui devra en tenir compte pour la gestion du plafond annuel.

Par contre, le régime « cédant » conserve la responsabilité de la récupération des participations forfaitaires « non soldées » au moment du changement de régime.

## 7. - Information des assurés

Les informations relatives aux participations forfaitaires sont communiquées aux assurés.

→ **dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005** : les participations forfaitaires figurent sur le décompte de prestations à la suite de l'acte sur lequel elle s'applique.

*. hors tiers-payant*

*Le message suivant apparaît : participation forfaitaire retenue*

*. tiers-payant*

*Le message suivant apparaît : participation forfaitaire à retenir*

→ **à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005** : les retenues de participations forfaitaires sur prestations suivantes seront opérationnelles. Chaque ligne de récupération différée apparaîtra sur le décompte de prestations et indiquera la date et le libellé de l'acte concerné par la récupération, ainsi que les prénoms et la date de naissance du bénéficiaire auquel elle se rapporte.

.  
. .

Pour toute autre précision en ce qui concerne le médecin traitant et la participation forfaitaire d'un euro, vous avez la possibilité de contacter le service des prestations maladie de préférence par télécopie ou par mel.

**Le Directeur**

**F. BUFFIN.**

