

L'exonération du ticket modérateur

Le ticket modérateur est la modulation du taux de remboursement. Pour une prestation ou un acte remboursable par l'Assurance Maladie, il est prévu une participation de l'assuré : c'est le ticket modérateur (part non remboursable par l'Assurance Maladie des prestations en nature).

Dans certaines situations, le législateur a prévu l'exonération (pour le patient ou la victime) de ce reste à charge : c'est l'exonération du ticket modérateur.

Exonération d'ordre administratif

- Rentier d'accident du travail ou maladie professionnelle (pour un taux d'Incapacité Permanente supérieur à 66 %, ayants droits compris dans ce cas),
- Bénéficiaire de l'article 115 (pensions de guerre ou victimes civiles),
- Invalidité ou pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité,
- Grossesse (4 mois avant la date présumée de l'accouchement),
- Nouveaux nés : dans le cadre des soins aux prématurés et pour une hospitalisation dans le mois qui suit la naissance,
- Enfants ou adolescents handicapés reconnus par la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées), dont les sourds profonds,
- Mineurs victimes de sévices sexuels,
- Dons d'ovocytes : participation de l'assuré supprimée avec prise en charge à 100 % accordée au titre de l'article L. 322-3-18 pour une période de 6 mois,
- Hospitalisation au-delà de 30 jours,
- Certains dispositifs médicaux (grand appareillage),
- Certains actes de prévention ou de dépistage organisé (mammographies, prévention bucco-dentaire),
- Actes CCAM dont le coût est supérieur à 120,
- Actes NGAP dont le coefficient est supérieur ou égal à 80,
- Frais engagés par les dons d'organes (examen, hospitalisation, suivi),
- Victimes d'actes de terrorisme et leurs proches.

Exonération d'ordre médical

Nécessitant une demande de la part de l'assuré ou de son médecin rédacteur.

- ALD Liste (29 affections listées) selon l'article L. 322.3.3 du code de la SS : leurs critères d'admissions sont définis réglementairement, en fonction de critères médicaux de gravité et d'évolutivité, par le Haut comité médical de la Sécurité Sociale (puis prochainement par la Haute autorité de santé) :
 - Accident vasculaire cérébral invalidant,
 - Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques,
 - Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques,
 - Bilharziose compliquée,
 - Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves,
 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses,
 - Déficit immunitaire primitif grave, infection par le VIH,
 - Diabète de type 1 et diabète de type 2,
 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave,
 - Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises graves,
 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves,
 - Maladie coronaire,
 - Insuffisance respiratoire chronique grave,
 - Maladie d'Alzheimer et autres démences,
 - Maladie de Parkinson,

L'exonération du ticket modérateur

- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé,
 - Mucoviscidose,
 - Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif,
 - Paraplégie,
 - Vascularités, lupus érythémateux systémique, sclérodémie systémique,
 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive,
 - Affections psychiatriques de longue durée,
 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives,
 - Sclérose en plaques,
 - Scoliose idiopathique structurale évolutive,
 - Spondylarthrite grave,
 - Suites de transplantation d'organe,
 - Tuberculose active, lèpre,
 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.
- Affections Hors liste (ou Procédure exceptionnelle) selon les articles L. 322-3-4 du code de la SS : affection grave, caractérisée, présentant une forme évolutive ou invalidante, non inscrite sur la liste des ALD 29 et nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Le panier de soins prévisible en lien avec l'affection est considéré comme coûteux s'il comporte au moins 3 des 5 critères suivants dont celui du traitement médicamenteux ou appareillage :
 - traitement médicamenteux régulier et/ou appareillage régulier,
 - hospitalisation,
 - actes techniques médicaux répétés,
 - actes biologiques répétés,
 - soins paramédicaux répétés.
 - Poly pathologies selon l'article L322-3-4 du code de la SS : plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant pour lequel des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois sont nécessaires. Ces affections doivent également nécessiter un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

La demande

- Pour établir la demande :
 - Le **protocole de soins électronique** (PSE) : Accès simple et sécurisé via espace pro et carte professionnelle.
 - Le **protocole de soins papier**.
- Point important :
 - Les affections de longue durée inscrites sur la liste font l'objet d'une déclaration simplifiée.

L'exonération du ticket modérateur

Le diagnostic précis de l'affection pour laquelle cette demande est formulée, ainsi que sa date de début seront mentionnés.

L'insuffisance respiratoire chronique grave, les maladies métaboliques héréditaires et certaines affections psychiatriques doivent faire l'objet d'une déclaration argumentée.

Les affections hors liste et les poly pathologies font également l'objet d'une demande argumentée par le médecin rédacteur du protocole.

- Critères médicaux définis par décret ainsi que la durée d'exonération : le décret n° 2017-472 du 3/4/2017 actualise la liste des affections de longue durée exonérante ainsi que les critères médicaux utilisés pour l'admission et le renouvellement.
- Le suivi post ALD : les décrets 2011-74 et 75 du 19/01/2011 ont supprimé la participation de l'assuré pour les actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection après sa sortie d'ALD.
La demande est faite sur ordonnance par le médecin traitant qui doit préciser l'affection précédemment exonérée.
Les prescriptions des actes et examens sont effectués sur ordonnance simple (pas d'ordonnancier bizona) en portant la mention « suivi post ALD » sur l'ordonnance et sur la feuille de soins.
- Les décrets 2011-726 et 727 du 24/06/2011 ont supprimé l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD exonérantes. Le renouvellement de l'exonération du ticket modérateur pour un assuré déjà exonéré pour cette affection est possible.
- Éléments déclaratifs par le médecin rédacteur au Service médical. Sur le protocole, il suffit de mentionner : le diagnostic précis, les critères diagnostiqués et le plan des soins.
- Utilisation de « l'ordonnancier bizona »
Dans la partie haute de cet ordonnancier bizona doit donc être porté l'ensemble des éléments de prise en charge en rapport avec la pathologie exonérée, conformément à l'accord conjoint.
Les autres traitements sont à porter en partie basse.

Décision du médecin conseil

Elle est :

- Toujours notifiée par la Caisse à l'assuré avec indication des voies de retours correspondantes.
- En matière d'affections de longue durée, les volets 2, 3 et 4 du protocole sont retournés au médecin demandeur.
- En cas d'accord sur une affection exonérante :
 - le médecin rédacteur peut ainsi remettre le volet 3 à son patient afin que celui-ci puisse faire valoir ses droits lors de son parcours de soins (programme thérapeutique et éléments de surveillance) ; Avec l'accord de son patient, le médecin rédacteur peut également mentionner la pathologie reconnue. (secret médical).
 - cet accord porte, à un moment donné, sur une prise en charge à 100 % des traitements liés à cette affection (médicaments, suivi, recours à des spécialistes ou des auxiliaires) retenus conjointement entre le médecin demandeur et le médecin conseil. Une évolution notable de l'état de santé du patient, entraînant une extension notable de la prise en charge, doit faire l'objet de la même procédure (protocole de soins réactualisé).
 - les soins sans rapport avec l'affection exonérée ne relèvent pas du 100 %.
- L'accord peut être partiel sur le traitement ou la surveillance proposés, les éléments de désaccord seront alors cochés, après concertation avec le médecin traitant, par le médecin conseil, ce qui les exclura de la prise en charge à 100 %.