

AIDE MÉDICALE ÉTAT (AME) LE CONTENU DU « PANIER DE SOINS »

France métropolitaine et DROM (sauf Mayotte)

- La présente note ne traite pas des conditions d'obtention de l'AME.
- Le panier de soin désigne la liste des prestations de santé financées (on dit aussi « prises en charge ») par le dispositif d'AME, au bénéfice de la personne ayant réussi à faire ouvrir son droit à l'AME.
- Les dernières modifications de fond¹ datent de la loi de finances pour 2020 (promulguée le 28/12/2019²). Concernant le panier de soins, cette loi a créé une restriction des soins pendant les premiers mois de bénéfice de l'AME (modification de l'art. L251-2 CASF). Le nombre de ces premiers mois a été fixé à neuf par le Décret n°2020-1325 du 30 octobre 2020 *relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France* ; la liste des soins concernés est définie par ce même décret ; une demande « d'accord préalable » auprès de la caisse permet, en cas d'accord, de déroger à cette restriction ;

Ces dispositions sont entrées en vigueur le 01/01/2021 (selon le Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020).

- Il est nécessaire de distinguer :
 - le contenu (quelles prestations sont couvertes, et lesquelles sont expressément exclues ?) ;
 - l'obligation d'un accord préalable de la caisse, spécifique aux bénéficiaires de l'AME, avant certains soins ;
 - le niveau de financement (existence ou non d'un ticket modérateur et de restes à charge).
 - les modalités de paiement (principe de dispense de paiement du professionnel de santé par le bénéficiaire)
 - la participation éventuelle de titulaires de l'AME aux recherches impliquant la personne humaine, sujet qui nécessite des développements spécifiques.

¹ La liste complète des modifications introduites en 2019 et des sources figure dans un tableau en Annexe 2 page 27.

² Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020

Plan

I. LE CONTENU		
(I.1) PRINCIPES	p. 4	
(I.2) INCLUSION DE PRESTATIONS ANNEXES : L'ESPACE NUMÉRIQUE EN SANTÉ	p. 6	
(I.3) EXCLUSION DE PRESTATIONS ANNEXES	p. 7	
(I.4) PRÉCISIONS SUR CERTAINS SOINS		
(I.4.1) Les lunettes et les prothèses (dont dentaires)	p. 8	
(I.4.2) Les transports médicalisés	p. 8	
(I.4.3) Le forfait journalier hospitalier	p. 9	
(I.4.4.) Le passage au service des urgences de l'hôpital et le « forfait patient urgence (FPU) »	p. 9	
(I.4.5) Autres prestations	p. 9	
1. Cancérologie : Reconstruction mammaire (prothèse interne), prothèse externe, et perruque.....	p. 9	
2. Autre sénologie : intervention sur pathologie non-maligne du sein	p. 11	
3. Frottis vaginal et examen cytologique en milieu liquide	p. 11	
4. Le financement d'une pompe à insuline.....	p. 11	
5. Séances chez le/la psychologue au titre du dispositif « Monpsy » (avril 2022)	p. 12	
6. Semelles orthopédiques	p. 12	
7. Prescription de « sport » (sur ordonnance médicale)	p. 12	
8. SMUR/SAMU	p. 12	
9. Fauteuil roulant	p. 13	
II. L'ACCORD PRÉALABLE OBLIGATOIRE DE LA CAISSE POUR CERTAINS SOINS		
(II.1) LES CAS OÙ UN ACCORD PRÉALABLE EST NÉCESSAIRE À L'IDENTIQUE DES ASSURÉS SOCIAUX	p. 14	
(II.2) UNE RESTRICTION DU PANIER DE SOINS PENDANT LES NEUFS PREMIERS MOIS D'AME (personnes majeures uniquement)		
(II.2.1) Le principe	p. 15	
(II.2.2) Les exceptions		
(II.2.2) 1. Les exceptions générales.....	p. 15	
(II.2.2) 2. Les exceptions sur accord préalable de la caisse.....	p. 15	
(II.2.3) Un délai de carence de neuf mois, opposable une seule fois en principe	p. 16	
(II.3) L'AGRÉMENT PRÉALABLE EN CAS DE SOINS LOURDS A L'HÔPITAL a été abrogé	p. 16	
III. LE NIVEAU DE LA PRISE EN CHARGE		
(III.1) UNE COUVERTURE A 100%	p. 17	
(3.1.1) Ticket modérateur, participations forfaitaires et franchises médicales	p. 17	
(3.1.2) Le Forfait urgence est pris en charge par l'AME	p. 17	
(3.2.3) Parcours de soins coordonné de l'article L162-5-3 du Code de la sécurité sociale	p. 18	
(III.2) ARTICULATION AVEC LE DISPOSITIF DIT « 100% SANTÉ »		
(3.2.1) Le principe du « 100% santé »	p. 18	
(3.2.2) Paiement des lunettes, prothèses et dispositifs à usage individuel	p. 19	
(III.3) LA RECONNAISSANCE D'UNE ALD (AFFECTION LONGUE DURÉE)	p. 20	
(III.4) LES MAJORATIONS DE TARIF DUES PAR L'ASSURANCE MALADIE AUX MÉDECINS EN CAS DE CONSULTATIONS DE COORDINATION OU DE CONSULTATIONS COMPLEXES	p. 20	
IV. MODALITÉS DE PAIEMENT : la procédure dite du « tiers-payant »		p. 21
V. PRÉCISIONS SUR LES RECHERCHES IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE (RIPH)		p. 21

ANNEXES

Annexe 1 : Les textes	p. 25
① Code de l'action sociale et des familles.....	p. 25
Partie réglementaire	p. 31
② Code de la sécurité sociale	p. 33
③ 100% santé	p. 36
④ Hôpitaux militaires	p. 39
Annexe 2 : Récapitulatifs des modifications législatives et réglementaires 2019-2021	p. 40
Annexe 3 : Prescription médicale de pompe à insuline : circulaire Cnam de la Côte d'Or (2018)	p. 43
Annexe 4 : Liste des médicaments à service médical rendu faible	p. 47
Annexe 5: Recherches impliquant la personne humaine ; les textes	p. 60

I. LE CONTENU

(I.1) PRINCIPES

Résumé

Pour savoir si une prestation est couverte par l'aide médicale d'Etat :

- ① vérifier que cette prestation est incluse dans le panier de soins d'un.e assuré social.e. (« panier » commun à l'ensemble des régimes de base d'assurance maladie obligatoire³) ;
- ② vérifier que cette prestation ne figure pas dans la liste fermée des prestations expressément retranchées, pour les bénéficiaires de l'AME, du panier de soins d'un.e assuré social.e., en tenant compte des restrictions ne s'appliquant pas aux mineurs ;
→ Si la réponse est positive au point ① et ②, alors la prestation est incluse dans le panier de soins AME.
- ③ vérifier si la prestation, incluse dans le panier de soins (AME = idem assurés sociaux), est incluse :
 - de plein-droit (pas besoin d'accord préalable de la caisse ; pas de démarches particulières à faire) ;
 - de plein-droit seulement pour les personnes reconnues en ALD ;
 - sous réserve d'un accord préalable de la caisse.
- ④ vérifier ensuite que le tarif du professionnel de santé ou du produit de santé ou du dispositif médical ne comporte pas de dépassement du montant à « 100% » du tarif de l'assurance maladie / AME (objet du point III. de cette note).

(I.1.1) Le panier de soins AME est défini par la loi, et précisé par décret

Le « panier de soin » désigne la liste des prestations de santé financées (on dit aussi « prises en charge ») par le dispositif d'AME, au bénéfice de la personne ayant réussi à faire ouvrir son droit à l'AME.

Sources :

- Le panier de soin est défini à l'article L251-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce contenu n'a pas été impacté par les décrets AME du 6 février 2026 (relatifs aux conditions d'accès à l'AME), ni lors de la dernière modification l'article L251-2 par la Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 (articles 264 et 265 de la loi). Mais un dispositif d'entente préalable a été mis en place par cette loi (voir II.) – voir tous les textes à partir de la page 25.
- Ce panier de soin de l'article L251-2 CASF prévoit la prise en charge au titre de l'AME d'une fraction du panier de soins des assurés sociaux lequel est défini par l'article L160-8 du code de la sécurité sociale.

(I.1.2) Sauf limitation pour les nouveaux bénéficiaires (voir point II.2.), le panier de soins d'un bénéficiaire de l'AME est identique à celui d'un assuré social, diminué des prestations suivantes, lesquelles sont expressément exclues :

Remarque générale :

en matière « MCO » (médecine, chirurgie, obstétrique), il n'y a pas, à ce jour, de différences importantes avec le panier de soins des assurés sociaux

- **Exclusion pour les bénéficiaires majeurs seulement** (les mineurs sont donc pris en charge pour ces soins) :
 - Sauf pour les mineurs, l'article L251-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que peuvent être exclus du panier de soins, les actes, les produits et les prestations :
 - a) dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ;
 - b) lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie.

³ Articles L160-8 du Code de la sécurité sociale (en application de L111-2-1 et L160-1 du même code).

▪ L'article R251-1 (créé par le Décret du 17 octobre 2011 et modifié par Décret n°2015-1865 du 30 décembre 2015) précise que sont exclus du panier de soins, au titre de l'article L251-2 CASF, les cures thermales, et la PMA.

▪ Au total, sont exclus pour les patients adultes :

1. Les cures thermales⁴ ;
2. les médicaments dont le service médical rendu est considéré comme faible⁵ ;
Le décret du 3 février 2015 précise que les médicaments à service médical rendu faible sont les mêmes que ceux fixés pour l'Assurance maladie (et remboursés à 15% pour les assurés sociaux)
3. la procréation médicalement assistée (PMA) ; voir point suivant ;

▪ **Exclusion pour tous les bénéficiaires** (majeurs et mineurs)

Liste des soins prévus pour les assurés sociaux (L160-8 CSS du code de la sécurité sociale) et non-repris dans le panier de soins AME :

4. les actes et soins liés à une PMA⁶ sont exclus de façon globale de l'AME par l'article L251-2 CASF, lequel n'inclut pas le 7° de l'article L160-8 du code de la sécurité sociale. Ces actes et soins sont également exclus du panier de soins AME par l'article R251-1 CASF.
5. Pour les personnes en situation de handicap, les consultations longues de suivi gynécologique et en santé sexuelle, ainsi que séances d'éducation à la vie sexuelle et affective et de sensibilisation aux violences sexuelles et sexistes [5°bis de l'art. L160-8 css] ;
6. les frais de l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants [6° de l'art. L160-8 css⁷] ;
7. les frais du repérage des troubles du neuro-développement de l'enfant âgé de 9 mois et de 6 ans [6°bis de l'art. L160-8 css] ;
8. les frais de Télésurveillance médicale [8° de l'art. L160-8 css] ;
9. les frais « Parcours coordonnés renforcés » [9° de l'art. L160-8 css] ;
10. les frais du parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention précoce des enfants jusqu'à six ans [10° de l'art. L160-8 css] ;
11. La prise en charge des protections périodiques pour les personnes ayant leurs menstruations (assurés sociaux de moins de vingt-six ans ou bénéficiaires de la C2S) [11° de l'art. L160-8 css] ;

Sont également exclus, par définition :

12. [les indemnités journalières d'arrêt de travail (prestation en espèces)]

(I.1.3) Limitation du panier de soins pour les personnes qui bénéficient pour la première fois de l'AME.

Durant les neuf premiers mois de bénéfice de l'AME, la personne majeure nouvellement bénéficiaire de l'AME se voit exclue de certains soins, sauf à obtenir l'accord préalable de la caisse.

Voir : II. L'ACCORD PRÉALABLE OBLIGATOIRE DE LA CAISSE POUR CERTAINS SOINS, page 14

⁴ Loi du 29/12/2010 – applicable depuis le décret du 17 octobre 2011 ayant créé l'article R251-1 CASF (modifié par Décret n°2015-1865 du 30 décembre 2015)

⁵ Restriction applicable depuis l'entrée en vigueur du décret n° 2015-120 du 3 février 2015 relatif à la prise en charge des frais de santé par l'AME. Il s'agit des médicaments dont les Caisses d'assurance maladie ne remboursent que 15% pour les assurés sociaux (anciennement « vignette orange », le système des vignettes étant supprimé depuis le 01/07/2014). Pour un bénéficiaire de l'AME la prise en charge de ces médicaments est donc de 0%.

La définition du SMR relève de l'article R163-3 du Code de la sécurité sociale. Le SMR (voir service-public.fr) est un critère permettant de renseigner les autorités en charge de l'admission au remboursement des médicaments sur l'intérêt clinique des médicaments. Il permet notamment de répondre à la question : le médicament a-t-il suffisamment d'intérêt clinique pour être pris en charge par la solidarité nationale ? Il est évalué par la Commission de la transparence de la Haute Autorité de santé, sur la base de données scientifiques. Il participe à la fixation du taux de prise en charge du médicament par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Voir [la liste 2010 en annexe](#) page 44

⁶ C'est à dire les actes techniques et les examens de biologie médicale spécifiques à la PMA (procréation médicalement assistée), et les médicaments et produits nécessaires à la réalisation de ces actes et examens ; Loi du 29/12/2010 – applicable depuis le décret du 17 octobre 2011 ayant créé l'article R251-1 CASF (modifié par Décret n°2015-1865 du 30 décembre 2015)

⁷ Examen mentionné à l'article L2132-2-1 du Code, de la santé publique – voir page 25.

(I.2) INCLUSION DE PRESTATIONS ANNEXES : L'ESPACE NUMÉRIQUE DE SANTÉ (ENS) et IDENTIFIANT NATIONAL DE SANTÉ

Résumé

- Les bénéficiaires de l'AME titulaires d'un NIR certifié* (anciens assurés sociaux) sont en principe éligibles à l'ENS depuis janvier 2022 [mais pas au *Dossier médical personnalisé* ; voir ci-dessous I. 3. 3.]
- Les autres bénéficiaires de l'AME, non-titulaires d'un NIR certifié*, sont en principe éligibles à l'ENS, mais la procédure n'est pas techniquement accessible pour eux.

*NIR : numéro de sécurité sociale (Numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques)

- L'Espace numérique de santé (ENS) est en cours de généralisation depuis janvier 2022.

Voir site gouvernemental : <https://esante.gouv.fr/strategie-nationale/mon-espace-sante>

- La création de l'ENS nécessite de disposer d'un numéro de sécurité sociale définitif dit NIR définitif (numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques de l'INSEE).

Article L1111-13-1 du code de la santé publique (Modifié par LOI n°2020-1525 du 7 décembre 2020) :

« I.- L'espace numérique de santé est ouvert automatiquement, sauf opposition de la personne ou de son représentant légal. [...]. Pour chaque titulaire, l'identifiant de son espace numérique de santé est l'identifiant national de santé mentionné à l'article L. 1111-8-1⁸ lorsqu'il dispose d'un tel identifiant. Pour le bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat mentionnée à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, l'identifiant de son espace numérique de santé est créé selon des modalités précisées par le décret en Conseil d'Etat mentionné au V du présent article. »

- Le décret mentionné au V. de l'article L1111-13-1 du code de la santé publique est le [Décret n° 2019-1036 du 8 octobre 2019 modifiant le décret n° 2017-412 du 27 mars 2017 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé et les articles R. 1111-8-1 à R. 1111-8-7 du code de la santé publique](#), pris en application de l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique. Voir le Décret page 34 créant l'article R1111-8 ci-dessous :

Article R1111-8-1 du code de la santé publique

I.- L'identifiant national de santé défini à l'article L. 1111-8-1 est le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR).

Pour les personnes en instance d'attribution d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques et jusqu'à l'attribution de ce numéro, l'identifiant national

⁸ **Article L1111-8-1 du Code de la santé publique** : « Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est utilisé comme identifiant de santé des personnes pour leur prise en charge à des fins sanitaires et médico-sociales, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4.

Les services mentionnés à l'article L. 4622-1 du code du travail entrant dans le champ d'application de l'article L. 1110-4 du présent code peuvent utiliser l'identifiant de santé des personnes pour leur prise en charge.

Les données de santé rattachées à l'identifiant de santé sont collectées, transmises et conservées dans le respect du secret professionnel et des référentiels de sécurité et d'interopérabilité mentionnés à l'article L. 1110-4-1.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe les modalités autorisant l'utilisation de cet identifiant et empêchant son utilisation à des fins autres que sanitaires et médico-sociales. »

Article R1111-8-1 issu du Décret n° 2019-1036 du 8 octobre 2019 modifiant le décret n° 2017-412 du 27 mars 2017 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé et les articles R. 1111-8-1 à R. 1111-8-7 du code de la santé publique, pris en application de l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique.

I.- L'identifiant national de santé défini à l'article L. 1111-8-1 est le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR).

Pour les personnes en instance d'attribution d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques et jusqu'à l'attribution de ce numéro, l'identifiant national de santé est le numéro identifiant d'attente (NIA), attribué par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à partir des données d'état civil et mentionné au 1° de l'article R. 114-26 du code de la sécurité sociale.

II.- Tout autre identifiant ne peut être utilisé pour le référencement des données de santé qu'en cas d'impossibilité d'accès à l'identifiant national de santé, afin de ne pas empêcher la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes. Il est procédé au référencement des données mentionnées à l'article R. 1111-8-2 avec l'identifiant national de santé dès qu'il est possible d'y accéder.

III.- Lorsque l'identification d'une personne par un professionnel, un établissement, un service ou un organisme mentionné à l'article R. 1111-8-3, est nécessaire pour sa prise en charge à des fins sanitaires ou médico-sociales, cette identification ne peut être faite que par l'identifiant national de santé, dans le respect des conditions prévues aux articles R. 1111-8-2 à R. 1111-8-7.

de santé est le numéro identifiant d'attente (NIA), attribué par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à partir des données d'état civil et mentionné au 1° de l'article R. 114-26 du code de la sécurité sociale.

II.- Tout autre identifiant ne peut être utilisé pour le référencement des données de santé qu'en cas d'impossibilité d'accès à l'identifiant national de santé, afin de ne pas empêcher la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes. Il est procédé au référencement des données mentionnées à l'article R. 1111-8-2 avec l'identifiant national de santé dès qu'il est possible d'y accéder.

III.- Lorsque l'identification d'une personne par un professionnel, un établissement, un service ou un organisme mentionné à l'article R. 1111-8-3, est nécessaire pour sa prise en charge à des fins sanitaires ou médico-sociales, cette identification ne peut être faite que par l'identifiant national de santé, dans le respect des conditions prévues aux articles R. 1111-8-2 à R. 1111-8-7.

▪ Ce décret ne donne à ce stade aucune information sur l'application de l'ENS aux bénéficiaires de l'AME.

▪ Conclusion :

- Les bénéficiaires de l'AME titulaires d'un NIR certifié (anciens assurés sociaux) sont en principe éligibles à l'ENS depuis janvier 2022.

- Les autres bénéficiaires de l'AME, non-titulaires d'un NIR certifié, sont en principe éligibles à l'ENS, mais la procédure n'est pas techniquement accessible pour eux.

(I.3) EXCLUSION DE PRESTATIONS ANNEXES

Les bénéficiaires de l'AME n'étant pas des « assurés sociaux » (mais des « bénéficiaires d'une aide sociale d'Etat »), ils ne peuvent pas accéder aux prestations annexes réservées aux seul.e.s Assuré.e.s :

1. Pas de numéro de sécurité sociale définitif, le NIR (numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques de l'INSEE ; pour des détails sur l'obtention d'un NIR pour les assurés sociaux, voir la Note Gisti-Comede « [Prestations de sécurité sociale : justification de l'identité et procédure d'identification](#) » ; janvier 2021).

Les bénéficiaires de l'AME sont identifiés par un numéro à 13 chiffres (format NIR) commençant par le chiffre 7 pour les hommes et 8 pour les femmes⁹.

Les anciens assurés sociaux bénéficiaires d'un NIR conservent définitivement ce NIR y compris en cas de passage à l'AME (à l'expiration de leur période de bénéfice de l'Assurance maladie).

2. Pas de carte Vitale¹⁰ ;
3. Pas de Dossier médical personnalisé (DMP)¹¹ ;
4. Pas d'accès au fonds de secours dit « fonds d'action sociale » des caisses (via l'imprimé « *Demande de prestations supplémentaires et d'aides financières individuelles* ») ;

⁹ On notera que rien en droit n'interdirait la fabrication d'un NIR pour les non-assurés sociaux bénéficiaires de prestations sociales au sens large (plus largement qu'au sens de prestations de « sécurité sociale »). En effet, l'article R161-1 du code de la sécurité sociale mentionne que toute personne « *rattachée aux organismes de sécurité sociale est identifiée par le [NIR]* ». Or les bénéficiaires de l'AME sont rattachés à un organisme de sécurité sociale puisque l'Etat a confié par convention la gestion de l'AME aux Cnam et aux CGSS (bien que les bénéficiaires de l'AME ne soient juridiquement pas bénéficiaires d'une prestation de sécurité sociale). Les étrangers en séjour irrégulier sont de surcroît possiblement titulaires de pièce d'identités et d'état civil fiables permettant une certification de leur état civil, et partant, permettant une certification de leur éventuel NIR.

¹⁰ Le rapport IGAS-IGF d'octobre 2019 (n° IGAS 2019-M-039-04 et n° IGF 2019-060R) préconise la délivrance aux bénéficiaires de l'AME d'une carte à puce de type carte Vitale [Rapport Points 4.2.3, page 29].

¹¹ Les articles L1111-14 et R1111-26 du code de la santé publique prévoient la création et l'usage du DMP pour les seuls « bénéficiaires de l'assurance maladie ». Le rapport IGAS-IGF d'octobre 2019 (n° IGAS 2019-M-039-04 et n° IGF 2019-060R) préconise l'ouverture d'un dossier médical partagé (DMP) pour les bénéficiaires de l'AME [Rapport Points 4.2.3, page 29].

5. Pas de tarif de solidarité sur l'énergie (électricité et gaz naturel) ;
6. Pas d'examen de santé périodique gratuit de la Sécurité sociale¹² ;
7. Pas de financement des prestations hors-nomenclature :
L'Instruction ministérielle n° DGOS/PF4/DSS/1A/2018/101 du 16 avril 2018¹³, qui accorde aux assurés sociaux, à titre purement gracieux, un financement de certains actes hors nomenclature (c'est à dire hors panier de soin de l'assurance maladie) sur financement au titre de la « mission d'intérêt général (MIG) » des hôpitaux, ne prévoit pas expressément d'inclure les titulaires de l'AME dans cette possibilité (ni en consultation externe, ni en hospitalisation). Cela concerne les actes innovants et les actes de soins courants de biologie médicale et d'anatomopathologie non-inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (BHN et PHN). Par exemple : certains tests de charge virale VIH (extraction d'ADN / acte BHN), les fibro-tests dans le cas d'un suivi d'une hépatite virale en consultation externe ;
8. Les professionnels de santé ne bénéficient pas des majorations de tarif dues par l'Assurance maladie aux professionnels en cas de consultations de coordination ou de consultations complexes (voir point III.4. page 20).
9. L'accès aux hôpitaux militaires pourrait être refusé aux bénéficiaires de l'AME (l'article L6147-7 du Code de la santé publique prévoit en effet que les hôpitaux militaires fournissent des soins aux « assuré sociaux »). Voir les textes concernés pages 39

(I.4) PRECISIONS SUR CERTAINS SOINS

(I.4.1) Les lunettes et les prothèses (dont dentaires)

L'ensemble des prestations d'optique et de dentaires est inclus dans le panier de soins à l'identique des assurés sociaux. Mais, le niveau de prise en charge (actuellement 100% du tarif de la sécurité sociale) se révèle insuffisant pour couvrir les frais réels d'une prothèse ou d'une paire de lunette.

En pratique, l'AME ne permet pas d'obtenir des lunettes et des prothèses (voir point III. page 17), malgré le niveau de couverture actuellement à 100% (du tarif sécurité sociale, et non pas 100% de la dépense réelle ; voir point III.1. page 17) et malgré le dispositif dit « 100% santé » (voir point III.2. page 18).

(I.4.2) En matière de transport médicalisé

▪ **Panier de soins :** l'AME couvre les frais de transport prescrit médicalement, de toute nature que ce soit, à l'identique que pour un assuré social (L251-1 CASF combiné avec le 2° de L160-8 CSS). Tout refus est un refus de soin.

▪ **Niveau de prise en charge = 100%** - voir point III.

Mais attention, aux conditions de droit commun nécessaires pour « faire entrer » le transport médicalisé dans le panier de soins de l'assurance maladie (et partant, dans le panier de soins de l'AME) type "*entente préalable*", "*trajet > 150 km*", "*reconnaissance d'une ALD*", etc...

▪ **Tiers-payant Vs Avance des frais :**

En pratique, le système est dysfonctionnant, les transporteurs refusant de « dispenser d'avance des frais », les personnes non-ALD (dont les bénéficiaires de l'AME). D'où l'utilité de se faire reconnaître en « ALD » par le contrôle médical de la caisse, voir point III.3. page 20.

¹² Examen prévu par l'article L321-3 du Code de la sécurité sociale (voir page 8) qui indique que les Caisses sont tenues de « soumettre [l'assuré et les membres de sa famille] à un examen de santé gratuit ». Pour autant, un tel bilan est pris en charge par l'AME s'il est prescrit et/ou réalisé par un médecin ou professionnel de santé ;

¹³ Instruction n° DGOS/PF4/DSS/1A/2018/101 du 16 avril 2018 relative aux actes de biologie médicale et d'anatomopathologie hors nomenclatures éligibles au financement au titre de la mission d'intérêt général d'enseignement, de recherche, de rôle de référence et d'innovation G03, aux règles de facturation de ces actes et aux modalités de délégation associées : 2) b. *Les actes de biologie médicale et d'anatomopathologie hors nomenclatures prescrits et/ou réalisés pour des patients non assurés sociaux ne sont pas éligibles au financement par cette dotation.*

Site de l'Assurance maladie (oct.2024) :

*Assuré / Remboursements / Ce qui est remboursé / Frais de transport : prise en charge et remboursements
Les cas de prise en charge à 100% des transports*

Sous réserve de remplir les conditions habituelles de prise en charge, les frais de transport sont remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie dans les 12 cas suivants :

- 1. les transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée exonérante et présentant une ou des incapacités ou déficiences définies par le Référentiel de prescription des transports (PDF) (arrêté du 23 décembre 2006) ;*
- 2. les transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;*
- 3. les transports des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après la date d'accouchement ;*
- 4. les transports liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours ;*
- 5. les transports d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux ;*
- 6. les transports en vue de recevoir des soins ou subir des examens, et ce quel que soit le mode de transport utilisé (ambulance, VSL...), en rapport avec un acte de terrorisme ;*
- 7. les transports 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 au cours de laquelle a été effectué un acte coûteux ;*
- 8. les transports lorsque l'état du patient hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement en vue d'un traitement mieux adapté à son état ;*
- 9. les transports des personnes relevant du régime local d'Alsace-Moselle ;*
- 10. les transports des personnes titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension militaire, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve invalide, d'une rente pour un accident du travail ou une maladie professionnelle avec un taux d'incapacité supérieur à 66,66 % ;*
- 11. les transports des personnes bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins urgents ;**
- 12. les transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).*

(I.4.3) Le forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge dès le premier jour (4° de l'article L251-2 CASF).

(I.4.4.) Le passage au service des urgences de l'hôpital et le « forfait patient urgence (FPU) »

Les soins fournis par l'hôpital public ou privé par tous les services des urgences médico-chirurgicales, quelle que soit leur désignation, sont inclus dans le panier de soins de l'assurance maladie, et partant, sont inclus dans le panier de soins AME.

Nota : Ce passage aux « urgences » est « gratuit » pour les bénéficiaires de l'AME (pas de reste à charge financier, le « forfait patient urgence (FPU) » étant pris en charge ; voir les précisions sur le « FPU » dans cette note dans la partie III. 1.2. « Le niveau de la prise en charge », page 17).

(I.4.5) Autres prestations

1) Cancérologie : reconstruction mammaire (prothèse interne), prothèse externe, et perruque

Résumé : l'AME couvre l'ensemble de ces chirurgies et de ces prothèses. Cependant, comme pour toutes les prestations de santé, l'AME ne couvre que dans la seule limite du tarif de l'assurance maladie obligatoire (100% du tarif sécurité sociale ; voir *Partie III. « 1. Une couverture à 100% »*). Il faut donc s'assurer que le chirurgien et l'anesthésiste ne pratiquent pas de dépassement d'honoraire (dépassement au-delà du tarif à 100% de l'assurance maladie obligatoire), ni sur la réalisation de l'opération, ni sur le prix de la prothèse fournie.

▪ Sources :

- **Note d'information ministérielle**, Non-datée, « *Information destinée aux femmes avant la pose d'implant mammaire – reconstruction mammaire* »

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/information_patientes_reconstruction_vdef.pdf

- **Ligue contre cancer** ; *Je vais avoir besoin d'une prothèse (mammaire, perruque). Quel en est le remboursement ?* Mis à jour le 03/05/2024

▪ Pour les femmes qui ont eu une mastectomie, différentes techniques de reconstruction sont possibles^a. Il existe deux principales méthodes de reconstruction mammaire^b, parfois associées : la mise en place d'une prothèse interne (implant mammaire) et l'utilisation de tissus provenant d'autres parties du corps (reconstruction par lambeau, autogreffe de tissus adipeux).

^a Informations disponibles au 17 mars 2015 sur le site de l'INCa « Prothèses mammaires et risque de cancer », <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Protheses-mammaires-et-risque-de-cancer>

^b Informations disponibles au 17 mars 2015 sur le site de l'INCa « Reconstruction mammaire », <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Reconstruction-mammaire>

Une reconstruction est plus rarement nécessaire après une chirurgie conservatrice (ou tumorectomie) mais, même dans ce cas, il est possible d'en bénéficier.

▪ Pour les assurées sociales (c'est le même principe en AME ; voir ci-dessous), le principe de prise en charge financière des prothèses (mammaires et capillaires) est celui d'un montant forfaitaire :

- le montant pris en charge correspond à une somme forfaitaire : le système du *ticket modérateur* (part du tarif sécurité sociale non-couverte, et pouvant éventuellement être prise en charge par une complémentaire-santé) ne s'applique pas ;
- le fait d'être reconnu « en ALD » (affection de longue durée), avec une prise en charge à 100% des traitements (exonération de *ticket modérateur*), est sans effet sur l'achat d'une prothèse.

Cependant, certains chirurgiens et anesthésistes pratiquent des dépassements d'honoraires tant sur le coût de l'opération que sur le coût de la prothèse. Ces dépassements sont donc à la charge de l'assurée. Si la patiente a souscrit un contrat de complémentaire-santé en sus de l'assurance maladie obligatoire, ces dépassements sont possiblement pris en charge par cette complémentaire-santé selon les clauses du contrat.

▪ **Prothèses mammaires** : prix et montants de la prise en charge financière par la protection maladie de la patiente :

▶ **Prothèses externes en textile non adhérentes** : Le prix de vente des prothèses en textile est limité à **25 euros**. Il est fixé par l'Assurance Maladie et correspond au montant pris en charge par celle-ci.

▶ **Prothèses externes en silicone** :

- **Les prothèses silicone standards** : le montant de la prise en charge est de 180 euros.

- **Les prothèses silicone techniques** : Ces prothèses peuvent être prescrites dans le cas où la patiente présente certains symptômes (problèmes de cicatrisation, risque d'œdème ou de lymphœdème, douleurs, bouffées de chaleur). Le montant de la prise en charge est de **240 euros**.

Si la prescription du médecin correspond à un modèle standard, mais que la patiente choisit un modèle technique, le reste à charge sera de 60 euros. Ce reste à charge pourra éventuellement être remboursé par votre mutuelle.

▪ **Prothèses capillaires (perruques)** : prix et montants de la prise en charge financière par la protection maladie de la patiente

Source : Ligue contre le cancer ; <https://www.ligue-cancer.net/mes-droits-mes-demarches/38806-je-va-is-avoir-besoin-dune-prothese-mammaire-perruque-quel-en-est-le>

Le montant : la somme forfaitaire accordée dépend de la prothèse choisie et elle est à mettre en parallèle du prix limite de vente, désormais fixé depuis 2019.

En pratique : vous devez adresser à votre caisse d'assurance maladie trois documents : la facture de la perruque et la feuilles de soins remplies et fournies par le perruquier, ainsi qu'une prescription d'un médecin dans le cadre de votre parcours de soins coordonnés en oncologie.

Le renouvellement : la prise en charge d'une prothèse capillaire, et des accessoires éventuellement associés, peut-être renouvelée après une période de 12 mois suivant la date de la prise en charge précédente. Cette période minimale de renouvellement est également applicable lorsque le patient a préféré bénéficier d'une prise en charge de trois accessoires.

Libellé	Prix limite de vente	Prise en charge
Prothèse capillaire totale, classe I, <i>inclut un accessoire textile</i>	350 €	350 €
Prothèse capillaire totale, classe II, <i>inclut un accessoire textile</i>	700 €	250 €

Prothèse capillaire partielle, <i>inclut un accessoire textile</i>	125 €	125 €
Accessoires capillaires, <i>3 accessoires</i>	40 €	20 €

La distribution des perruques est effectuée par des professionnels titulaires d'un diplôme de coiffeur, de perruquier-posticher ou de professionnel de santé, ayant une expérience ou une formation complémentaire à leur parcours initial, leur permettant l'accompagnement du patient sur les aspects techniques et sur le plan psychologique.

■ Pour les bénéficiaires de l'AME

Ces chirurgies et prothèses (mammaires et capillaires) relèvent du 1° de l'article L160-8 CSS lequel est inclus dans le panier de soins AME. Les bénéficiaires de l'AME sont donc pris en charge dans les mêmes conditions que les assurées sociales, donc dans la limites des tarifs de la sécurité sociale.

Les dépassements d'honoraires ne sont donc pas couverts.

2) Autre sénologie : intervention sur pathologie non-maligne du sein

■ Pour les interventions médicalement nécessaires sur les pathologies non-malignes sur le sein, la prise en charge au titre de l'AME est possible :

- avec accord préalable de la caisse si la patiente majeure doit être opérée au cours des neuf premiers mois de sa première AME (durant les neuf premiers mois de bénéfice de l'AME, la personne majeure nouvellement bénéficiaire de l'AME se voit exclue de certains soins, sauf à obtenir l'accord préalable de la caisse ; Voir : II. L'ACCORD PRÉALABLE OBLIGATOIRE DE LA CAISSE POUR CERTAINS SOINS, page 15 ; exclusion par l'article R251-3 du CASF point « n. Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale ;
- sans accord préalable de la caisse dans les autres cas.

■ Nota : le panier de soins AME ne comporte aucune spécification ni référence à la « chirurgie esthétique », laquelle n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, et donc pas prise en charge non plus par l'AME.

3) Frottis vaginal et examen cytologique en milieu liquide

■ Il n'y aucune restriction en AME.

■ Inclusion dans le panier de soins : ces prestations (généralement dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus) sont incluses dans le panier de soins de l'assurance maladie, et partant, dans le panier de soins de l'AME (pas d'exclusion du panier de soins AME par un texte explicite).

Nota : Depuis l'Arrêté ministériel du 30 juillet 2020¹⁴, l'examen cytologique en phase liquide (prélèvement cervico-utérin de préférence inclus en milieu liquide) est la technique de référence conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé. Ce dépistage est pris en charge à 100% dans le cadre du dépistage organisé (réception d'une invitation par lettre pour les assurées), et à défaut d'invitation, la prise en charge est celle prévue pour toute assurée (donc à 70%). Le « ticket modérateur » de 30% est couvert par les organismes complémentaires dont la Complémentaire-santé solidaire (voir le site de l'assurance maladie : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/frottis-hpv-depistage>). La personne bénéficiaire de l'AME est couverte par son AME.

■ Niveau de couverture : l'ensemble des soins doit être couvert à 100% des dépenses comme le reste du panier de soins AME (voir : III.1. UNE COUVERTURE A 100%, page 17).

4) Le financement d'une pompe à insuline

■ L'insulinothérapie par pompe externe programmable est prise en charge par l'Assurance maladie et, partant, par l'AME également (puisque cette prestation n'est pas expressément exclue du panier de soin AME).

■ La prescription, tant pour les assurés que les bénéficiaires de l'AME, doit respecter des modalités spécifiques, et utiliser un formulaire Cerfa ad hoc.

Voir Circulaire Cpm de la Côte d'or (2018) en annexe 4, page 43

¹⁴ Arrêté du 30 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ; NOR : SSAP2014049A

5) Séances chez le/la psychologue au titre du dispositif « Monpsy »

- Les bénéficiaires de l'AME sont inclus dans le dispositif permettant huit consultations chez le/la psychologue, pour toute personne âgée de plus de trois ans, en souffrance psychique.
- Inclus dans le panier de soins de l'assurance maladie*, le dispositif concerne donc aussi les bénéficiaires de l'AME (voir par exemple, le site de l'assurance maladie : <https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/rembourse/remboursement-seance-psychologue-mon-soutien-psy>).
- Les consultations sont gratuites : c'est-à-dire prise en charge à 100% par l'AME, avec dispense d'avance des frais).
- Les patients doivent être orientés par un médecin.
- **Attention** : tout.e.s les psychologues n'accepteront pas de recevoir les patients concernés. Seules les psychologues « partenaires » du dispositif seront accessibles. Les patients qui en auront besoin pourront trouver leurs coordonnées dans l'annuaire, dès avril 2022, sur le site <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prendre-soin-de-sa-sante-mentale-accompagnement-et-parcours-de-prise-en-charge/article/le-remboursement-des-seances-de-psychologues-mon-soutien-psy>
La prise en charge des parcours et le remboursement des séances pourront commencer dès l'ouverture de cet annuaire.

* A compter d'avril 2022, il est prévu une rémunération du/de la psychologue de 40 euros pour la première consultation (évaluation) puis de 30 euros par consultation pour les sept consultations suivantes.

- **Attention** : des refus de *tiers-payant* (le psychologue demande le paiement de la consultation au patient qui doit se faire rembourser a posteriori par la caisse) sont signalés par les patients. Ces refus sont illégaux (voir : IV. MODALITÉS DE PAIEMENT : la procédure dite du « tiers-payant », p. 21).

6) Semelles orthopédiques

- Les semelles orthopédiques sont incluses dans le panier de soins AME, à l'identique des assurés sociaux. Mais, le niveau de prise en charge (actuellement 100% du tarif de la sécurité sociale) se révèle insuffisant pour couvrir les frais réels (idem autres prothèses ou lunettes ; voir I.4.1.)
- En pratique, l'AME ne permet pas d'obtenir des semelles orthopédiques malgré le niveau de couverture actuellement à 100% du tarif sécurité sociale (et non pas 100% de la dépense réelle ; voir point III.1. page 17).

Exemple de montant de prise en charge de semelles orthopédique :

Forum sur www.ameli.fr (Réponse de l'Assurance maladie pour un assuré social) :

EXPERT AMELI ; Mis à jour le : 21/02/2023

Une prescription médicale est obligatoire pour la prise en charge des semelles orthopédiques.

Cette prise en charge varie selon la pointure :

- *au-dessous du 28 : 12.94 € l'unité (soit 25.88 € la paire),*
- *pour une pointure du 28 au 37 : 14.02 € l'unité (soit 28.04 € la paire),*
- *pour une pointure au-dessus du 37 : 14.43 € l'unité (soit 28.86 € la paire).*

Le taux de remboursement est de 60% du tarif de l'Assurance Maladie et de 100% si les semelles orthopédiques sont prescrites dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

L'Assurance Maladie ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires. Il est toujours conseillé de demander un devis au préalable. Les semelles orthopédiques ne rentrent pas dans le panier de biens de la complémentaire santé solidaire. [...]

7) La prescription de « sport » (sur ordonnance médicale)

- Aucun remboursement n'est prévu ni pour les assurés sociaux, ni a fortiori pour les bénéficiaires de l'AME.

Nota : La possibilité de prescription médicale de sport a été introduite dans le droit (Article L1172-1 du code de la santé publique, et Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée). Cette prescription ne peut se faire que dans « le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée ». Cependant, la reconnaissance d'une ALD, possible en AME (voir point III.3 page 20), reste pour l'instant sans intérêt dans ce cadre.

8) Le paiement des interventions d'urgences au titre du SMUR / SAMU

- Les SMUR (structures mobiles d'urgence et de réanimation) sont l'une des trois modalités de l'exercice de la médecine d'urgence par les établissements hospitaliers (article R6123-1 du code de la santé publique).

- L'absence de paiement, ou l'absence de droits ouvrables ou ouverts à un dispositif de protection maladie (assurance privée ou publique, ou dispositif d'aide sociale) ne doit jamais conduire à refuser une intervention d'urgence du SMUR.
- Les services du SMUR sont, de surcroît, « gratuit » pour l'utilisateur dans toute situation¹⁵, que la personne soit de passage en France, française ou étrangère, en séjour régulier ou irrégulier, sous visa ou pas.
- L'envoi au patient d'une facture individuelle, a posteriori des soins, est dès lors prohibé.
- Le financement des secours ne relève pas de la protection maladie individuelle des personnes. En effet, le SMUR est un service public administratif financé sur dotation globale :
 - Voir par exemple : Cour de cassation, Civ.2, 03-19677, 11 juillet 2005 (à l'occasion d'un litige lié au transfert urgent entre deux hôpitaux).
 - Voir également la circulaire ministérielle du 19 octobre 2009 :

Circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé

3. Modalités de facturation des transports d'urgence

Les modalités de facturation varient selon qu'il s'agit de transports primaires ou secondaires (cf. fiche transport du guide MEAH/DHOS).

3.1. Les transports primaires

Les transports primaires correspondent aux transports effectués du lieu de prise en charge des patients jusqu'à l'établissement de santé ; ils sont financés dans le cadre de la dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), quel que soit le lieu de prise en charge médicale du patient (voie publique, domicile...), dès lors qu'il y a sortie du SMUR.

3.2. Les transports secondaires

Les transports secondaires (1) (entre établissements) doivent être facturés à l'encontre de l'établissement d'origine (établissement demandeur). Le tarif applicable est basé sur le temps de présence du médecin du SMUR auprès du malade (cf. article 4 et article 5 du décret n° 2009-213) ; il est fixé par les ARH et donne lieu à :

- facturation par période de trente minutes pour les interventions terrestres (IMT), chaque période de trente minutes entamée étant facturée en totalité ;
- facturation par période d'une minute pour les interventions aériennes (IMA).

(1) Transport secondaire : transfert d'un malade d'un hôpital à un autre afin de le faire bénéficier de soins ou d'explorations spécialisés avec retour dans l'établissement d'origine dans un délai maximum de 48 heures (moins de deux nuitées).

9) Fauteuil roulant

Résumé : prise en charge possible par l'AME dans les mêmes conditions médicales (prescription) et les mêmes conditions financières (nouveau système de décembre 2015), que pour une personne assurée sociale).

Principe généraux (personnes assurées sociales)

Depuis le 1^{er} décembre 2025, une réforme annoncée lors de la Conférence nationale du handicap (2023) est venue modifier fortement les modalités de financements de certains dispositifs médicaux dont les fauteuils roulants (voir communiqué de presse gouvernemental : <https://handicap.gouv.fr/fauteuils-roulants-des-aujourd'hui-un-remboursement-integral-et-un-parcours-simplifie-pour-plus-dun-million-dusagers>)

Cette réforme au profit des personnes assurées sociales a également des conséquences pour les bénéficiaires de l'AME, en faisant de l'Assurance maladie le financeur unique de l'ensemble des fauteuils roulants à l'achat ou en location longue durée : tous les fauteuils roulants, manuels, électriques, modulaires, spécifiques ou sportifs sont intégralement pris en charge (remboursés).

Ainsi le financement de fauteuils roulants est désormais assuré sans intervention des organismes complémentaires (OC). Il s'agit donc d'un financement différent du mécanisme dit « 100% santé » (lequel repose sur un partage du financement entre AMO et OC ; voir page 18).

Le co-financement par des aides financières des MDPH ou des départements (au titre de l'aide sociale) n'est théoriquement plus nécessaire.

Les *distributeurs* (sociétés commerciales), agréés par l'Assurance maladie (dans les conditions fixées par Arrêtés ministériels*) proposent désormais des produits au tarif réglementaire négocié avec l'assurance maladie.

¹⁵ Pour les secours en montagne, la responsabilité de la victime peut être engagée. Les communes prévoyant par exemple un dispositif de secours faisant appel à des organismes privés peuvent dans certains cas exiger le remboursement des frais.

*Arrêté du 6 février 2025 ; Arrêté du 31 mars 2025 ; Arrêté du 10 octobre 2025 ; Avis du 17 juillet 2025)

Sous condition, l'Assurance maladie prend en charge les frais de livraison, d'entretien, de réparation tant pour les fauteuils roulants manuels que les fauteuils roulants électriques.

Les modalités de prise en charge dépendent de la pathologie et des capacités fonctionnelles du patient ainsi que de ses besoins en matière de compensation du handicap et sont de trois types (Arrêté ministériel du 6 février 2025) :

- location courte durée (LCD) hebdomadaire pour une utilisation prévisible de moins de 6 mois avec option d'achat sous certaines conditions (LCD prévue au chapitre 2 du titre Ier) ;
- l'achat d'un VPH neuf ;
- la location longue durée (LLD) pour une utilisation prévisible de plus de 6 mois.

Pour les locations courtes, lors d'une rééducation ou d'un besoin temporaire, le parcours reste inchangé : le distributeur continue d'assurer la mise à disposition immédiate, mais la prise en charge financière reste intégrale dès lors qu'il s'agit d'un fauteuil prescrit.

Précision sur les modalités financières : gratuité totale

Depuis la réforme du 01/12/2025, il n'y a donc théoriquement aucun reste à charge pour les personnes assurées sociale (même sans complémentaire santé).

- Ticket modérateur : non ; prise en charge à 100% du tarif sécurité sociale // la délivrance de dispositif médical est exonérée de TM au titre du 2° de l'article L160-14 css.
- Contribution forfaitaire et Franchise médicale : Non ; l'article L160-15css ne prévoit pas de CF ni FM en cas de délivrance de dispositifs médicaux

La prise en charge des fauteuils fait remplir donc les trois caractéristiques suivantes :

- la délivrance du fauteuil est bien incluse dans le « panier soins » de l'assurance maladie obligatoire (1° de l'article L160-8 css) ;
- la prise en charge est totale (gratuité) par l'assurance maladie, sans intervention des complémentaires santé (dispense de TM par le 2° de l'art. L160-14 css)
- les fournisseurs (agréés) produisent des fauteuils au tarif sécurité sociale

Bénéficiaires de l'AME

Aucune exclusion du panier de soins AME ne concerne les prothèses et dispositifs médicaux (sauf panier de soins réduit durant les 9 premiers mois de la 1ere AME voir page 15).

Dès lors les bénéficiaires de l'AME sont pris en charge dans les mêmes conditions que pour les personnes assurées sociale

II. L'ACCORD PRÉALABLE OBLIGATOIRE POUR CERTAINS SOINS

(II.1) LES CAS OÙ UN ACCORD PRÉALABLE EST NÉCESSAIRE Á L'IDENTIQUE DES ASSURÉS SOCIAUX

La prise en charge financière de certains soins est subordonnée à l'accord préalable (on dit parfois « entente préalable ») de la caisse d'assurance maladie sur le principe identique à celui des assurés sociaux.

Article L315-1 du Code de la sécurité sociale (modifié par loi n°2019-774 du 24 juillet 2019)

1.- Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 [AME] et L. 254-1 [dispositif pour les soins urgents et vitaux] du code de l'action sociale et des familles. [...]

Article L315-2 du Code de la sécurité sociale (modifié par loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017)

[...] II.- Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. [...]

(II.2) UNE RESTRICTION DU PANIER DE SOINS PENDANT LES NEUFS PREMIERS MOIS D'AME (personne majeure uniquement)

(II.2.1) Le principe

▪ L'article L251-2 CASF (dans sa rédaction issue de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020) prévoit une limitation du panier de soins pour les nouveaux bénéficiaires de l'AME. Il s'agit :

- 1) d'une condition d'ancienneté de bénéfice de l'AME de « x » mois pour accéder à certains soins (durée limitée à neuf mois maximum ;
- 2) de la possibilité de dérogation pendant cette période de « x » mois, sur accord préalable (on dit parfois *entente préalable*) accordé par le service de contrôle médical de la caisse.

▪ **L'article R251-4 CASF fixe ce délai à 9 mois** (dans sa rédaction issue du Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France.)

▪ Il ne s'agit donc pas d'un délai « d'ancienneté de présence en France », mais d'un délai « d'ancienneté de bénéfice de l'AME ». Ce délai s'applique donc à des personnes présentes en France possiblement de longue date, mais primo-demandeuses d'AME (ou ne bénéficiant plus de l'AME depuis plus d'un an : voir ci-dessous II.2.3. page 16)

(II.2.2) Les exceptions

(II.2.2) 1. Les exceptions générales

L'article L251-2 CASF dispense de délai préalable et d'entente préalable :

- tous les soins « revêtant un caractère d'urgence » ;
- les soins aux mineurs.

Article L251-2 du Code de l'action sociale et des familles

[...] A l'exclusion des cas où ces frais concernent des bénéficiaires mineurs, la prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent article peut être subordonnée pour certains frais relatifs à des prestations programmées et ne revêtant pas un caractère d'urgence à un délai d'ancienneté de bénéfice de l'aide médicale de l'Etat qui ne peut excéder neuf mois. [...]

(II.2.2) 2. Les exceptions sur accord de la caisse

▪ **L'article Article L251-2 du Code de l'action sociale et des familles prévoit une possibilité de prise en charge financière des soins concernés sur accord préalable de la caisse** « lorsque l'absence de réalisation de ces prestations avant l'expiration de ce délai est susceptible d'avoir des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personne ».

Selon la Circulaire de la Cnam n°CIR-37/2020 du 27/12/2020 :

La demande de prise en charge dérogatoire est réalisée par le prescripteur sur le formulaire spécifique (cf. point VI) qui l'envoie par voie dématérialisée au service médical, via une messagerie sécurisée, à l'adresse suivante : ame.deroqatoire@cnam-sm.mssante.fr.

L'avis du service médical est transmis au professionnel de santé par le même canal de messagerie sécurisée qui le tient à disposition du bénéficiaire.

▪ **La liste des soins soumis à accord préalable est fixée par l'article R251-3 du CASF** (dans sa rédaction issue du Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020) :

Les frais mentionnés au huitième alinéa de l'article L. 251-2 correspondent aux prestations suivantes, lorsqu'elles sont programmées, ne présentent pas un caractère d'urgence et ne concernent pas des bénéficiaires mineurs :

1° Les prestations mentionnées ci-après, réalisées en établissement de santé et liées à des pathologies non sévères, lorsqu'elles ne concernent pas des traumatismes, fractures, brûlures, infections, hémorragies, tumeurs suspectées ou avérées :

- a) *Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien ;*
- b) *Libérations du médian au canal carpien ;*
- c) *Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ;*
- d) *Allogreffes de cornée ;*
- e) *Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie ;*

- f) Rhinoplasties ;
- g) Pose d'implants cochléaires ;
- h) Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne ;
- i) Interventions pour oreilles décollées ;
- j) Prothèses de genou ;
- k) Prothèses d'épaule ;
- l) Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents ;
- m) Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents ;
- n) Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale ;
- o) Gastroplasties pour obésité ;
- p) Autres interventions pour obésité ;

2° Les actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville suivants :

- a) Les transports sanitaires en lien avec les prestations hospitalières mentionnées au 1° ;
- b) Les actes de masso-kinésithérapie prescrits suite à des prestations hospitalières mentionnées au 1°.

■ **L'absence de réponse de la caisse sous 15 jours vaut accord** (art. R251-3 du CASF dans sa rédaction issue du Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020).

■ **La procédure est décrite à l'article R251-5 CASF :**

Art. R. 251-5 CASF : « La demande de prise en charge dérogatoire visant à obtenir l'accord préalable mentionné au huitième alinéa de l'article L. 251-2 est formée par le prescripteur et est adressée au service du contrôle médical compétent par voie dématérialisée. L'avis du service médical est transmis au prescripteur qui le tient à disposition du bénéficiaire. L'absence de réponse du service du contrôle médical dans un délai de quinze jours à compter de la réception de la demande complète vaut accord de prise en charge. »

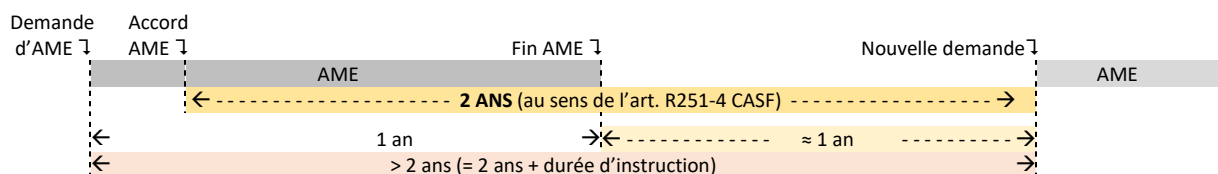
Si les frais concernés par la demande mentionnée au premier alinéa sont également subordonnés à une demande d'accord préalable mentionnée à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, le professionnel de santé justifie chaque demande au regard des critères fixés aux articles L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles et L. 315-2 du code de la sécurité sociale. La prise en charge des frais concernés est subordonnée à l'accord du service du contrôle médical sur les deux demandes. » ;

(II.2.3) Un délai de carence de neuf mois opposable une seule fois en principe

Le délai de carence de neuf mois se trouvera applicable une nouvelle fois si la durée entre la fin du droit précédent à l'aide médicale et la nouvelle demande est supérieur à 1 an (art. R251-4 CASF).

Attention à la rédaction trompeuse de l'art. R251-4 CASF qui mentionne un délai de *deux ans* entre « l'accord » de la demande précédente et la nouvelle demande. Le droit AME étant lui-même d'un an incompressible (2^{ème} alinéa de l'art. L252-3 CASF), une rupture des droits AME de « un an » (et non pas deux ans) pourra être considérée comme faisant à nouveau courir le délai de carence de 9 mois au moment du renouvellement (à l'identique d'un nouvel entrant en France). La rédaction est de surcroit ambiguë puisqu'il convient de distinguer date « d'admission à l'AME » (accord) et date de demande (voir schéma ci-dessous).

Art. R251-4 CASF « [...] Lorsque le droit à l'aide médicale de l'Etat d'une personne a expiré et que cette dernière forme une nouvelle demande d'admission, le délai d'ancienneté s'applique à compter de la date de cette nouvelle demande lorsque l'admission précédente a été accordée ou renouvelée plus de deux ans auparavant. »



(II.3) L'AGREMENT PREALABLE en cas de soins lourds à l'hôpital a été abrogé par la loi de finances rectificative du 16 août 2012

- Anciennement : Décret du 17 octobre 2011 portant création de l'article R251-3 CASF lequel n'a jamais été appliqué à l'époque faute de publication de l'arrêté ministériel qu'il prévoyait.
- Abrogation de R251-2 et R251-3 CASF par l'article 1 (II) du Décret n° 2015-120 du 3 février 2015 relatif à la prise en charge des frais de santé par l'aide médicale de l'Etat (NOR: AFSS1427975D)

III. LE NIVEAU DE LA PRISE EN CHARGE

Le contenu du panier de soin ne doit pas être confondu avec le niveau de couverture, c'est à dire le montant payé par l'AME pour chaque acte de soin.

(III.1) UNE COUVERTURE A 100%

A ce jour, le niveau de prise en charge financière correspond à 100% du tarif sécurité sociale (à ce jour : pas de ticket modérateur, ni participation forfaitaire, ni franchise). Il n'y a donc rien à payer pour le bénéficiaire de l'AME consultant un professionnel de santé de secteur I (c'est à dire pratiquant un tarif conventionné sans dépassement d'honoraire).

(III.1.1) Ticket modérateur, participations forfaitaires et franchises médicales de l'article L160-13 du Code de la sécurité sociale

Attention : la loi actuellement applicable (article L251-2 du Code de l'action sociale et des familles – voir les textes ci-après page 25) prévoit en théorie d'appliquer à l'AME les trois « restes à charge » de l'article L160-13 du Code de la sécurité sociale :

- le ticket modérateur (depuis décembre 2002) ;
- la « participation forfaitaire » ;
- les « franchises annuelles ».

Ainsi, la couverture AME pourrait à l'avenir ne plus couvrir à 100% du tarif de la Sécurité sociale. Mais en l'absence de décret à ce jour, la couverture est toujours de 100%.

Pour la dispense de *Participation forfaitaire* et *Franchise médicale*, cette information est donnée par l'Assurance maladie sur son site [ameli.fr](https://www.ameli.fr) : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/participation-forfaitaire-2-euros>

Menu

L'Assurance Maladie | ameli.fr
Agir ensemble, protéger chacun

Personnes exonérées de la participation forfaitaire

La participation forfaitaire n'est pas due par :

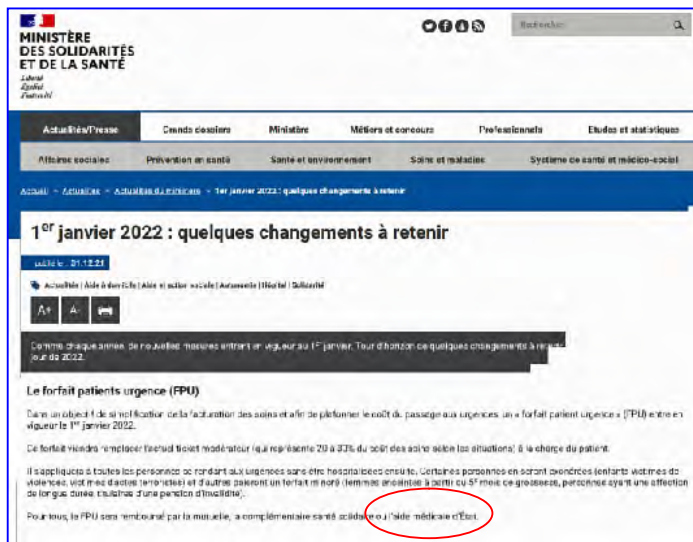
- les moins de 18 ans
- les femmes enceintes dès le 6e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement
- les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'État
- les soins pour les blessures ayant donné lieu à une pension militaire

(III.1.2) Le « forfait patient urgence (FPU) » est pris en charge par l'AME

- Ce FPU est intégralement pris en charge par l'AME.
- Le coût d'un passage au service des urgences de l'hôpital a été réformé par les lois de finances de la sécurité sociale pour 2019, 2020 et 2021¹⁶. A été institué un forfait (prix unique¹⁷ quelle que soit la nature des actes de soins délivrés lors du passage aux urgences, dès lors que ce passage ne donne pas lieu à une hospitalisation). Ce FPU remplace les sommes précédemment à la charge des patients (ticket modérateur proportionnel). Le FPU est juridiquement un « Ticket modérateur (TM) », forfaitaire pour les urgences (et non pas proportionnel), au sens où le FPU est inclus dans la définition du I. de l'article L160-13 CSS.
- L'AME prenant à ce jour en charge le TM, le passage aux urgences est pris en charge dans les mêmes conditions que les autres soins (actuellement : prise en charge à 100%, c'est-à-dire sans aucun des restes à charge de l'article L160-3 du code de la sécurité sociale [voir point précédent]).

¹⁶ Pour les assurés sociaux, la LFSS pour 2021 (article 51) a créé un ticket modérateur (I. de l'article L160-13 du Code de la sécurité sociale) forfaitaire (montant fixe quels que soient le montant des soins) et unique, appelé « forfait patient urgence » (voir l'exposé des motifs du PLFSS pour 2021). Ce nouveau forfait remplace à la fois le ticket modérateur proportionnel, le forfait « accueil et traitement des urgences (ATU) », et le forfait de 24 € sur les actes coûteux de plus de 120 € en place (2020). La LFSS pour 2022 (article 38) a également aménagé les modalités de paiement du FPU aux praticiens libéraux de l'hôpital public, aménagements sans impact sur la prise en charge du FPU par l'AME.

¹⁷ Avec des cas de tarifs réduits, et des cas d'exonération totale (R160-17-1 du code de la sécurité sociale)



(III.1.3) Parcours de soins coordonné de l'article L162-5-3 du Code de la sécurité sociale

Le parcours de soins coordonné (et les majorations afférentes de ticket modérateur) ne s'applique qu'aux *Assuré sociaux*, ce qui exclut les bénéficiaires de l'AME. Cette information est donnée par l'Assurance maladie sur son site ameli.fr :

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>



(III.2) ARTICULATION AVEC LE DISPOSITIF DIT « 100% SANTÉ »

(III.2.1) Le principe du « 100% santé »

- Le dispositif dit « 100% santé » vise à rendre disponible sur le marché au moins un modèle de lunettes, de prothèse dentaire et d'audioprothèse, sans aucun reste à charge (RAC nul, c'est à dire gratuité totale).
- Le dispositif s'adresse aux assurés sociaux ayant souscrit un contrat de complémentaire santé responsable, soit 98 % des adhérents à un contrat complémentaire santé (source : Cnam diaporama « partenaires » du 17/03/2022). Il a une conséquence marginalement positive sur le dispositif AME.
- Le processus, engagé par la loi de finances pour 2019, devait s'achever en 2021.
 - Voir la communication gouvernementale ici : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/100pourcent-sante/article/100-sante-faciliter-l-acces-aux-soins-et-aux-equipements-auditifs-optiques-et>
 - Voir les textes en Annexe 1 : 100% santé page 36.
- Pour parvenir à un RAC nul pour les assurés, le mécanisme technique est le suivant :
 - 1- une augmentation par la puissance publique du tarif de responsabilité de l'assurance maladie (dit aussi tarif sécurité sociale). Le remboursement par l'Assurance maladie des lunettes, prothèses et audioprothèses est donc augmenté de façon générale, au bénéfice de tous les assurés sociaux ;
 - 2- un engagement des fabricants à proposer au moins une gamme de produits à un tarif abaissé dits « tarif 100% santé », c'est-à-dire un plafonnement des tarifs (mais cependant supérieur au tarif de responsabilité) ;

3- un engagement des « organismes complémentaires » (contrats responsables, dont la Complémentaire-santé-solidaire) à couvrir totalement la part complémentaire des équipements concernés (au « tarif 100% santé »), de sorte que le reste à charge (RAC), couverture de base + couverture complémentaire, soit nul pour l'assuré choisissant ces produits.

Cela a pour conséquence que seules les personnes (assurées sociales) titulaires d'une complémentaire santé (dont Complémentaire-santé-solidaire) auront un reste à charge nul dans le cadre du 100% santé.

- Pour les bénéficiaires de l'AME, le bénéfice est marginal en pratique, et le coût des prothèses et lunettes reste donc prohibitif du fait d'un RAC très élevé. Cependant, les titulaires de l'AME :
 - bénéficient des points 1- et 2- définis ci-dessus ;
 - mais ne bénéficient pas du point 3- puisque, par définition, ils ne sont pas assurés sociaux et ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire.

Cela veut donc dire que des lunettes, prothèses dentaires et audioprothèses sont disponibles à des prix plus faibles qu'avant l'existence du dispositif (le nouveau tarif 100% santé), et que les bénéficiaires de l'AME bénéficient de l'augmentation du tarif de responsabilité (meilleure prise en charge financière par l'AME) et de cette baisse du prix (reste à charge plus faible, mais non-nul, et généralement bien trop cher pour les personnes et familles bénéficiaires de l'AME).

(III.2.2) Paiement des lunettes, prothèses, audio prothèses et dispositifs à usage individuel

▪ La limitation au seul 100% du tarif Sécurité sociale (absence de ticket modérateur en AME) signifie que l'AME ne paye aucun dépassement d'honoraire, ni dépassement du Tarif sécurité sociale. Les lunettes, les prothèses dont les prothèses dentaires, audioprothèses, les dispositifs à usage individuel (béquille, fauteuil roulant,...) ne sont donc financés « que » dans la limite du 100%. En théorie, il est donc possible de financer ces dispositifs par l'AME.

▪ En pratique, il y a donc un « reste à charge ». Il est cependant légèrement moins important que celui existant avant la réforme du « 100% santé ». Le tableau suivant devra être complété à mesure de la publication des arrêtés ministériels fixant les tarifs dits « 100% santé ».

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Tarif de responsabilité sécurité sociale	Tarif pris en charge par l'AME	Prix de l'équipement au tarif 100% santé	Reste à charge du bénéficiaire AME : colonne (3) – (2)
Lunette (monture + verre)	xxxx euros	<i>Idem colonne (1)</i>	xxx euros	xx euros
Prothèse dentaire		<i>100% du tarif de responsabilité (pas de ticket modérateur à ce jour)</i>		
Audio prothèse				
Autres prestation				

Voir par exemple une simulation extraite de la communication gouvernementale (28/10/2019) pour une paire de lunette avec deux verres simples, page 36

Extrait du Rapport à l'Assemblée Nationale du 26 mai 2021 fait au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi, après engagement de la procédure accélérée, de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2020 (n° 4090), PAR M. LAURENT SAINT-MARTIN, Rapporteur général, Député ; ANNEXE N° 38 SANTÉ
Rapporteuse spéciale : MME VÉRONIQUE LOUWAGIE, Députée
 p. 26/91

Un exemple de prise en charge par l'AME dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale : les prothèses auditives

Depuis le 1^{er} janvier 2021, la prise en charge des prothèses auditives a évolué dans le cadre de la réforme du « 100 % santé ».

Comme la direction de la sécurité sociale l'a indiqué à la rapporteure spéciale : « les bénéficiaires de l'AME bénéficient de l'application des prix limite de vente prévus dans le cadre de cette réforme mais la prise en charge des frais leur est garantie à hauteur du tarif de remboursement de la sécurité sociale uniquement. Ils auront donc un reste à charge sur les équipements du panier 100 % Santé. Autrement dit, une aide auditive de classe I (panier 100 % Santé) vendue au maximum à 950 euros à compter du 1^{er} janvier 2021 (pour les patients de plus de 20 ans) sera prise en charge au titre de l'AME à hauteur de 400 euros (tarif de responsabilité de la sécurité sociale) soit un reste à charge de 550 euros pour le bénéficiaire de l'AME ».

Source : direction de la sécurité sociale.

(III.3) LA RECONNAISSANCE D'UNE ALD (AFFECTION LONGUE DURÉE)

- Les bénéficiaires de l'AME sont, à ce jour, bénéficiaires ipso facto d'une prise en charge à 100% du tarif de la sécurité sociale pour l'ensemble de leurs soins (voir point III.1) indépendamment de toute reconnaissance d'une ALD « exonérante » (ou « non-exonérante »).
- Cette procédure peut cependant être nécessaire pour les bénéficiaires de l'AME car elle facilite l'accès à certaines prestations du panier de soins, comme par exemple la prise en charge des transports médicalisés dans de nombreux cas (voir point I.4.2 page 8).
- La reconnaissance d'une ALD en AME est d'ailleurs explicitement prévue dans les activités du service de contrôle médical des caisses, dans les conditions équivalentes à celles d'un assuré social :

Code de la sécurité sociale

Chapitre 5 : Contrôle médical

Article L315-1 : I.- *Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 [AME] et L. 254-1 [DSUV] du code de l'action sociale et des familles. [...]*

Une telle demande devrait donc être recevable, et traitée comme telle, par le service de contrôle médical de chaque caisse.

- **Nota :** La reconnaissance d'une ALD (affection de longue durée, c'est à dire une maladie grave et/ou chronique) par le service de Contrôle médical des Caisses est communément désignée comme le « 100% Sécurité sociale ». Elle est initialement conçue pour les Assurés sociaux. Dans la plupart des cas, il s'agit de bénéficier d'une « exonération de ticket modérateur » (le paiement du ticket modérateur est alors exceptionnellement pris en charge par l'assurance maladie elle-même, et non par l'organisme complémentaire), c'est à dire d'une prise en charge financière à 100% du tarif Sécurité sociale par l'Assurance maladie (sans intervention d'une couverture complémentaire). Cette extension du taux de couverture de base est cependant limitée aux seuls soins relatifs à l'ALD. L'obtention d'une couverture complémentaire reste donc indispensable pour ces assurés sociaux afin couvrir les frais concernant les autres soins que ceux relatifs à l'ALD. C'est le rôle de la Complémentaire-santé-solidaire que de fournir cette couverture aux assurés sociaux financièrement démunis.

Nota : durée de l'ALD et durée des droits

Attention : la reconnaissance d'une « ALD » peut être accordée pour des durées longues, jusqu'à 10 ans¹⁸. Cela ne signifie nullement que les droits AME (ou même Assurance maladie pour les assurés sociaux) soient ouverts pour 10 ans (les droits AME sont accordés pour un an, renouvelable si les conditions sont remplies à la date de renouvellement). Le bénéfice d'une exonération de ticket modérateur n'a de sens que si les droits (AME dans le cas qui intéresse la présente Note) sont effectivement ouverts (ce qui est totalement indépendant de la reconnaissance d'une ALD). En d'autre terme, il est possible d'avoir bénéficié d'une reconnaissance « ALD » valable, par exemple, de 2022 à 2032, mais sans avoir de droits ouverts à ce jour (ressources supérieures au plafond AME, renouvellement AME non-demandé,...). Dans ce cas, la reconnaissance de l'ALD n'a plus aucun intérêt, ne prolonge en rien l'ouverture des droits, et ne permet donc pas d'être soigné « gratuitement ».

(III. 4) LES MAJORATIONS DE TARIF DUES PAR L'ASSURANCE MALADIE AUX MÉDECINS EN CAS DE CONSULTATIONS DE COORDINATION OU DE CONSULTATIONS COMPLEXES

Les médecins soignant des bénéficiaires de l'AME ne bénéficient pas de ces avantages financiers (qui vont de 12 à 60 euros environ par consultations avec des règles complexes de cumuls)¹⁹.

¹⁸ Source : Annexe figurant à l'article D. 160-4 du Code de la sécurité sociale.

¹⁹ Les majorations de coordination, pour les généralistes « MCG » et pour les spécialistes « MCS », s'appliquent à l'ensemble des assurés sociaux (donc pas aux bénéficiaires de l'AME), y compris aux bénéficiaires de la Complémentaire-santé-solidaire (ex Complémentaire-CMU dite CMU-C). Les majorations spécifiques aux médecins spécialistes (la majoration provisoire clinicien « MPC » ; majoration de coordination cardiologie « MCC ») s'appliquent à l'ensemble des assurés, y compris aux

IV. MODALITES DE PAIEMENT : la procédure dite du « tiers-payant »

▪ Une personne bénéficiaire de l'AME bénéficie, de droit, de la procédure dite de « tiers-payant », laquelle correspond à une dispense d'avance des frais chez le ou la professionnelle de santé.

Sources : Article L251-2 du CASF et article 44-2 du décret 54-883 du 2 septembre 1954 modifié

Ainsi, il n'y a pas de transferts d'argent entre la personne et la professionnelle de santé, ce dernier devant se faire payer a posteriori par la caisse du bénéficiaire. Les bénéficiaires de l'AME étant dépourvus de « carte vitale », le ou la professionnelle de santé doit donc se faire payer par une procédure ad hoc, qui reste cependant une procédure « dématérialisée » (téléprocédure). En cas de difficulté, un échange dit « dégradé » par flux papier reste possible pour le ou la professionnelle.

The screenshot shows the Ameli.fr website interface. The main heading is 'LES CONDITIONS D'APPLICATION DU TIERS PAYANT'. Below it, a text block states: 'Vous devez pratiquer la procédure de tiers payant dans les cas suivants :'. A list of conditions follows, including: soins en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle; consultations au cours desquelles vous prescrivez un contraceptif ou des examens de biologie médicale à une mineure d'au moins 15 ans; actes de prévention réalisés dans le cadre d'un dépistage organisé; examens de prévention bucco-dentaire dispensés aux enfants ou adolescents; actes de lecture différée d'une rétinographie en couleur; honoraires perçus pendant une hospitalisation; soins dispensés à un patient bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire; soins dispensés à un patient en affection de longue durée (ALD); soins dispensés à un patient bénéficiaire de l'aide médicale d'État (AME); soins dispensés dans le cadre de la permanence des soins; examens et soins dispensés à une patiente enceinte exposée au virus Zika; soins en lien avec un acte de renouveau. A red arrow points to the 'Conditions d'application' link in the left sidebar.

▪ **Remboursement** : en principe, aucun remboursement du bénéficiaire par la caisse ne devrait être nécessaire, puisque la personne n'a rien payé au moment des soins.

Si un paiement du ou de la professionnelle de santé a été effectué en méconnaissance de l'obligation (pour le ou la professionnelle) d'appliquer la procédure de tiers-payant, un remboursement de la personne bénéficiaire de l'AME reste possible à titre exceptionnel, ainsi que le mentionne la lettre au réseau de la CNAM LR-DDO-22/2008 du 31 janvier 2008, annexe 1. Page 3/3.

V. PRÉCISIONS SUR LES RECHERCHES IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE (RIPH)

bénéficiaires de la Complémentaire-santé-solidaire. Le médecin autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraire ne perçoit ces majorations que dans la mesure où il applique aux patients bénéficiaires de la Complémentaire-santé-solidaire les tarifs opposables (= le médecin renonce au dépassement d'honoraire). Sources : *Nomenclature générale des actes professionnels (ngap)*; Site internet Ameli.fr : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-cmu-c/situation-patient-cmu-c>

▪ Il existe trois catégories de recherches impliquant la personne humaine selon la lettre de l'article L1121-1 du code de la santé publique (CSP) :

- 1° Les recherches interventionnelles de type 1 [qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle] ;
- 2° Les recherches interventionnelles de type 2 [qui ne comportent que des risques et des contraintes minimales, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé] ;
- 3° Les recherches non interventionnelles qui ne comportent aucun risque ni contrainte dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle.

▪ Trois catégories supplémentaires de recherches font l'objet de règles spécifiques, aux termes des alinéas 10 et 11 de l'article L1121-1 du CSP :

- les Essais cliniques de médicaments (ECM) ;
- Les investigations cliniques de dispositifs médicaux à usage humain (ICDM) ;
- les études des performances de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (EPDMDIV) [objet le 29 juillet 2022 d'une transposition en droit interne d'un règlement UE de 2017).

▪ Les conditions de participation aux RIPH ont été modifiées par :

- l'Ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016, transposant notamment le règlement (UE) n° 536/2014 du 16 avril 2014 *relatif aux essais cliniques de médicaments à usage humain et abrogeant la directive 2001/20/CE*.
- Ordonnance n° 2022-1086 du 29 juillet 2022 *portant adaptation du droit français au règlement (UE) 2017/746 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro*. Cette ordonnance n'a induit aucun changement dans l'accès des étrangers (ni des bénéficiaires de l'AME) aux RIPH.

▪ Aux termes de l'ensemble du Titre II « *Recherches impliquant la personne humaine (Articles L1121-1 à L1128-12)* » du titre 1 du Livre I. du Code de la santé publique (CSP), le vocable « *bénéficiaire* » doit être interprété comme désignant un bénéficiaire de l'aide sociale, donc implicitement les bénéficiaires de l'AME. En effet :

- 1) le terme « *bénéficiaire* » vient en complément du terme « *affilié* ». Il s'agit donc d'une extension de la définition des personnes visées, au-delà du seul groupe des assurés sociaux, sinon l'ajout des « *bénéficiaires d'un tel régime* » serait redondant.
- 2) le terme « *bénéficiaire* » est précisément un terme relatif à l'aide sociale²⁰ par opposition aux « *assurés sociaux* » relevant des prestations de sécurité sociale.
- 3) le contenu de la protection accordée par l'AME est identique à celle d'un.e assuré.e social.e (sauf pour les personnes majeures pour lesquelles l'accès à quelques prestations est spécifiquement exclu).
- 3) jusqu'au 01/01/2000 (date d'effet de la loi CMU du 27 juillet 1999), les français sans activité professionnelle relevaient de l'AME (il est donc cohérent que le législateur ait, à l'époque, étendu la définition aux non-assurés sociaux – même si la rédaction actuelle a été créée en 2012).

Conditions de protection maladie pour être inclus dans les RIPH

OUI = inclusion possible dans un essai clinique / Exclu = inclusion prohibée par un texte

Types de recherches :	Types de protection :	Assurés sociaux	Bénéficiaires AME	Sans protection maladie (personne ni assurée sociale, ni bénéficiaire de l'AME)	Sources
Interventionnelles tout type (Type 1 et type 2), sauf : - Essai clinique de médicament - Investigations cliniques de dispositifs médicaux à usage humain - études des performances de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro		OUI	OUI	NON, sauf dérogation CPP**	L1121-8-1 2 ^{ème} alinéa CSP ²¹
Essais cliniques de médicament		OUI	OUI en droit NON en	Exclu explicitement ²³	L1124-1 ²⁴ CSP

²⁰ En matière d'aide sociale en générale : Article L111-1 du Code de l'action sociale et des familles ; En matière d'AME : L251-2 du même code

²¹ Article L1121-8-1 « Les personnes qui ne sont pas affiliées à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaires d'un tel régime peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches non interventionnelles. A titre dérogatoire, le comité de protection des personnes peut autoriser une personne qui n'est pas affiliée à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime à se prêter à des recherches mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 1121-1. [...] »

		<i>pratique</i> ²²		
ICDM 1 Investigations cliniques de dispositifs médicaux à usage humain qui ne comportent aucun risque ni contrainte et dans lesquelles tous les actes sont réalisés et les produits utilisés de manière habituelle	OUI	OUI	OUI	L1125-8 alinéa 1
ICDM 2 Autres Investigations cliniques de dispositifs médicaux à usage humain	OUI	OUI	NON sauf dérogation CPP**	L1125-8 alinéa 2
EPDMDIV 1 Etudes des performances de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro qui ne comportent aucun risque ni contrainte et dans lesquelles tous les actes sont réalisés et les produits utilisés de manière habituelle	OUI	OUI	OUI	L1126-7 alinéa 1 CSP
EPDMDIV 2 Autres études des performances de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro	OUI	OUI	NON sauf dérogation CPP**	L1126-7 alinéa 2 CSP
Non-Interventionnelles	OUI	OUI	OUI	Lecture a contrario de l'article L1121-8-1 CSP*

Case couleur Articles L1125-8 et L1126-7 CSP : rédaction complexe et alambiquée

* CSP : Code de la santé publique

** CPP : Comité de protection des personnes

Les textes : page 60

²³ Possible contrariété avec le Règlement UE n° 536/2014 du 16 avril 2014

²⁴ Article L1124-1 « I.- Les essais cliniques de médicaments sont régis par les dispositions du règlement (UE) n° 536/2014 du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014. [...] IV. [...]. Ces essais sont interdits sur une personne qui n'est pas affiliée à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime. »

²² En mars 2023, l'ANRS-Maladies infectieuses émergentes (ANRS-MIE) a fait part au TRT-5 CHV, groupe interassociatif de lutte contre le VIH, les hépatites virales et les IST, de l'impossibilité totale d'inclure des personnes en situation irrégulière aux essais cliniques de médicaments.

Voir le **contre-argumentaire** : <https://www.trt-5.org/essais-cliniques-de-medicaments-retour-sur-lexclusion-systematique-des-personnes-non-affiliees-ou-non-beneficiaires-dun-regime-de-securite-sociale/>

ANNEXES 1 : LES TEXTES

① Code de l'action sociale et des familles

Partie législative	p. 25
Partie réglementaire.....	p. 31

② Code de la sécurité sociale p. 33

③ 100% santé..... p. 36

④ Hôpitaux militaires p. 39

① CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Consolidé au 06/11/2020

ATTENTION : veillez à chercher la version mise à jour des textes sur www.legifrance.gouv.fr

Partie législative

Article L111-1

Sous réserve des dispositions des articles L. 111-2 et L. 111-3, toute personne résidant en France bénéficie, si elle remplit les conditions légales d'attribution, des formes de l'aide sociale telles qu'elles sont définies par le présent Code

Article L111-2 modifié par Loi n°2015-925 du 29 juillet 2015 - art. 24

Les personnes de nationalité étrangère bénéficient dans les conditions propres à chacune de ces prestations :

- 1° Des prestations d'aide sociale à l'enfance ;
- 2° De l'aide sociale en cas d'admission dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale ;
- 3° De l'aide médicale de l'Etat ;
- 4° Des allocations aux personnes âgées prévues à l'article L. 231-1 à condition qu'elles justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins quinze ans avant soixante-dix ans.

Elles bénéficient des autres formes d'aide sociale, à condition qu'elles justifient d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France.

Pour tenir compte de situations exceptionnelles, il peut être dérogé aux conditions fixées à l'alinéa ci-dessus par décision du ministre chargé de l'action sociale. Les dépenses en résultant sont à la charge de l'Etat.

NOTA : Conformément au V de l'article 35 de la loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015, les présentes dispositions dans leur rédaction résultant de la présente loi, s'appliquent aux demandeurs d'asile dont la demande a été enregistrée à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat, qui ne peut être postérieure au 1er novembre 2015

AME

Titre V Personnes non bénéficiaires de la couverture maladie universelle

Chapitre Ier « Droit à l'aide médicale de l'Etat »

Article L251-1 (maj 12/05/2025) modifié par LOI n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 - art. 264

Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale depuis plus de trois mois, et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 de ce code a droit à l'aide médicale de l'Etat pour lui-même et pour :

1° Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale ;

Article L161-1 du code de la sécurité sociale

Sauf dispositions contraires, par membre de la famille, on entend au sens du présent code :

- 1° Le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne à laquelle il est lié par un pacte civil de solidarité ;
- 2° Les enfants mineurs à leur charge et, jusqu'à un âge limite et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat :
 - a) Les enfants qui poursuivent leurs études ;
 - b) Les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente d'exercer un travail salarié ;
- 3° L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit au domicile de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré social. Le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

2° Les personnes non mentionnées aux mêmes 1° et 2° vivant depuis douze mois consécutifs avec la personne bénéficiaire de l'aide mentionnée au premier alinéa du présent article et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente, à

condition d'en apporter la preuve dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Dans ce cas, le bénéfice de l'aide susmentionnée ne peut être attribué qu'à une seule de ces personnes.

En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle.

De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat, dans des conditions définies par décret.

DÉFINITION DU PANIER DE SOINS

Maj 12/02/2026

Article L251-2 modifié par Ordonnance n°2021-1554 du 1er décembre 2021

La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais pour la part ne relevant pas de la participation du bénéficiaire, concerne :

- 1° Les frais définis aux 1° et 2° de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale et au 1° de l'article L. 160-9-1 [protection sociale pour le soutien à l'autonomie] du même code. Toutefois, ces frais peuvent être exclus de la prise en charge, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, et à l'exclusion des mineurs, pour les actes, les produits et les prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ou lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie ;
- 2° Les frais définis aux 4° et 5° de l'article L. 160-8 ;
- 3° Les frais définis à l'article L. 160-9 du même code ; [risque maternité]
- 4° Le forfait journalier institué par l'article L. 174-4 du même code pour les mineurs et, pour les autres bénéficiaires, dans les conditions fixées au septième alinéa du présent article.

Sauf lorsque les frais sont engagés au profit d'un mineur ou dans l'un des cas mentionnés aux 1° à 4°, 10°, 11°, 15° et 16° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale [cas généraux d'exonération du ticket modérateur dont ALD], une participation des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat est fixée dans les conditions énoncées à l'article L. 160-13 et à la section 2 du chapitre II du titre II du livre III du même code.

Les dépenses restant à la charge du bénéficiaire en application du présent article sont limitées dans des conditions fixées par décret.

A l'exclusion des cas où ces frais concernent des bénéficiaires mineurs, la prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent article peut être subordonnée pour certains frais relatifs à des prestations programmées et ne revêtant pas un caractère d'urgence à un délai d'ancienneté de bénéfice de l'aide médicale de l'Etat qui ne peut excéder neuf mois. Par dérogation, lorsque l'absence de réalisation de ces prestations avant l'expiration de ce délai est susceptible d'avoir des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personne, leur prise en charge est accordée après accord préalable du service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale. Un décret en conseil d'Etat définit les frais concernés, le délai d'ancienneté et les conditions de mise en œuvre de ces dispositions.

La prise en charge mentionnée au premier alinéa est subordonnée, lors de la délivrance de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, à l'acceptation par les personnes mentionnées à l'article L. 251-1 d'un médicament générique, sauf :

- 1° Dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale ;
- 2° Lorsqu'il existe des médicaments génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps ;
- 3° Dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

Code de la sécurité sociale (maj 12/02/2026)

Article L160-8 modifié par Loi n°2025-199 du 28 février 2025

La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 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'examen 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, des frais des séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examen et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; [inclus dans l'AME]
- 2° La couverture des frais de transport des personnes 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 aux 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 ; [inclus dans l'AME]

3° (Abrogé) ;

4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ; [inclus dans l'AME]

5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 [programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale et des ministres intéressés] et L. 1411-6-2 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit 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 ; [inclus dans l'AME]

5° bis La couverture des frais relatifs aux actes et aux traitements mentionnés à l'article L. 1411-6-4 du même code ; [exclue de l'AME]

Pour les personnes en situation de handicap, les consultations de suivi gynécologique et en santé sexuelle, ainsi que séances d'éducation à la vie sexuelle et affective et de sensibilisation aux violences sexuelles et sexistes

Article L1411-6-4

Les femmes en situation de handicap résidant dans un établissement mentionné aux 2°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles bénéficient de consultations longues de suivi gynécologique et en santé sexuelle.

Les personnes handicapées résidant dans des établissements médico-sociaux mentionnés au premier alinéa du présent article bénéficient de séances d'éducation à la vie sexuelle et affective et de sensibilisation aux violences sexuelles et sexistes.

6° La couverture des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du même code ; [exclue de l'AME]

Examen de prévention bucco-dentaire

Article L2132-2-1 Version en vigueur depuis le 28 février 2025

A partir de l'année qui suit leur troisième anniversaire, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen bucco-dentaire de prévention annuel réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Cette obligation est réputée remplie lorsque le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1 de la réalisation des examens dispensés.

Dans l'année qui suit leur dix-huitième anniversaire et jusqu'à l'année qui suit leur vingt-quatrième anniversaire, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention annuel réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie.

Un accord conventionnel interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ou les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même code déterminent pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces examens. Celles-ci concernent notamment l'information des personnes concernées, la qualité des examens, le suivi des personnes et la transmission des informations nécessaires à l'évaluation du programme de prévention dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. A défaut d'accord sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces examens et sur la prise en charge des soins consécutifs, ces dernières sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

6° bis La couverture des frais relatifs aux examens de repérage des troubles du neuro-développement mentionnés à l'article L. 2132-2-2 du même code ; [exclue de l'AME]

Repérage des troubles du neuro-développement de l'enfant âgé de 9 mois et de 6 ans

Article L2132-2-2 version en vigueur depuis le 17 novembre 2024

Lorsqu'ils sont âgés de neuf mois puis dans l'année qui suit leur sixième anniversaire, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen de repérage des troubles du neuro-développement réalisé par un médecin dûment formé. Cette obligation est réputée remplie lorsque le médecin atteste de la réalisation de cet examen sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1.

Cet examen peut conduire le médecin mentionné au premier alinéa du présent article à orienter l'enfant vers le parcours prévu à l'article L. 2135-1. Il est pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-12-1 A du code de la sécurité sociale.

Les conventions mentionnées à l'article L. 162-5 du même code déterminent, pour les professionnels de santé concernés, la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. Celles-ci concernent notamment l'information des personnes concernées, le contenu des examens, le suivi des personnes et la transmission des informations nécessaires à l'évaluation du programme de prévention, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. A défaut d'accord sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces examens et sur la prise en charge des soins consécutifs à ces examens, elles sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

7° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code. [exclue de l'AME]

8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre ; [exclue de l'AME]

Télésurveillance médicale

Article L162-48

I. - Pour l'application de la présente section, constituent des activités de télésurveillance médicale les interventions associant : 1° D'une part, une surveillance médicale ayant pour objet l'analyse des données et alertes transmises au moyen d'un des dispositifs médicaux numériques [...]; 2° D'autre part, l'utilisation de dispositifs médicaux numériques ayant pour fonction de collecter, d'analyser et de transmettre des données physiologiques, cliniques ou psychologiques et d'émettre des alertes [...].

9° La couverture des frais relatifs aux interventions et aux traitements réalisés dans le cadre des parcours mentionnés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique et à l'article L. 162-63 du présent code ; [exclue de l'AME]

Parcours coordonnés renforcés

Article L4012-1 du code de la santé publique

I.- Lorsque la prise en charge d'une personne nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, elle peut être organisée sous la forme d'un parcours coordonné renforcé. [...]. Pour chaque type de parcours coordonné renforcé, un arrêté des mêmes ministres détermine notamment les modalités d'organisation du parcours, les prestations couvertes par le forfait mentionné à l'article L. 162-62 du même code ainsi que son montant. [...]

10° La couverture des frais relatifs au parcours mentionné à l'article L. 2134-1 du code de la santé publique ; [exclue de l'AME]

Service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce des enfants jusqu'à six ans

11° La couverture des frais relatifs aux différentes catégories de protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-59 **pour les personnes assurées** ayant leurs menstruations âgées de moins de vingt-six ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1. [exclue de l'AME]

Les produits, les prestations et les actes prescrits à l'occasion d'un acte de téléconsultation réalisé en application de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ainsi que les prescriptions réalisées lors des télésoins mentionnés à l'article L. 6316-2 du même code ne sont pris en charge qu'à la condition d'avoir fait l'objet d'une communication orale, en vidéotransmission ou téléphonique, entre le prescripteur et le patient.

Article L160-9 créé par Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 (anciennement Article L331-2)

La protection sociale contre les risques et conséquences de la **maternité** couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret. Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais mentionnés ci-dessus à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de ladite période.

La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre également :

1° Les frais d'examens prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du Code de la santé publique ;

2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'assuré et ses ayants droit ne supportent aucune participation aux frais prévus au présent article

Article L251-3

Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre II : Modalités d'admission.

Article L252-1 Modifié par LOI n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 - art. 264

La première demande d'aide médicale de l'Etat est déposée, par le demandeur, auprès d'un organisme d'assurance maladie qui en assure l'instruction pour le compte de l'Etat. Un décret détermine les conditions dans lesquelles il peut être dérogé à cette règle de dépôt, notamment pour les mineurs isolés et les personnes à mobilité réduite.

Par exception, la demande peut être déposée auprès d'un établissement de santé dans lequel le demandeur ou un membre du foyer est pris en charge. Dans ce cas, l'établissement transmet le dossier de demande, dans un délai de huit jours, à l'organisme d'assurance maladie.

Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par le représentant de l'Etat dans le département apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'aide médicale de l'Etat.

Toute demande de renouvellement de l'aide médicale de l'Etat peut être déposée auprès d'un organisme d'assurance maladie qui en assure l'instruction par délégation de l'Etat, d'un établissement de santé dans lequel le demandeur est pris en charge, d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale du lieu de résidence de l'intéressé, des services sanitaires et sociaux du département de résidence ou des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du représentant de l'Etat dans le département.

Dans tous ces cas, l'organisme transmet le dossier de demande pour instruction à l'organisme d'assurance maladie.

Par dérogation au premier alinéa du présent article, les demandes présentées par les personnes pouvant bénéficier de l'aide médicale en application des deux derniers alinéas de l'article L. 251-1 sont instruites par les services de l'Etat.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

Article L252-2 Modifié par LOI n°2015-1702 du 21 décembre 2015 - art. 59

Les personnes mentionnées aux trois premiers alinéas de l'article [L. 251-1](#), qui ont droit à l'aide médicale de l'Etat et se trouvent sans domicile fixe, doivent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile dans les conditions prévues au chapitre IV du titre VI du présent livre II.

Article L252-3 Modifié par LOI n°2018-1203 du 22 décembre 2018 - art. 52 (V)

L'admission à l'aide médicale de l'Etat des personnes relevant des trois premiers alinéas de [l'article L. 251-1](#) est prononcée, pour le compte de l'Etat, dans des conditions définies par décret, par le directeur de l'organisme mentionné aux articles L. 211-1 et [L. 752-4](#) du code de la sécurité sociale.

Cette admission est accordée pour une période d'un an. Toutefois le service des prestations est conditionné au respect de la stabilité de la résidence en France, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les organismes mentionnés aux articles [L. 211-1](#) et L. 752-4 du code de la sécurité sociale peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite.

NOTA : Conformément aux dispositions du 1° du IX de l'article 52 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018, ces dispositions entrent en vigueur le 1er janvier 2019.

Article L252-4 Modifié par LOI n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 - art. 264

Les décisions attribuant une aide sous la forme d'une prise en charge de frais médicaux peuvent prendre effet à compter de la délivrance des soins, à condition que l'aide ait été demandée dans un délai fixé par décret.

Article L252-5

Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre III : Dispositions financières.

Article L253-1

Les prestations prises en charge par l'aide médicale de l'Etat peuvent être recouvrées auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard des bénéficiaires de cette aide. Les demandeurs d'une admission au bénéfice de l'aide médicale de l'Etat sont informés du recouvrement possible auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à leur égard des prestations prises en charge par l'aide médicale.

Les dispositions de l'article [L. 132-6](#) ne sont pas applicables.

Article L253-2 Modifié par Loi 2003-1312 2003-12-30 art. 97 3° finances rectificative pour 2003 JORF 31 décembre 2003

Les dépenses d'aide médicale sont prises en charge par l'Etat.

Lorsque les prestations d'aide médicale ont pour objet la réparation d'un dommage ou d'une lésion imputable à un tiers, l'Etat peut poursuivre contre le tiers responsable le remboursement des prestations mises à sa charge.

Lorsqu'une provision a été versée à un établissement de santé pour couvrir des frais de soins et de séjour ou qu'un engagement de versement a été souscrit, la partie des frais correspondant à la provision ou à l'engagement reste à la charge des bénéficiaires.

Article L253-3 Modifié par LOI n°2014-1654 du 29 décembre 2014 - art. 118

Les demandes de paiement des prestations fournies au titre de l'aide médicale par les médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens et autres collaborateurs de l'aide sociale sont, sous peine de forclusion, présentées dans un délai de deux ans à compter de l'acte générateur de la créance.

Les demandes de paiement des prestations par les établissements de santé sont, sous peine de forclusion, présentées dans le délai mentionné à l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale.

NOTA :

Aux termes du II de l'article 118 de la loi n° 2014-1654 du 29 décembre 2014, ces dispositions s'appliquent aux prestations fournies à compter du 1er janvier 2015.

Article L253-4

Sauf disposition contraire, les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre IV : Prise en charge des soins urgents

Article L254-1 Modifié par LOI n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 - art. 265

Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé aux étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 ainsi qu'aux demandeurs d'asile majeurs qui ne relèvent pas du régime général d'assurance maladie sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'Etat à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Article L254-2 Modifié par LOI n°2014-1554 du 22 décembre 2014 - art. 69

Les établissements de santé facturent à la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale la part des dépenses prises en charge par l'Etat pour les soins dispensés au titre des articles L. 251-1 et L. 254-1 du présent code, dans le délai mentionné à l'article L. 253-3.

Code de la sécurité sociale

Article L312-1 Modifié par Ordonnance n°2019-770 du 17 juillet 2019 - art. 3 et Modifié par LOI n°2019-791 du 26 juillet 2019 - art. 30

I.- Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles L. 221-1, L. 222-3 et L. 222-5 ;

2° [exclu AME] Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique ;

4° Les établissements ou services mettant en oeuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;

5° [exclu AME] Les établissements ou services :

a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;

b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail [article abrogé par Ordonnance n°2007-329 du 12 mars 2007] ;

6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisés, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé ", les structures dénommées " lits d'accueil médicalisés " et les appartements de coordination thérapeutique ;

10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 353-2 et L. 831-1 du code de la construction et de l'habitation ;

11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en oeuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

12° [exclu AME] Les établissements ou services à caractère expérimental ;

13° Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1 ;

14° Les services mettant en oeuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire ;

15° Les services mettant en oeuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial ;

16° Les services qui assurent des activités d'aide personnelle à domicile ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité au bénéfice de familles fragiles et dont la liste est fixée par décret.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

II.- Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6° et 7° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret.

Les établissements et services mentionnés au 1° du même I s'organisent de manière à garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis.

Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de

qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés. Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics ou privés doivent conclure avec ces établissements une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

III.- Les lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux au sens du I doivent faire application des articles L. 311-4 à L. 311-8. Ils sont également soumis à l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 et aux dispositions des articles L. 313-13 à L. 313-25, dès lors qu'ils ne relèvent ni des dispositions prévues au titre II du livre IV relatives aux assistants maternels, ni de celles relatives aux particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées prévues au titre IV dudit livre. Un décret fixe le nombre minimal et maximal des personnes que ces structures peuvent accueillir et leurs règles de financement et de tarification.

IV.- Les équipes de prévention spécialisée relevant du 1° du I ne sont pas soumises aux dispositions des articles L. 311-4 à L. 311-7. Ces dispositions ne s'appliquent pas non plus aux mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

V.- Participent de la formation professionnelle les actions de préformation, de formation et de préparation à la vie professionnelle menées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, a du 5° et 12° du I du présent article accueillant des jeunes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation et au 4° du même I, ainsi que dans les établissements et services conventionnés ou habilités par la protection judiciaire de la jeunesse.

VI.- Les établissements relevant des 6° ou 7° du I peuvent proposer, concomitamment à l'hébergement temporaire de personnes âgées, de personnes handicapées ou de personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes, un séjour de vacances pour les proches aidants de ces personnes.

Le 1° de l'article L. 313-4 n'est pas applicable aux séjours mentionnés au premier alinéa du présent VI.

VII.- La coopération entre les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 11° et 12° du I du présent article et les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation est organisée par convention afin d'assurer la continuité du parcours de scolarisation des élèves en situation de handicap qu'ils accompagnent et de déterminer les conditions permettant l'intervention dans les établissements mentionnés au même article L. 351-1.

Les modalités selon lesquelles les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 11° et 12° du I du présent article apportent leur expertise et leur appui à l'accompagnement par l'équipe éducative des élèves en situation de handicap scolarisés dans les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation sont également déterminées par convention.

Les modalités d'application du présent VII sont déterminées par décret.

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (maj 06/11/2020)

Partie réglementaire

Chapitre I : Droit à l'aide médicale de l'Etat.

Article R251-1 Modifié par Décret n°2015-1865 du 30 décembre 2015 - art. 11 (V)

Sont exclus de la prise en charge par l'aide médicale de l'Etat telle que prévue au 1° de l'article L. 251-2 :

- 1° Les frais relatifs aux cures thermales tels que définis à l'article R. 160-24 du code de la sécurité sociale ;
- 2° Les actes techniques et les examens de biologie médicale spécifiques à l'assistance médicale à la procréation, tels que mentionnés dans la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- 3° Les médicaments et produits relevant respectivement des articles L. 162-17 et L. 165-1 du même code et nécessaires à la réalisation des actes et examens définis au 2° du présent article ;
- 4° Les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible et pour lesquels la participation de l'assuré est fixée dans les limites prévues au 14° de l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

Article R251-2 Modifié par Décret n°2017-240 du 24 février 2017 - art. 6

Les étrangers qui demandent le bénéfice de l'aide médicale de l'Etat pour une personne tierce, en application des dispositions du 2° de l'article L. 251-1, établissent annuellement une déclaration sur l'honneur, cosignée par la personne tierce, attestant que cette personne se trouve à leur charge effective, totale et permanente. Ils la transmettent à l'organisme dont ils relèvent.

Article R251-3 Modifié par Décret n°2020-1325 du 30 octobre 2020 - art. 1

Les frais mentionnés au huitième alinéa de l'article L. 251-2 correspondent aux prestations suivantes, lorsqu'elles sont programmées, ne présentent pas un caractère d'urgence et ne concernent pas des bénéficiaires mineurs :

1° Les prestations mentionnées ci-après, réalisées en établissement de santé et liées à des pathologies non sévères, lorsqu'elles ne concernent pas des traumatismes, fractures, brûlures, infections, hémorragies, tumeurs suspectées ou avérées :

- a) Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien ;
- b) Libérations du médian au canal carpien ;
- c) Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ;
- d) Allogreffes de cornée ;
- e) Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie ;
- f) Rhinoplasties ;
- g) Pose d'implants cochléaires ;
- h) Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne ;
- i) Interventions pour oreilles décollées ;
- j) Prothèses de genou ;
- k) Prothèses d'épaule ;
- l) Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents ;
- m) Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents ;
- n) Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale ;
- o) Gastroplasties pour obésité ;
- p) Autres interventions pour obésité ;

2° Les actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville suivants :

- a) Les transports sanitaires en lien avec les prestations hospitalières mentionnées au 1° ;
- b) Les actes de masso-kinésithérapie prescrits suite à des prestations hospitalières mentionnées au 1°.

Conformément à l'article 4 du décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020, ces dispositions entrent en vigueur le premier jour du deuxième mois suivant la publication du présent décret.

Article R251-4 Création par le Décret n°2020-1325 du 30 octobre 2020 - art. 1

Le délai d'ancienneté mentionné au huitième alinéa de l'article L. 251-2 est fixé à neuf mois à compter de la première admission à l'aide médicale de l'Etat.

Lorsque le droit à l'aide médicale de l'Etat d'une personne mentionnée à l'article L. 251-1 a expiré et que cette dernière forme une nouvelle demande d'admission, le délai d'ancienneté s'applique à compter de la date de cette nouvelle demande lorsque l'admission précédente a été accordée ou renouvelée plus de deux ans auparavant.

Conformément à l'article 4 du décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020, ces dispositions entrent en vigueur le premier jour du deuxième mois suivant la publication du présent décret.

Article R251-5 Création par le Décret n°2020-1325 du 30 octobre 2020 - art. 1

La demande de prise en charge dérogatoire visant à obtenir l'accord préalable mentionné au huitième alinéa de l'article L. 251-2 est formée par le prescripteur et est adressée au service du contrôle médical compétent par voie dématérialisée. L'avis du service médical est transmis au prescripteur qui le tient à disposition du bénéficiaire. L'absence de réponse du service du contrôle médical dans un délai de quinze jours à compter de la réception de la demande complète vaut accord de prise en charge.

Si les frais concernés par la demande mentionnée au premier alinéa sont également subordonnés à une demande d'accord préalable mentionnée à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, le professionnel de santé justifie chaque demande au regard des critères fixés aux articles L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles et L. 315-2 du code de la sécurité sociale. La prise en charge des frais concernés est subordonnée à l'accord du service du contrôle médical sur les deux demandes.

Conformément à l'article 4 du décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020, ces dispositions entrent en vigueur le premier jour du deuxième mois suivant la publication du présent décret.

Article D252-2 Création par le Décret n°2020-1325 du 30 octobre 2020 - art. 1

I. - La première demande d'aide médicale de l'Etat est déposée par le demandeur ou une autre personne majeure du foyer auprès de l'organisme d'assurance maladie de son lieu de résidence, ou auprès d'une maison de services au public mentionnée à l'article 27 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations habilitées par ce dernier.

Elle peut également être déposée auprès d'un établissement de santé ou une permanence d'accès aux soins de santé mentionnée à l'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique dans lequel le demandeur ou un membre du foyer est pris en charge. Dans ce cas, l'établissement transmet le dossier de demande, dans un délai de huit jours, à l'organisme d'assurance maladie.

II. - Par dérogation aux dispositions du I :

1° la première demande d'un mineur isolé peut être déposée auprès d'un organisme d'assurance maladie par toute structure de prise en charge ou d'accompagnement de ces personnes, ou association de défense des droits des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité ;

2° La première demande d'aide médicale de l'Etat des personnes à mobilité réduite peut être déposée dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 252-1 ;

3° Lorsque le demandeur est placé sous un régime de tutelle ou de curatelle, son tuteur ou curateur peut déposer sa première demande d'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 252-1.

② **CODE DE LA SECURITE SOCIALE** (maj 12/02/2026)

Article L160-8 voir ci-dessus page 26

Article L160-9 voir ci-dessus page 28

Article L321-3 modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 9 [Réservé aux assurés]

La caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie, à un examen de santé gratuit. En cas de carence de la caisse, l'assuré et les membres de sa famille peuvent demander à subir cet examen.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par le décret en Conseil d'Etat qui prévoit toutes mesures utiles pour éviter le double emploi de cet examen de santé avec toute autre visite de médecine préventive organisée en application d'une autre disposition législative ou réglementaire.

Les personnes admises dans une école de la deuxième chance mentionnée à l'article L. 214-14 du Code de l'éducation, les jeunes effectuant un service civique en application du II de l'article L. 120-1 du Code du service national, les apprentis mentionnés à l'article L. 6221-1 du Code du travail, les volontaires stagiaires du service militaire adapté mentionnés à l'article L. 4132-12 du Code de la défense et les titulaires d'un contrat de professionnalisation mentionnés au 1° de l'article L. 6325-1 du Code du travail sont informés, dans des conditions définies par voie réglementaire, de la possibilité d'effectuer l'examen prévu au premier alinéa.

NOTA : Code de la sécurité sociale L371-6 : non application du présent titre.

Article R321-5 créé par Décret 85-1353 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985

L'examen de santé gratuit prévu par l'article L. 321-3 doit être pratiqué à certaines périodes de la vie, déterminées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé.

Ledit arrêté fixe également la nature de cet examen et les modalités selon lesquelles il est effectué, compte tenu des examens médicaux auxquels les intéressés sont tenus de se soumettre en application de dispositions légales ou réglementaires autres que celles relatives aux assurances sociales et des examens préventifs auxquels ils se soumettent volontairement.

Les caisses de sécurité sociale prennent toutes mesures de coordination destinées à éviter que les intéressés ne subissent plusieurs fois des examens de santé identiques aux mêmes périodes de la vie.

Décret n° 2019-1036 du 8 octobre 2019 modifiant le décret n° 2017-412 du 27 mars 2017 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé et les articles R. 1111-8-1 à R. 1111-8-7 du code de la santé publique

NOR : SSAZ1921650D

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2019/10/8/SSAZ1921650D/jo/texte>

Alias : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2019/10/8/2019-1036/jo/texte>

Publics concernés : professionnels, services et structures mentionnés à l'article L. 1110-4 et professionnels constituant une équipe de soins en application de l'article L. 1110-12 ; Caisse nationale de l'assurance maladie.

Objet : modification des dispositions relatives à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques en tant qu'identifiant national de santé.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret modifie les dispositions relatives à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques en tant qu'identifiant national de santé pour les mettre en conformité avec la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018. Le décret adapte le calendrier de mise en œuvre de l'identifiant national de santé et renforce les règles de sécurité dans la prise en charge et la protection des données personnelles.

Références : le décret est pris en application de l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique. Le présent décret, ainsi que les dispositions du décret et du code de la santé publique qu'il modifie, peuvent être consultés sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1111-8-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 161-31 ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée notamment par l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 prise en application de l'article 32 de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et portant modification de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et diverses dispositions concernant la protection des données à caractère personnel ;

Vu l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 modifiée relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives ;

Vu le décret n° 2017-412 du 27 mars 2017 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 18 juillet 2019 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 30 juillet 2019 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Article 1

Les articles R. 1111-8-1 à R. 1111-8-7 du code de la santé publique sont ainsi modifiés :

1° Au II de l'article R. 1111-8-1, les mots : « ne peut être utilisé qu'en cas d'impossibilité de pouvoir accéder », sont remplacés par les mots : « ne peut être utilisé pour le référencement des données de santé qu'en cas d'impossibilité d'accès » ;

2° Le second alinéa de l'article R. 1111-8-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'utilisation de l'identifiant national de santé ne peut avoir d'autre objet que ceux mentionnés au premier alinéa, sauf traitement de l'identifiant de santé à des fins de recherche dans le domaine de la santé tel que mentionné au dernier alinéa de l'article 30 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et autorisé dans les conditions prévues à la section 3 du chapitre III du titre II de la même loi. » ;

3° L'article R. 1111-8-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 1111-8-6.-Des téléservices permettent aux professionnels, établissements, services ou organismes mentionnés à l'article R. 1111-8-3 d'accéder au numéro d'inscription au répertoire national des personnes physiques et de vérifier son exactitude dans le respect du référentiel mentionné à l'article R. 1111-8-7. Ils sont mis en œuvre par la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« Le référencement des données de santé nécessite l'association de l'identifiant national de santé et d'éléments d'identité provenant du répertoire national d'identification des personnes physiques. Ces éléments d'identité sont précisés par le référentiel mentionné à l'article R. 1111-8-7. La bonne association entre l'identifiant national de santé et les éléments d'identité est effectuée par les personnes chargées du référencement en application du premier alinéa à l'aide des téléservices d'accès ou de vérification, sauf en cas d'indisponibilité des téléservices ou motif légitime invoqué par ces personnes faisant obstacle à une association immédiate. Les téléservices comprennent plusieurs modalités d'accès, dont l'accès par lecture électronique de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale du bénéficiaire des actes, dénommée carte d'assurance maladie ou dite " carte vitale ", ou d'autres modalités présentant des garanties équivalentes, définies dans le référentiel mentionné à l'article R. 1111-8-7.

« Le recours aux téléservices n'exonère pas les personnes susmentionnées de mettre en place toute procédure de surveillance, de correction et de prévention des erreurs relevant de l'organisation de la prise en charge des personnes et concourant à la maîtrise du risque d'erreur dans l'identification des personnes. » ;

4° A l'article R. 1111-8-7, les mots : « d'utilisation de » sont remplacés par les mots : « de référencement des données de santé avec ».

Article 2

A l'article 2 du décret du 27 mars 2017 susvisé :

1° Les I, II, IV et V sont abrogés ;

2° Au III, la mention : « III » est supprimée et le terme : « 2020 » est remplacé par le terme : « 2021 ».

Article 3

La ministre des solidarités et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

NOR : CPAX1824950L/Bleue-1

https://www.legifrance.gouv.fr/Media/Droit-francais/Actualite-legislative2/plfss_2019_cpax1824950L_cm_10.10.2018

Article 33

Exposé des motifs

L'accès aux lunettes, aux soins dentaires et aux aides auditives est marqué par des restes à charge importants qui sont à l'origine de renoncements aux soins. Donner à tous les Français un accès à des soins pris en charge à 100 %, dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire constitue l'un des engagements du Président de la République pendant la campagne. Après une large concertation avec les différents acteurs de la santé et professionnels des secteurs concernés, cette réforme majeure pour le quotidien des Français va pouvoir se mettre en place progressivement au cours des trois prochaines années.

Cette concertation a permis de définir un panier « 100 % santé », comprenant des équipements et des soins de qualité répondant à l'ensemble des besoins de santé publique dans les trois domaines concernés. Cette offre sera accessible à tous les assurés et prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, et donc sans reste à charge pour les patients.

Un relèvement des bases de remboursement de la sécurité sociale a été arrêté, celle des aides auditives étant par exemple doublée, de 200 à 400 euros, d'ici 2021. De même, des prix limites de vente sur le panier 100 % santé ont été fixés à des niveaux compatibles avec une offre exigeante et de qualité.

L'article prévoit que les contrats de complémentaire santé responsables et solidaires couvrent obligatoirement les frais en sus des tarifs de responsabilité pris en charge par la sécurité sociale pour les soins dentaires prothétiques, les aides auditives et les dispositifs d'optique médicale du panier « 100 % santé ».

Pour assurer la disponibilité de ce panier de soins et la bonne information des assurés sur son existence, les opticiens et les audioprothésistes seront tenus de proposer ces offres et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement sans frais. La présente mesure permet également de se doter d'outils permettant de contrôler les exigences de qualité requises.

Enfin, cette réforme ne se limite pas à lever les obstacles financiers à l'accès à la santé. Elle vise plus globalement à améliorer l'accès aux soins dans chacun de ces secteurs, en favorisant des organisations professionnelles et de travail plus efficaces et en développant les actions de prévention, avec la mise en place notamment d'un examen bucco-dentaire dès 3 ans. Elle introduit également le principe d'un dispositif de suivi de la qualité des prises en charge, à l'aide notamment d'enquêtes.

Simulation 28/11/2019

(<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/100pourcent-sante/100-sante-optique/article/100-sante-optique-une-large-gamme-de-lunettes-de-vue-alliant-qualite-et>)



Site gouvernemental : Aujourd'hui, le prix moyen d'une paire de lunettes à verres simples est de 290 €, dont 135 € pour les montures. Après le remboursement de 225 € [2], soit 78 % de la facture, par l'Assurance Maladie et la complémentaire santé, l'assuré doit encore payer en moyenne 65 €.

[2] Montants basés sur les remboursements moyens constatés de 225 € (Assurance Maladie : 10 € et complémentaire santé : 215 €).

Commentaire Comede : Appliqué à l'AME cela donne avant la réforme « 100% santé » :

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Tarif de responsabilité de sécurité sociale	Tarif pris en charge par l'AME <i>100% de la colonne (1)</i>	Prix de l'équipement	Reste à charge du bénéficiaire AME colonne (3) – (2)
Lunettes (monture + verres)	10 euros	10 euros	290,00	280,00 euros

CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Sous-section 1 : Conditions de prise en charge

Article L165-1 Modifié par LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 39

Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution.

L'inscription sur la liste peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations plusieurs *classes*, définies, d'une part, en fonction du caractère primordial du service rendu et, d'autre part, en fonction du rapport entre ce service et le tarif ou le prix envisagé. **L'une au moins de ces classes a vocation à faire l'objet d'une prise en charge renforcée, par l'application des dispositions des articles L. 165-2, L. 165-3 ou L. 871-1.**

Article L165-2 Modifié par LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 39

I.- Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre l'exploitant ou le distributeur au détail du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique ou par description générique renforcée sont établis par convention entre un ou plusieurs exploitants ou distributeurs au détail des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces exploitants ou distributeurs au détail et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

La fixation de ce tarif tient compte principalement de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés, des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. Elle peut également tenir compte, à la demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1.

II.- Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :

[...]

8° L'appartenance du produit ou de la prestation à une classe autre que les **classes à prise en charge renforcée** définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du présent code ;

Article L165-3 Modifié par LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 39

Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre l'exploitant ou le distributeur au détail du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique ou par description générique renforcée, la convention est établie entre un ou plusieurs exploitants ou distributeurs au détail des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces exploitants ou

distributeurs au détail et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Les prix mentionnés au premier alinéa du présent article sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues au II du même article L. 165-2.

Article L165-1-4 modifié par LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 39

I.- Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour l'exploitant ou pour le distributeur au détail, de proposer et de disposer de certains produits ou prestations appartenant aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article L. 165-1.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Article L6147-7

Les hôpitaux des armées, placés sous l'autorité du ministre de la défense, outre leur mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées assurée avec les autres éléments du service de santé des armées, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1. Ils dispensent des soins remboursables aux assurés sociaux dans les conditions fixées à l'article L. 174-15 du Code de la sécurité sociale.

[...]

Article L6112-1 du Code de la santé publique

Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

- 1° La permanence des soins ;
- 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° La recherche ;
- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;
- 11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent Code ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale ;
- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile [soins en rétention administrative] ;
- 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Article L174-15 du Code de la sécurité sociale

Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.

Les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.

Arrêté du 2 avril 2013 fixant la liste prévue à l'article L. 6147-7 du Code de la santé publique

NOR: DEFK1310181A

Article 2

Ces hôpitaux dispensent, sous réserve de satisfaction de la mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées, à tout assuré social, avec ou sans hébergement, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ainsi que des soins continus de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale et dans un but de réinsertion.

**Modifications des règles applicables à l'AME et à l'assurance maladie (avec Complémentaire-santé-solidaire)
à la suite des réformes entrées en vigueur en 2019 et 2021**

Mise à jour 11/01/2022

	Sources	Texte applicable	Date d'entrée en vigueur
Demandeurs d'asile (DA) majeurs : Opposabilité du délai de 3 mois d'ancienneté de présence en France pour l'assurance maladie + Compl-santé-solidaire. Sauf tous les Mineurs (dont Mineurs DA, et mineurs accompagnant un DA).	Décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé	Suppression au sein de l'article D160-2 CSS de la dérogation	01/01/2020
Demandeurs d'asile (DA) dont DA en séjour régulier sous Attestation de demande d'asile (ATDA) : Éligibilité au DSUV.	Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 (article 265)	L254-1 CASF	01/01/2020
Demande de DSUV par établissement de santé possible sans obligation de fournir un refus préalable d'AME	La dispense de refus préalable d'AME <u>ne</u> concerne <u>que</u> les DA. Information orale de Mme F. Richard, Directrice de l'intervention sociale de la Cnam, donnée aux associations le 09/01/2020 (mais mesure non-limitée à la période d'état d'urgence sanitaire Covid19)		
Prolongation des droits à l'assurance maladie à l'expiration du document de séjour régulier (tout étranger dont DA) : Réduction à 6 mois (anciennement 12 mois).	Décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France	R111-4 CSS	s'applique aux personnes dont la date d'expiration des documents de séjour est postérieure au 31/12/2019 (art. 2 du décret n°2019-1468)
Prolongation des droits à l'assurance maladie à l'expiration du document de séjour régulier (tout étranger dont DA) : réduction à 2 mois pour les étrangers ayant une « mesure d'éloignement définitive	Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France	R111-4 CSS	15/11/2020 (selon Décret n°2020-1325 du 30 octobre 2020)
AME Condition d'ancienneté de trois mois de séjour en situation ir-régulière en France (et non plus ancienneté de séjour simple).	Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 (article 264)	L251-1 CASF	Toute demande d'AME introduite à partir du 01/01/2020

<p><u>Nota</u> : ne concerne que les majeurs, les mineurs restant éligibles à l'AME sans aucune condition d'ancienneté de présence en France.</p>	<p>Information orale de Mme F. Richard, Directrice de l'intervention sociale de la Cnam, donnée aux associations le 09/01/2020</p>		
<p>AME</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condition d'ancienneté de bénéficiaire de l'AME de « X » mois (max. 9 mois) pour accéder à certains soins ; - Possibilité de dérogation pendant cette période de x mois (max. 9 mois), sur entente préalable accordée par le contrôle médical de la caisse. 	<p>Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 (article 264)</p>	<p>7^{ème} alinéa de L251-2 CASF</p>	
<p>Durée : 9 mois</p>	<p>Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France</p>	<p>Art. R251-4 CASF</p>	<p><u>01/01/2021</u> (selon Décret n°2020-1325 du 30 octobre 2020)</p>
<p>Liste des soins soumis à entente préalable</p>		<p>Art. R251-3 CASF</p>	
<p>Accord implicite sous 15 jours</p>		<p>Art. R251-5 CASF</p>	
<p>Délai de dépôt d'une demande de renouvellement AME à compter de la date d'expiration de l'AME en cours : 2 ans Permet de distinguer Renouvellement Vs Primo demande (si primo demande : remise à zéro du compteur sur le panier de soins complet).</p>		<p>Art. R251-4 CASF</p>	
<p>AME</p> <p>Obligation de dépôt physique de la première demande auprès d'une</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cnam/Cgss (pas de demande par courrier). - d'un établissement de santé ; - Dérogation possible par décret, notamment pour les mineurs isolés et les personnes à mobilité réduite ; - Dérogation AME sur décision du ministre ; 	<p>Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 (article 264)</p> <p>Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France</p>	<p>L252-1 CASF</p> <p>D252-2 CASF</p>	<p><u>01/01/2021</u> (selon Décret n°2020-1325 du 30 octobre 2020)</p> <p>Reporté au <u>01/06/2021</u> (réunion du 18/02/2021 ; gouvernement / associations lutte contre la pauvreté)</p>
<p>Dérogation à l'obligation de dépôt physique en Cnam/CGSS : dépôt possible auprès de</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maison de services au public - Établissement de santé - Permanence d'accès aux soins de santé - Centre de santé + maison de santé + toute association 1901, sous réserve : <p>1° accompagne dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits relatifs à leur parcours de santé (des personnes en situation de précarité)</p>	<p>Décret n° 2021-1152 du 3 septembre 2021 relatif aux modalités de dépôt des premières demandes d'aide médicale de l'Etat</p>	<p>D252-2 CASF</p>	<p><u>04/09/2021</u></p>

2° leur permet d'accéder à des soins de premier recours, qui sont pris en charge dès l'attribution de leurs droits 3° Une convention a été établie avec ARS 4° Une convention a été établie avec CPAM			
Les demandes reçues par les agents Cnam/Cgss détachés dans des organismes partenaires seront considérées comme déposées auprès d'une Cnam/Cgss.	Information orale de Mme F. Richard, Directrice de l'intervention sociale de la Cnam, donnée aux associations le 09/01/2020		
AME Rétroactivité augmentée à 90 jours (anciennement 30 jours)	Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 (art. 2)		article 44-1 du décret du 2/09/1954 modifié
AME Nouvelle carte	Arrêté du 31 décembre 2019 relatif à la carte d'admission à l'aide médicale de l'État		06/01/2020 (art. 4 de l'Arrêté)
AME Accès des caisses au fichier VISABIO*	Décret n° 2020-715 du 11 juin 2020 relatif à la consultation du traitement de données VISABIO Circulaire Cnam n° CIR-34/2020 du 15/12/2020	R611-8, R611-12, R611-14 CESEDA	13/06/2020
DSUV Demandeurs d'asile : dispense de l'obligation (administrative) de déposer une demande préalable AME et de produire ce refus d'AME	Information CNAM aux partenaires du 4/01/2021 p.13/13 (non-limité à la période d'état d'urgence sanitaire Covid19)		01/01/2020
DSUV Dispense de l'obligation (administrative) de déposer une demande préalable AME et de produire ce refus d'AME pour soins entre le 17/10/2020 et le 16/02/2021	Information CNAM aux partenaires du 4/12/2020 p. 7/10		Entre le 17/10/2020 et 16/02/2021
Décrets et autres textes en attente			
- Demande de visa : contrôle de l'existence d'une éventuelle dette hospitalière.			-
- contrôle des attestations d'hébergement des multi-hébergés.			-

CASF : code de l'action sociale et des familles ; CSS : Code de la sécurité sociale ; DSUV : dispositif pour les soins urgents et vitaux

* VISABIO : Branche française du fichier européen informatisé « VIS », et destiné à vérifier l'identité et l'authenticité des visas, permettre l'instruction des demandes de visa en procédant à l'échange d'informations avec les autres états de l'espace Schengen. Il recense toutes les personnes détentrices ou demandeuses d'un visa pour le territoire Schengen ainsi que les dates d'entrée et sortie de l'espace Schengen (art. R611-8 et suivants Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile).

En Direct réglementaire



Contacts :

* Répète : par courriel depuis votre Espace Pro sur ameli.fr

Par tél : 03 80 59 37 59 - du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 16h30

Par courrier : Assurance maladie de la Côte d'Or - BP 34548 - 21045 DIJON cedex

DATE : 22 MAI 2018

REFERENCE : CIRCULAIRE CNAM DU 27 FEVRIER 2108

Endocrinologues – diabétologues - pédiatres

Prescription de pompe à insuline externe programmable

Après consultation des professionnels de santé, la CNAM a proposé au Comité Technique Paritaire National un modèle d'ordonnance conforme à la législation. Celui-ci a été validé puisqu'il contribue à la simplification administrative des prescriptions.

Réglementation

La prise en charge est assurée pour le **diabète de type 1 ou de type 2 ne pouvant être équilibré par une insulinothérapie par multijonctions sous-cutanées d'insuline.**

La prescription initiale d'une pompe à insuline externe, portable et programmable ou sans tubulure extérieure dite pompe patch doit être réalisée dans un **centre initiateur adulte ou pédiatrique**, pour l'enfant, répondant aux cahiers des charges. Cette prescription est faite pour un **maximum de 6 mois**.

Le renouvellement de la prescription, également réalisé pour au **maximum 6 mois**, est effectué par un médecin spécialiste en :

- endocrinologie et métabolisme
- ou un médecin titulaire de la compétence ordinale en diabétologie et nutrition travaillant en concertation avec le centre initiateur.

Chez les enfants, ce renouvellement sera effectué par un pédiatre expérimenté en :

- diabétologie du centre initiateur pédiatrique ou d'une structure
- pédiatrique travaillant en concertation avec le centre initiateur pédiatrique.

La prescription doit préciser :

- la marque et le modèle de la pompe ;
- la marque et le modèle de consommable et le nombre nécessaire par mois.

Une réévaluation de l'opportunité de la poursuite du traitement doit être **faite tous les ans dans un centre initiateur**.

Toute prescription pour un changement de pompe doit être faite dans un centre initiateur. Ce changement ne peut pas intervenir **avant 4 ans** selon l'arrêté d'inscription. Toutefois l'organisme de sécurité sociale peut prendre en charge le renouvellement avant l'expiration de cette durée après avis du médecin conseil.

Prescription

A partir d'Espace Pro, le modèle est remplissable à l'écran (rubrique documents).

Il est également consultable sur ameli.

Vous trouverez le document en annexe.



Retrouvez toutes les informations utiles à votre profession sur ameli.fr

La santé progresse avec vous

Directeur de la publication : Yvan Pétraszko

Rédaction : Sous-direction professionnels de santé / établissements

Cnam de la Côte-d'Or – BP 34548 – 21045 Dijon Cedex



Ordonnance d'insulinothérapie par pompe externe programmable

(Articles L. 165-1, R. 161-45 et R. 165-38 du Code de la sécurité sociale)

Personne recevant les soins et assuré(e)

Personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

Nom et prénom

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

Nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

Assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

Adresse de l'assuré(e)

Conditions de prise en charge

ALD en cours : oui non

Prescription

- Pompe à insuline externe programmable

- location d'une pompe à insuline externe programmable et forfait associé
 - marque et modèle de la pompe :
- cathéter et consommables associés pour pompe à changer tous les jours
 - cathéter de type - canule mm
 - réservoir à changer tous les jours
- QSP pour jours. À renouveler fois (maximum 6 mois)
- forfait de formation technique **initiale**

- Pompe à insuline externe sans tubulure extérieure dite pompe patch

- marque et modèle de la pompe :
- mise à disposition du programmeur sans fil (PDM)
- fourniture des POD : POD par mois, à changer tous les jours (maximum 3 jours)
- QSP pour jours. À renouveler fois (maximum 6 mois)
- forfait de formation technique **initiale**

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom	Raison sociale
Identifiant <small>(N° ADEP)</small>	Adresse
	N° structure <small>(CIN, FINESSE, SIRET)</small>

A le

Signature

La loi rend possible d'obtenir et/ou empêche tout ou partie de bénéficier de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des prestations indues (art. 111-1 à 111-3, 110-19, 111-1 et suivants du Code pénal)

En cas d'inexactitude, de caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17 du Code de la sécurité sociale.

Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 17 janvier 1975 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

720 CNAM mod. XII-2017

Ordonnance d'insulinothérapie par pompe externe programmable

(Articles L. 165-1, R. 161-45 et R. 165-38 du Code de la sécurité sociale)

Personne recevant les soins et assuré(e)

Personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

Nom et prénom

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage facultatif et s'il y a lieu)

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

Nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

Assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage facultatif et s'il y a lieu)

Numéro d'immatriculation

Adresse de l'assuré(e)

Conditions de prise en charge

ALD en cours : oui | non

Prescription

- Pompe à insuline externe programmable

location d'une pompe à insuline externe programmable et forfait associé

➤ marque et modèle de la pompe :

cathéter et consommables associés pour pompe à changer tous les jours

➤ cathéter de type - canule mm

➤ réservoir à changer tous les jours

QSP pour jours. A renouveler fois (maximum 6 mois)

forfait de formation technique **initiale**

- Pompe à insuline externe sans tubulure extérieure dite pompe patch

➤ marque et modèle de la pompe :

mise à disposition du programmeur sans fil (PDM)

fourniture des POD : POD par mois, à changer tous les jours (maximum 3 jours)

QSP pour jours. A renouveler fois (maximum 6 mois)

forfait de formation technique **initiale**

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

Raison sociale

Adresse

Identifiant
(n° RPPS)

N° structure
(N.M., FINESS ou SIRET)

A, le

Signature

La loi rend passible d'amende selon les dispositions qui suivent quiconque se rend coupable de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal)

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclarations d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de son examen et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

720 CNAM mod. XII-2017

Notice

La prise en charge est assurée pour le **diabète de type 1 ou de type 2 ne pouvant être équilibré par une insulinothérapie par multi-injections sous-cutanées d'insuline.**

La prescription initiale d'une pompe à insuline externe, portable et programmable ou sans tubulure extérieure dite pompe patch doit être réalisée dans un **centre initiateur adulte ou pédiatrique**, pour l'enfant, répondant aux cahiers des charges. Cette prescription est faite pour un **maximum de 6 mois.**

Le renouvellement de la prescription, également réalisé pour au **maximum 6 mois**, est effectué par un médecin spécialiste en endocrinologie et métabolisme ou titulaire de la compétence ordinaire en endocrinologie et métabolisme ou un médecin titulaire de la compétence ordinaire en diabétologie et nutrition travaillant en concertation avec le centre initiateur. Chez les enfants, ce renouvellement sera effectué par un pédiatre expérimenté en diabétologie du centre initiateur pédiatrique ou d'une structure pédiatrique travaillant en concertation avec le centre initiateur pédiatrique.

La prescription doit préciser :

- la marque et le modèle de la pompe ;
- la marque et le modèle de consommable et le nombre nécessaire par mois.

Une réévaluation de l'opportunité de la poursuite du traitement doit être **faite tous les ans dans un centre initiateur.**

Toute prescription pour un changement de pompe doit être faite dans un centre initiateur. Ce changement ne peut pas intervenir **avant 4 ans** selon l'arrêté d'inscription. Toutefois l'organisme de sécurité sociale peut prendre en charge le renouvellement avant l'expiration de cette durée après avis du médecin conseil.

720. CNAM mod. XII-2017

ANNEXE 4

Avis relatif aux décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation du taux de participation de l'assuré applicable à des spécialités pharmaceutiques

NOR : SASS1010007V ; JORF n°0089 du 16 avril 2010

ATTENTION : DATÉ « 2010 »

Par décisions du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 9 avril 2010, le taux de participation de l'assuré applicable aux spécialités pharmaceutiques citées ci-dessous est fixé comme suit :

CODE CIP	LIBELLÉ	TAUX de participation
3306308	ABELITE (DIOMAGNITE), 1 boîte de 30, poudre pour suspension buvable en sachets, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3306780	ABELITE (DIOMAGNITE), 1 boîte de 30, suspension buvable en sachets, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3352892	ABUFENE 400 MG (BETA-ALANINE), 30 comprimés, (laboratoires BOUCHARA RECORDATI)	85 %
3668744	ACICLOVIR ALMUS 5 P. 100, 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires ALMUS FRANCE)	85 %
3612376	ACICLOVIR ARROW 5 P. 100, 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3635845	ACICLOVIR BIOGARAN 5 P. 100, 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3855469	ACICLOVIR CRISTERS 5 P. 100, 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires CRISTERS)	85 %
3491524	ACICLOVIR EG 5 P. 100, 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3612347	ACICLOVIR IVAX 5 P. 100, 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3612353	ACICLOVIR MYLAN 5 P. 100, 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3617712	ACICLOVIR QUALIMED 5 P. 100, 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3612382	ACICLOVIR RATIOPHARM 5 P. 100, 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3617787	ACICLOVIR RPG 5 P 100, 1 tube de crème de 10 g, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3681957	ACICLOVIR SANDOZ 5 P. 100, 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3617706	ACICLOVIR TEVA5 P 100, 1 tube de 10 g crème, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3674199	ACICLOVIR WINTHROP 5 P 100, 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3642466	ACICLOVIR ZYDUS 5 P 100, 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires ZYDUS FRANCE)	85 %
3613370	ALGINATE DE SODIUM/BICARBONATE DE SODIUM BIOGARAN 0,5 g/0,267 g, 1 boîte de 24, 10 ml en sachet-dose, suspension buvable, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3605896	ALGINATE DE SODIUM/BICARBONATE DE SODIUM BIOGARAN 250 MG/133,5 MG POUR. 5 ML, 1 flacon de 250 ml avec cuillère-mesure de 5 ml, suspension buvable, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3745628	ALGINATE DE SODIUM/BICARBONATE DE SODIUM EG 250 MG/133,5 MG POUR. 5 ML, 1 flacon de 250 ml avec cuillère-mesure, suspension buvable, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3745611	ALGINATE DE SODIUM/BICARBONATE DE SODIUM SANDOZ 250 MG/133,5 MG POUR. 5 ML, 1 flacon de 250 ml avec cuillère-mesure, suspension buvable, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3745605	ALGINATE DE SODIUM/BICARBONATE DE SODIUM TEVA 250 MG/133,5 MG POUR. 5 ML, 1 flacon de 250 ml avec cuillère-mesure, suspension buvable, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3002933	ALOPLASTINE (OXYDE DE ZINC, TALC, GLYCEROL), 1 tube de 90 g, pâte pour application locale, (laboratoires JOHNSON & JOHNSON CONSUMER FRANCE SAS)	85 %
3355293	ART 50 MG (DIACERHEINE), 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires NEGMA)	85 %
3245400	ARTISIAL, 1 flacon de 100 ml, solution pour pulvérisation endo-buccale, (laboratoires BIOCDEX)	85 %
3364926	ARTOTEC 50 MG/0,2 MG (DICLOFENAC SODIQUE, MISOPROSTOL), 1 boîte de 30 comprimés gastro-résistants, (laboratoires PFIZER)	85 %
3526547	ARTOTEC 75 MG/0,2 MG (DICLOFENAC SODIQUE, MISOPROSTOL), 1 boîte de 20, comprimés gastro-résistants, (laboratoires PFIZER)	85 %
3392756	ATROVENT NASAL 0,03 P. 100 (BROMURE D'IPRATROPIUM), 1 flacon pulvérisateur de 15 ml avec valve doseuse, solution nasale, (laboratoires BOEHRINGER INGELHEIM FRANCE)	85 %
3008456	ATURGYL 0,05 P. 100 (CHLORHYDRATE D'OXYMETAZOLINE), 1 flacon de 15 ml, solution pour pulvérisation nasale, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3421328	AUREOMYCINE EVANS 3 P. 100 (CHLORHYDRATE DE CHLORTETRACYCLINE), 1 tube de 15 g, pommade, (laboratoires UCB PHARMA SA)	85 %
3314986	AXONYL 200 MG/ML (PIRACETAM), Gé, 1 flacon de 125 ml avec seringue pour administration orale, solution buvable, (laboratoires PFIZER)	85 %
3320857	AZANTAC 150 MG (CHLORHYDRATE DE RANITIDINE), 1 boîte de 30, comprimés effervescents, (laboratoires GLAXO-SMITHKLINE)	85 %
3251435	AZANTAC 150 MG (CHLORHYDRATE DE RANITIDINE), 30 comprimés pelliculés, (laboratoires GLAXOSMITHKLINE)	85 %
3424982	AZANTAC 300 MG (CHLORHYDRATE DE RANITIDINE), 1 boîte de 14, comprimés effervescents, (laboratoires GLAXO-SMITHKLINE)	85 %
3287752	AZANTAC 300 MG (CHLORHYDRATE DE RANITIDINE), 1 boîte de 14, comprimés pelliculés, (laboratoires GLAXO-SMITHKLINE)	85 %

3268275	AZANTAC 50 MG (CHLORHYDRATE DE RANITIDINE), 5 Ampoules de 2 ml, solution injectable, (laboratoires GLAXOSMITHKLINE)	85 %
3434124	AZANTAC 75 MG (CHLORHYDRATE DE RANITIDINE), 1 boîte de 14, comprimés effervescents, (laboratoires GLAXO-SMITHKLINE)	85 %
3434087	AZANTAC 75 MG (CHLORHYDRATE DE RANITIDINE), 1 boîte de 14, comprimés pelliculés, (laboratoires GLAXO-SMITHKLINE)	85 %
3434130	AZANTAC 75 MG (CHLORHYDRATE DE RANITIDINE), 1 boîte de 28, comprimés effervescents, (laboratoires GLAXO-SMITHKLINE)	85 %
3820063	BASEAL 5 MG/G (DIGLUCONATE DE CHLORHEXIDINE), 1 tube de 30 g, gel, (laboratoires PIERRE FABRE DERMATOLOGIE)	85 %
3836957	BASEAL 5 MG/ML (DIGLUCONATE DE CHLORHEXIDINE), 1 flacon de 125 ml, solution pour application cutanée, (laboratoires PIERRE FABRE DERMATOLOGIE)	85 %
3604307	BIORGASEPT 0,5 P. 100 (DIGLUCONATE DE CHLORHEXIDINE), 1 flacon de 250 ml, solution pour application cutanée, (laboratoires BAILLEUL-BIORGA)	85 %
3528210	BUFLOMEDIL ACTAVIS 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés, (laboratoires ACTAVIS CENTRE D'AFFAIRES)	85 %
3574279	BUFLOMEDIL ARROW 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3515377	BUFLOMEDIL BIOGARAN 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3526949	BUFLOMEDIL CRISTERS 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés, (laboratoires CRISTERS)	85 %
3600048	BUFLOMEDIL EG 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3526984	BUFLOMEDIL G GAM 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3313343	BUFLOMEDIL L. LAFON 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires CEPHALON FRANCE)	85 %
3430847	BUFLOMEDIL MYLAN 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3633102	BUFLOMEDIL QUALIMED 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3671166	BUFLOMEDIL RATIOPHARM 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3540493	BUFLOMEDIL RPG 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3659745	BUFLOMEDIL SANDOZ 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3626763	BUFLOMEDIL TEVA 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3674354	BUFLOMEDIL WINTHROP 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3528428	BUFLOMEDIL ZYDUS 150 MG, 1 boîte de 20, comprimés, (laboratoires ZYDUS FRANCE)	85 %
3644169	CADENS 100 UI/1 ML Gé (CALCITONINE SYNTHETIQUE DE SAUMON), 1 boîte de 5, 1 ml en ampoule, solution injectable, (laboratoires ZAMBON France)	85 %
3429755	CADENS 50 UI/1 ML Gé (CALCITONINE DE SAUMON), Gé, 1 boîte de 5, 1 ml en ampoule, solution injectable, (laboratoires ZAMBON FRANCE)	85 %
3016467	CADITAR 35 G/100 G, 1 flacon de 250 ml, solution pour application cutanée a diluer, (laboratoires TRADIPHAR)	85 %
3476447	CALCITONINE PHARMY II 100 UI/1 ML, 1 boîte de 5, solution injectable, 1 ml en ampoule, (laboratoires PHARMY II)	85 %
3476430	CALCITONINE PHARMY II 50 UI/1 ML, 1 boîte de 5, solution injectable, 1 ml en ampoule, (laboratoires PHARMY II)	85 %
3681779	CALCITONINE SANDOZ 50 UI/1 ML, 1 boîte de 5, 1 ml en ampoule, solution injectable, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3406582	CALSYN 100 UI/1 ML (CALCITONINE DE SAUMON SYNTHETIQUE), 1 boîte de 1, ampoule de 1 ml, solution injectable, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3406576	CALSYN 50 UI/0,5 ML (CALCITONINE DE SAUMON SYNTHETIQUE), 1 boîte de 1, ampoule de 0,5 ml, solution injectable, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3271739	CAPERGYL 4,5 MG (METHANE SULFONATE DE DIHYDROERGOTOXINE), 30 Capsules molles, dose quotidienne unique, (laboratoires BAILLEUL-BIORGA)	85 %
3018992	CARLYTENE 30 MG (MOXISYLYTE), 32 comprimés enrobes, (laboratoires MEDA PHARMA)	85 %
3380813	CELANCE 0,05 MG (MESILATE DE PERGOLIDE), 1 boîte de 30, comprimés sécables, (laboratoires LILLY FRANCE SAS)	85 %
3380842	CELANCE 0,25 MG (MESILATE DE PERGOLIDE), 1 boîte de 30, comprimés sécables, (laboratoires LILLY FRANCE SAS)	85 %
3380865	CELANCE 1 MG (MESILATE DE PERGOLIDE), 1 boîte de 30, comprimés sécables, (laboratoires LILLY FRANCE SAS)	85 %
3308514	CERVOXAN 60 MG (VINBURNINE), 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires ALMIRALL SAS)	85 %
3423965	CHLORHYDRATE DE MEBEVERINE MYLAN 200 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3359173	CHONDROSULF 400 MG (CHONDROITINE SULFATE SODIQUE), 1 boîte de 84, gélules, (laboratoires GENEVRIER)	85 %
3359150	CHONDROSULF 400 MG (CHONDROITINE SULFATE SODIQUE), 1 boîte de 84, granules pour solution buvable en sachets, (laboratoires GENEVRIER)	85 %
3589111	CIBACALCINE 0,25 MG (CALCITONINE), 1 boîte de 5, poudre et solvant pour solution injectable, poudre en flacon + 1 ml de solvant en ampoule, (laboratoires NOVARTIS PHARMA SAS)	85 %
3589128	CIBACALCINE 0,50 MG (CALCITONINE), 1 boîte de 5, poudre et solvant pour solution injectable, poudre en flacon + 1 ml de solvant en ampoule, (laboratoires NOVARTIS PHARMA SAS)	85 %
3397067	CIMETIDINE MYLAN 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3397133	CIMETIDINE MYLAN 400 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3416474	CIMETIDINE MYLAN 800 MG, 1 boîte de 15, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3406300	CIMETIDINE RPG 400 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3406317	CIMETIDINE RPG 800 MG, 1 boîte de 15, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %

3594170	CIMETIDINE TEVA 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3484702	CIMETIDINE TEVA 400 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3618002	CIMETIDINE TEVA 800 MG, 1 boîte de 15, comprimés effervescents, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3322945	COLOPRIV 100 MG (CHLORHYDRATE DE MEBEVERINE), Gé, 1 boîte de 30, capsules, (laboratoires EXPANSCIENCE)	85 %
3423741	COLOPRIV 200 MG (CHLORHYDRATE DE MEBEVERINE), Gé, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires EXPANSCIENCE)	85 %
3423758	COLOPRIV 200 MG (CHLORHYDRATE DE MEBEVERINE), Gé, 1 boîte de 60, Gélules, (laboratoires EXPANSCIENCE)	85 %
3025058	COLTRAMYL 4 MG (THIOLCHOLCHICOSIDE), 1 boîte de 12, comprimés, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3281152	CONTRACIDE (HYDROXYDE D'ALUMINIUM, TRISILICATE DE MAGNESIUM, DIMETICONE), 1 flacon de 250 ml, suspension buvable, (laboratoires NORGINE PHARMA)	85 %
3221397	CORTISAL (PREDNISOLONE, MONOSALICYLATE DE PROPYLENE GLYCOL), 1 tube de 30 g, crème, (laboratoires DEXO SA)	85 %
3204654	CYTEAL (CHLORHEXIDINE, HEXAMIDINE, CHLOROCRESOL), 1 flacon de 250 ml, solution moussante, (laboratoires PIERRE FABRE DERMATOLOGIE)	85 %
3287864	CYTOTEC 200 MICROGRAMMES (MISOPROSTOL), 60 comprimés sécables, (laboratoires PFIZER)	85 %
3390473	DEBRICALM 100 MG Gé (MALEATE DE TRIMEBUTINE), Gé, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires PFIZER)	85 %
3359569	DEBRIDAT (TRIMEBUTINE), 1 boîte de 30, granules pour suspension buvable en sachets, (laboratoires PFIZER)	85 %
3028252	DEBRIDAT (TRIMEBUTINE), 1 flacon de 152,5 g, granules pour suspension buvable, (laboratoires PFIZER)	85 %
3390467	DEBRIDAT 100 MG (MALEATE DE TRIMEBUTINE), 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires PFIZER)	85 %
3028246	DEBRIDAT 100 MG (MALEATE DE TRIMEBUTINE), 1 boîte de 10, suppositoires, (laboratoires PFIZER)	85 %
3591941	DEBRIDAT 200 MG (MALEATE DE TRIMEBUTINE), 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires PFIZER)	85 %
3410483	DEBRIDAT ENFANT ET NOURRISSON 4,8 MG/ML (TRIMEBUTINE), 1 flacon (76,25 g) avec mesurette graduée, granules pour suspension buvable, (laboratoires PFIZER)	85 %
3535606	DERINOX (PREDNISOLONE, NITRATE DE NAPHAZOLINE), 1 flacon de 15 ml avec pompe doseuse, solution pour pulvérisation nasale, (laboratoires THERABEL LUCIEN PHARMA)	85 %
3484079	DERMOBACTER (CHLORURE DE BENZALKONIUM, DIGLUCONATE DE CHLORHEXIDINE), 1 flacon de 125 ml, solution pour application cutanée, (laboratoires INNOTECH INTERNATIONAL)	85 %
3484085	DERMOBACTER (CHLORURE DE BENZALKONIUM, DIGLUCONATE DE CHLORHEXIDINE), 1 flacon de 300 ml, solution pour application cutanée, (laboratoires INNOTECH INTERNATIONAL)	85 %
3209686	DETURGYLONE (PHOSPHATE DISODIQUE DE PREDNISOLONE, CHLORHYDRATE D'OXYMETAZOLINE), 1 flacon de poudre + 10 ml de solvant en flacon pulvérisateur, poudre et solvant pour solution pour pulvérisation nasale, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3404459	DEXERYL (GLYCEROL, VASELINE, PARAFFINE), 1 tube de 250 g, crème, (laboratoires PIERRE FABRE MEDICAMENT)	85 %
3030220	DEXTRARINE PHENYLBUTAZONE, 1 tube de 60 g, pommade, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3865999	DIACEREINE BIOGARAN 50 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3711670	DIACETANE 200 MG Gé (HYDROGÉNOOXALATE DE NAFTIDROFURYL), Gé, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires MENARINI PHARMACEUTICA INTERNAZIONALE SRL)	85 %
3711701	DIACETANE 200 MG Gé (HYDROGÉNOOXALATE DE NAFTIDROFURYL), Gé, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires MENARINI PHARMACEUTICA INTERNAZIONALE SRL)	85 %
3691849	DIASEPTYL 0,5 P. 100 (DIGLUCONATE DE CHLORHEXIDINE), 1 flacon pulvérisateur de 125 ml, solution pour application cutanée, (laboratoires DUCRAY)	85 %
3387620	DICETEL 100 MG (BROMURE DE PINAVERIUM), 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires SOLVAY PHARMA)	85 %
3272383	DICETEL 50 MG (BROMURE DE PINAVERIUM), 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires SOLVAY PHARMA)	85 %
3450985	DIDRONEL 200 MG (ETIDRONATE DISODIQUE), 1 boîte de 60, comprimés sous plaquettes thermoformées, (laboratoires PROCTER & GAMBLE PHARMACEUTICAL FRANCE)	85 %
3031923	DIMEGAN 0,04 P. 100 (MALEATE DE BROMPHENIRAMINE), 1 flacon de 125 ml + cuillère-mesure, sirop, (laboratoires DEXO SAS)	85 %
3031900	DIMEGAN 12 MG (MALEATE DE BROMPHENIRAMINE), 1 boîte de 10, gélules, (laboratoires DEXO SAS)	85 %
3239919	DIPROSALIC (BETAMETHASONE, ACIDE SALICYLIQUE), 1 flacon de 30 g, lotion, (laboratoires SCHERING-PLOUGH)	85 %
3230924	DIPROSALIC (BETAMETHASONE, ACIDE SALICYLIQUE), 1 tube de 30 g, pommade, (laboratoires SCHERING-PLOUGH)	85 %
3217591	DIPROSALIC POMMADE, 1 tube de 15 g, pommade, (laboratoires SCHERING-PLOUGH)	85 %
3239902	DIPROSALIC, 1 flacon de 15 g, lotion, (laboratoires SCHERING-PLOUGH)	85 %
3597464	DOSISEPTINE 0,05 P. 100 (GLUCONATE DE CHLORHEXIDINE), 1 boîte de 20, 5 ml en récipient unidose, solution pour application cutanée, (laboratoires GIFRER BARBEZAT)	85 %
3355264	DOSISEPTINE 0,05 P. 100 (GLUCONATE DE CHLORHEXIDINE), 1 boîte de 8, 5 ml en récipient unidose, solution pour application cutanée, (laboratoires GIFRER BARBEZAT)	85 %
3142545	DUSPATALIN 100 MG (CHLORHYDRATE DE MEBEVERINE), 30 comprimés enrobés, (laboratoires SOLVAY PHARMA)	85 %
3494273	DUSPATALIN 200 MG (CHLORHYDRATE DE MEBEVERINE), 1 boîte de 30, gélules sous plaquettes thermoformées (PVC/aluminium), (laboratoires SOLVAY PHARMA)	85 %
3527989	DYNEXAN 2 P. 100 (CHLORHYDRATE DE LIDOCAINE), 1 tube de 10 g, pâte gingivale, (laboratoires KREUSSLER PHARMA)	85 %
3034844	EDUCTYL ADULTE (TARTRATE ACIDE DE POTASSIUM, BICARBONATE DE SODIUM), 1 boîte de 12, suppositoires effervescents, (laboratoires TECHNI-PHARMA)	85 %
3034867	EDUCTYL ENFANT (TARTRATE ACIDE DE POTASSIUM, BICARBONATE DE SODIUM), 1 boîte de 12, suppositoires effervescents, (laboratoires TECHNI-PHARMA)	85 %

3860938	EQUANIL 250 MG (MEPROBAMATE), 1 boîte de 20, comprimés enrobés, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3860944	EQUANIL 400 MG (MEPROBAMATE), 1 boîte de 10, comprimés enrobés sécables, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3036895	EQUANIL 400 MG/5 ML (MEPROBAMATE), 1 boîte de 10, 5 ml en ampoule, solution injectable IM, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3360816	ERYACNE 4 P. 100 (ERYTHROMYCINE), 1 flacon stilligoutte de 100 ml, solution pour application locale, (laboratoires GALDERMA)	85 %
3360791	ERYACNE 4 P. 100 (ERYTHROMYCINE), 1 flacon stilligoutte de 30 ml, solution pour application locale, (laboratoires GALDERMA)	85 %
3267100	ERYFLUID (ERYTHROMYCINE), 1 flacon de 100 ml, lotion, (laboratoires PIERRE FABRE DERMATOLOGIE)	85 %
3284021	ERYFLUID (ERYTHROMYCINE), 1 flacon de 30 ml, lotion, (laboratoires PIERRE FABRE DERMATOLOGIE)	85 %
3267092	ERYTHROGEL 4 P. 100 (ERYTHROMYCINE), 1 tube de 30 g, gel pour application locale, (laboratoires BAILLEUL-BIORGA)	85 %
3311410	ERYTHROMYCINE BAILLEUL 4 P. 100, 1 flacon de 100 ml, solution pour application cutanée, (laboratoires BAILLEUL-BIORGA)	85 %
3602082	ETIDRONATE MYLAN 200 MG, 1 boîte de 60, comprimés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3364777	EURONAC 5 P. 100 (N-ACETYLCYSTEINE), 1 flacon de 5 ml, collyre, (laboratoires DOLIAGE)	85 %
3748377	EUTHYRAL (LEVOTHYROXINE SODIQUE, LIOTHYRONINE SODIQUE), 1 boîte de 50, comprimés sécables sous plaquettes thermoformées, (laboratoires MERCK SERONO France)	85 %
3551025	FAMOTIDINE EG 20 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRICS)	85 %
3597866	FAMOTIDINE EG 40 MG, 1 boîte de 15, comprimés pelliculés, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRICS)	85 %
3631847	FAMOTIDINE G GAM 20 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3631853	FAMOTIDINE G GAM 40 MG, 1 boîte de 15, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3627030	FAMOTIDINE MYLAN 20 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3627053	FAMOTIDINE MYLAN 40 MG, 1 boîte de 15, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3263823	FELDENE 20 MG (PIROXICAM), 15 suppositoires, (laboratoires PFIZER)	85 %
3286095	FELDENE 20 MG/1 ML (PIROXICAM), 1 boîte de 1, 1 ml en ampoule, solution injectable (IM), (laboratoires PFIZER)	85 %
3286103	FELDENE 20 MG/1 ML (PIROXICAM), 1 boîte de 2, 1 ml en ampoule, solution injectable (IM), (laboratoires PFIZER)	85 %
3309488	FONGAMIL 1 P. 100, 1 flacon pressurisé de 30 g, solution pour application locale, (laboratoires BAILLEUL-BIORGA)	85 %
3717951	FONLIPOL 400 MG (TIADENOL), 1 boîte de 360, comprimés, (laboratoires SERP)	85 %
3132021	FONLIPOL 400 MG (TIADENOL), 1 boîte de 50, comprimés, (laboratoires SERP)	85 %
3465952	FONZYLANE 150 MG (CHLORHYDRATE DE BUFLOMEDIL), 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires CEPHALON FRANCE)	85 %
3220185	GABACET (PIRACETAM), 20 ampoules, solute buvable, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3225716	GABACET 400 MG (PIRACETAM), 60 gélules, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3042855	GASTROPULGITE, 1 boîte de 30, poudre pour suspension buvable en sachets-dose, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3042861	GASTROPULGITE, 1 boîte de 60, poudre pour suspension buvable en sachets-dose, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3309525	GAVICON (ALGINATE DE SODIUM, BICARBONATE DE SODIUM), 1 boîte de 24, 10 ml en sachet-dose, suspension buvable, (laboratoires RECKITT BENCKISER HEALTHCARE FRANCE)	85 %
3228502	GAVICON (ALGINATE DE SODIUM, BICARBONATE DE SODIUM), 1 flacon de 250 ml, suspension buvable, (laboratoires RECKITT BENCKISER HEALTHCARE FRANCE)	85 %
3679096	GAVICON MENTHE (ALGINATE DE SODIUM, BICARBONATE DE SODIUM, CARBONATE DE CALCIUM), 1 boîte de 20, comprimés à croquer, (laboratoires RECKITT BENCKISER HEALTHCARE FRANCE)	85 %
3244027	GELOX, 1 boîte de 30, suspension buvable en sachets, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3364783	GENAC 5 P. 100 (N-ACETYLCYSTEINE), 1 flacon de 5 ml avec compte-gouttes, collyre, (laboratoires GENEVRIER)	85 %
3257610	GEVATLAN 200 MG (OXALATE DE NAFTIDROFURYL), 20 gélules, (laboratoires MERCK SERONO France)	85 %
3284570	GINKOGINK 40 MG/ML (GINKGO BILOBA), 1 flacon de 30 ml, solution buvable, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3284593	GINKOGINK 40 MG/ML (GINKGO BILOBA), 1 flacon pressurisé de 90 ml avec valve doseuse, solution buvable, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3047657	HELICIDINE 10 P 100, 1 flacon de 125 ml, sirop (Laboratoires THERABEL LUCIEN PHARMA)	85 %
3403164	HELICIDINE 10 P. 100, 1 flacon de 250 ml, sirop (Laboratoires THERABEL LUCIEN PHARMA)	85 %
3274778	HEXABRIX 200 (IOXAGLATE DE MEGGLUMINE, IOXAGLATE DE SODIUM), 1 flacon de 50 ml, solution injectable, (laboratoires GUERBET)	85 %
3274784	HEXABRIX 200, 1 flacon de 100 ml, solution injectable, (laboratoires GUERBET)	85 %
3846217	HEXAMIDINE MYLAN 1 P. 1000, 1 flacon de 250 ml, solution pour application locale, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3846200	HEXAMIDINE MYLAN 1 P. 1000, 1 flacon de 45 ml, solution pour application locale, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3846192	HEXAMIDINE RATIOPHARM 1 POUR MILLE, 1 flacon de 250 ml, solution pour application locale, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3846186	HEXAMIDINE RATIOPHARM 1 POUR MILLE, 1 flacon de 45 ml, solution pour application locale, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3049449	HEXAPNEUMINE ADULTE (PHOLCODINE, CINEOLE, BICLOTYMOL), 1 boîte de 6, Suppositoires, (laboratoires BOUCHARA RECORDATI SAS)	85 %
3049455	HEXAPNEUMINE ENFANT (PHOLCODINE, CINEOLE, BICLOTYMOL), 1 boîte de 6, suppositoires, (laboratoires BOUCHARA RECORDATI SAS)	85 %

3049478	HEXAQUINE (BENZOATE DE QUININE, CHLORHYDRATE DE THIAMINE), 1 boîte de 18, comprimés enrobés, (laboratoires GOMENOL)	85 %
3049484	HEXAQUINE ADULTE (BENZOATE DE QUININE, CHLORHYDRATE DE THIAMINE), 1 boîte de 6, suppositoires, (laboratoires GOMENOL)	85 %
3356217	HEXOMEDINE 0,1 P. 100 (DISETIONATE D'HEXAMIDINE), 1 tube de 30 g, gel pour application locale, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3049538	HEXOMEDINE 1 P. 1000 (DI-SETIONATE D'HEXAMIDINE), 1 flacon de 250 ml, solution pour application locale, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3049544	HEXOMEDINE 1 P. 1000 (DI-SETIONATE D'HEXAMIDINE), 1 flacon de 45 ml, solution pour application locale, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3501300	HEXOMEDINE 1 POUR MILLE (DISETIONATE D'HEXAMIDINE), 1 flacon de 75 ml pressurisé, solution pour pulvérisation cutanée, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3049567	HEXOMEDINE TRANSCUTANÉE 1,5 P. 1000 (DI-SETIONATE D'HEXAMIDINE), 1 flacon de 45 ml, solution pour application locale, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3051222	HYDERGINE 1 MG/ML (MESILATE DE DIHYDROERGOTOXINE), 1 flacon de 50 ml avec mesurette graduée, solution buvable en gouttes, (laboratoires SIGMA-TAU FRANCE)	85 %
3252802	HYDERGINE 4,5 MG DOSE QUOTIDIENNE UNIQUE (MESILATE DE DIHYDROERGOTOXINE), 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires SIGMA-TAU FRANCE)	85 %
3188033	IDARAC 200 MG (FLOCTAFENINE), 1 boîte de 20, comprimés, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3275708	INTERCRON (CROMOGLYCATÉ DE SODIUM), Gé, 1 boîte de 30, solution buvable en ampoule de 5 ml, (laboratoires ZAMBON FRANCE SA)	85 %
3221836	ISKEDYL (DIHYDROERGOCRISTINE MESILATE, RAUBASINE), 100 comprimés, (laboratoires PIERRE FABRE MEDICAMENT)	85 %
3335238	ISKEDYL (RAUBASINE, METHANESULFONATE DE DIHYDROERGOCRISTINE), 1 flacon de 70 ml avec mesurette graduée, solution buvable, (laboratoires PIERRE FABRE MEDICAMENT)	85 %
3054255	ISKEDYL (RAUBASINE, METHANESULFONATE DE DIHYDROERGOCRISTINE), 30 ml en flacon avec mesurette graduée, solution buvable, (laboratoires PIERRE FABRE MEDICAMENT)	85 %
3412370	ISKEDYL FORT (RAUBASINE, MESILATE DE DIHYDROERGOCRISTINE), 1 boîte de 28, comprimés, (laboratoires PIERRE FABRE MEDICAMENT)	85 %
3412387	ISKEDYL FORT (RAUBASINE, MESILATE DE DIHYDROERGOCRISTINE), 1 boîte de 56, comprimés, (laboratoires PIERRE FABRE MEDICAMENT)	85 %
3222741	ISOPRINOSINE (INOSINE ACEDOBENE DIMEPRANOL), 40 comprimés, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3222735	ISOPRINOSINE (INOSINE, ACEDOBENE, DIMEPRANOL), 16 comprimés, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3357197	ISUDRINE (PHOSPHATE D'ALUMINIUM, OXYDE DE MAGNESIUM), 1 boîte de 12, suspension buvable en sachets, (laboratoires BOEHRINGER INGELHEIM FRANCE)	85 %
3288450	KEAL 1 G (SUCRALFATE), Gé, 1 boîte de 30, comprimés sécables, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3339756	KEAL 1 G (SUCRALFATE), Gé, 1 boîte de 30, suspension buvable en sachets de 5 ml, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3339762	KEAL 2 G (SUCRALFATE), 1 boîte de 15, sachets de 10 ml, suspension buvable, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3831061	KETOPROFENE ARROW 2,5 P. 100, 1 tube de 60 g, Gel, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3530201	KETOPROFENE BIOGARAN 2,5 P. 100, 1 tube de 60 g, Gel, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3381770	KETOPROFENE MYLAN PHARMA 2,5 P. 100, 1 tube de 60 g, Gel, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3616718	KETOPROFENE RATIOPHARM 2,5 P 100, 1 tube de 60 g, Gel, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3310959	KETOPROFENE RPG 2,5 P. 100, 1 tube de 60 g, Gel, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3611164	KETOPROFENE TEVA 2,5 P. 100, 1 tube de 60 g, Gel, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3674590	KETOPROFENE WINTHROP 2,5 P. 100, 1 boîte de 1, 60 g en tube, gel, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3355904	KETOPROFENE ZYDUS 2,5 P. 100, 1 tube de 60 g, Gel, (laboratoires ZYDUS FRANCE)	85 %
3517301	LAMALINE (PARACETAMOL, EXTRAIT SEC D'OPIUM, CAFEINE), 1 boîte de 10, suppositoires, (laboratoires SOLVAY PHARMA)	85 %
3515495	LAMALINE (PARACETAMOL, POUDRE D'OPIUM, CAFEINE), 1 boîte de 16, gélules, (laboratoires SOLVAY PHARMA)	85 %
3465975	LOFTYL 150 MG (CHLORHYDRATE DE BUFLOMEDIL), Gé, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires ABBOTT France)	85 %
3375373	LOMUSOL 4 P. 100 (CROMOGLYCATÉ DE SODIUM), 1 flacon pulvérisateur de 15 ml avec valve doseuse, solution pour pulvérisation nasale, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3062935	LUBENTYL (PARAFFINE), 1 pot de 250 g, gelee orale, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3063219	LUMIRELAX 500 MG (METHOCARBAMOL), 1 boîte de 20, comprimés, (laboratoires JUVISE PHARMACEUTICALS)	85 %
3522130	MEBEVERINE BIOGARAN 100 MG, 1 boîte de 30, capsules molles, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3522147	MEBEVERINE BIOGARAN 200 MG, 1 boîte de 30, Gélules, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3522153	MEBEVERINE BIOGARAN 200 MG, 1 boîte de 60, gélules, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3590580	MEBEVERINE EG 100 MG, 1 boîte de 30, capsules molles, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3590545	MEBEVERINE EG 200 MG, 1 boîte de 30, Gélules, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3576806	MEBEVERINE QUALIMED 200 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3611187	MEBEVERINE TEVA 100 MG, 1 boîte de 30, capsules molles, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %

3616084	MEBEVERINE TEVA 200 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3616090	MEBEVERINE TEVA 200 MG, 1 boîte de 60, gélules, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3562448	MEBEVERINE ZYDUS 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés sécables, (laboratoires ZYDUS FRANCE)	85 %
3380919	MEGAVIX 50 MG Gé (TETRAZEPAM), Gé, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3840108	MEPROBAMATE 200 MG RICHARD, 20 comprimés, (laboratoires RICHARD)	85 %
3065856	MEPRONIZINE (MEPROBAMATE, MALEATE D'ACIDE D'ACEPROMETAZINE), 1 boîte de 30, comprimés enrobés sécables, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3066933	METEOXANE (SIMETHICONE, PHLOROGLUCINOL HYDRATE), 60 gélules, (laboratoires IPRAD)	85 %
3302032	MIACALCIC 50 UI/1 ML (CALCITONINE DE SAUMON), 1 boîte de 5, solution injectable en Ampoule de 1 ml, (laboratoires NOVARTIS PHARMA SAS)	85 %
3222178	MIACALCIC 80 UI/0,8 ML (CALCITONINE DE SAUMON), 1 boîte de 6, solution injectable en Ampoule de 1 ml, (laboratoires NOVARTIS PHARMA SA (SOCIETE))	85 %
3339874	MIOREL 4 MG Gé (THIOLCHICOSIDE), Gé, 1 boîte de 12, gélules, (laboratoires DAIICHI SANKYO FRANCE SAS)	85 %
3339880	MIOREL 4 MG Gé (THIOLCHICOSIDE), Gé, 1 boîte de 24, gélules, (laboratoires DAIICHI SANKYO FRANCE SAS)	85 %
3311143	MOXYDAR (HYDROXYDE D'ALUMINIUM ET DE MAGNESIUM, PHOSPHATE D'ALUMINIUM, GOMME GUAR), 1 boîte de 30, comprimés pour suspension buvable, (laboratoires GRIMBERG)	85 %
3490418	MOXYDAR, 1 boîte de 30, suspension buvable, 20 ml en sachet-dose, (laboratoires GRIMBERG)	85 %
3802639	MUCOMYSTENDO 1 G/5 ML (ACETYLCYSTEINE), 1 boîte de 6, 5 ml en ampoule, solution pour instillation endotracheobronchique, (laboratoires BRISTOL-MYERS SQUIBB)	85 %
3069535	MYOLASTAN 50 MG (TETRAZEPAM), 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3439268	MYOPLEGÉ 4 MG Gé (THIOLCHICOSIDE), Gé, 1 boîte de 12, gélules, (laboratoires GÉNEVRIER)	85 %
3597381	MYOPLEGÉ 4 MG Gé (THIOLCHICOSIDE), Gé, 1 boîte de 24, gélules, (laboratoires GÉNEVRIER)	85 %
3069825	MYSOLINE 250 MG (PRIMIDONE), 1 boîte de 50, comprimés sécables, (laboratoires SERB)	85 %
3711635	NAFTIDROFURYL ALTER 200 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires ALTER)	85 %
3711664	NAFTIDROFURYL ALTER 200 MG, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires ALTER)	85 %
3711753	NAFTIDROFURYL BIOGARAN 200 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3711799	NAFTIDROFURYL BIOGARAN 200 MG, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3666461	NAFTIDROFURYL EG 200 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRICS)	85 %
3666484	NAFTIDROFURYL EG 200 MG, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRICS)	85 %
3464421	NAFTIDROFURYL MYLAN 100 MG, 1 boîte de 20, gélules, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3464438	NAFTIDROFURYL MYLAN 200 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3474916	NAFTIDROFURYL MYLAN 200 MG, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3605838	NAFTIDROFURYL NOR 200 MG, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3605815	NAFTIDROFURYL NOR 200 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3603638	NAFTIDROFURYL QUALIMED 100 MG, 1 boîte de 20, gélules, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3603667	NAFTIDROFURYL QUALIMED 200 MG, 1 boîte de 20 comprimés pelliculés, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3613306	NAFTIDROFURYL QUALIMED 200 MG, 1, boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3711517	NAFTIDROFURYL RANBAXY 200 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3711552	NAFTIDROFURYL RANBAXY 200 MG, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3711807	NAFTIDROFURYL RATIOPHARM 200 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3711842	NAFTIDROFURYL RATIOPHARM 200 MG, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3647765	NAFTIDROFURYL TEVA 200 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3647788	NAFTIDROFURYL TEVA 200 MG, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3711718	NAFTIDROFURYL WINTHROP 200 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3711747	NAFTIDROFURYL WINTHROP 200 MG, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3257656	NAFTILUX 200 MG (NAFTIDROFURYL), 20 gélules, (laboratoires THERABEL LUCIEN PHARMA)	85 %
3252848	NALCRON (CROMOGLYCATÉ DE SODIUM), 30 ampoules, solution buvable, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3340759	NERISALIC (DIFLUCORTOLONE, ACIDE SALICYLIQUE), 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires BAYER SANTE)	85 %
3337326	NERISALIC (DIFLUCORTOLONE, ACIDE SALICYLIQUE), 1 tube de 30 g, crème, (laboratoires BAYER SANTE)	85 %
3072454	NIBIOL 100 MG (NITROXOLINE), 1 boîte de 50 comprimés enrobés, (laboratoires SOLVAY PHARMA)	85 %
3525281	NICERGOLINE BIOGARAN 10 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3525298	NICERGOLINE BIOGARAN 10 MG, 1 boîte de 90, gélules, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3525269	NICERGOLINE BIOGARAN 5 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3534340	NICERGOLINE EG 10 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRICS)	85 %
3534357	NICERGOLINE EG 10 MG, 1 boîte de 90, gélules, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRICS)	85 %
3538378	NICERGOLINE EG 5 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRICS)	85 %

3613766	NICERGOLINE MYLAN 10 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3613789	NICERGOLINE MYLAN 10 MG, 1 boîte de 90, gélules, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3613795	NICERGOLINE MYLAN 5 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3613861	NICERGOLINE QUALIMED 10 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3613884	NICERGOLINE QUALIMED 10 MG, 1 boîte de 90, gélules, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3613832	NICERGOLINE QUALIMED 5 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3852519	NICERGOLINE RANBAXY 10 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3852525	NICERGOLINE RANBAXY 10 MG, 1 boîte de 90, gélules, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3852502	NICERGOLINE RANBAXY 5 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3458171	NICERGOLINE RPG 10 MG, 1 boîte de 90, gélules, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3381066	NICERGOLINE RPG 10 MG, 30 gélules, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3373871	NICERGOLINE RPG 5 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3636187	NICERGOLINE TEVA 10 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3636193	NICERGOLINE TEVA 10 MG, 1 boîte de 90, gélules, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3744907	NICERGOLINE TEVA 5 MG, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3309264	NIZAXID 150 MG (NIZATIDINE), 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires NORGINE PHARMA)	85 %
3309270	NIZAXID 300 MG (NIZATIDINE), 1 boîte de 15, gélules, (laboratoires NORGINE PHARMA)	85 %
3256243	NIZORAL 200 MG (KETOCONAZOLE), 10 comprimés sécables, (laboratoires JANSSEN-CILAG SA)	85 %
3150728	NOCTRAN 10 (CHLORAZEPATE DIPOASSIQUE, ACEPROMAZINE MALEATE, ACEPROMETAZINE MALEATE), 30 comprimés enrobés, (laboratoires MENARINI PHARMACEUTICA INTERNAZIONALE SRL)	85 %
3314414	NOOTROPYL 1,2 G/6 ML (PIRACETAM), 30 ampoules, solution buvable, (laboratoires UCB PHARMA SA)	85 %
3209551	NOOTROPYL 20 P. 100 (PIRACETAM), 1 flacon de 125 ml, soluté buvable, (laboratoires UCB PHARMA)	85 %
3266371	NOOTROPYL 800 MG (PIRACETAM), 45 comprimés pelliculés, (laboratoires UCB PHARMA SA)	85 %
3626102	NORMACOL 62 G/100 G (GOMME DE STERCULIA), 1 boîte, (laboratoires NORGINE PHARMA)	85 %
3626094	NORMACOL 62 G/100 G (GOMME DE STERCULIA), 1 sac, (laboratoires NORGINE PHARMA)	85 %
3813778	OKIMUS (EXTRAIT SEC D'AUBEPINE, BENZOATE DE QUININE), 1 boîte de 40, comprimés enrobés, (laboratoires BIOCODEX)	85 %
3248769	OLMIFON (ADRAFINIL), 1 boîte de 40, comprimés pelliculés, (laboratoires CEPHALON FRANCE)	85 %
3279066	OTIPAX (PHENAZONE, CHLORHYDRATE DE LIDOCAINE), 1 flacon de 16 g + embout compte-gouttes, solution pour instillation auriculaire, (laboratoires BIOCODEX)	85 %
3228666	OTIPAX (PHENAZONE, CHLORHYDRATE DE LIDOCAINE), 1 flacon pressurisé de 16 g + embout auriculaire, solution pour pulvérisation auriculaire, (laboratoires BIOCODEX)	85 %
3076699	OTYLOL, 1 flacon de 12,50 g, gouttes, (laboratoires BRIDOUX)	85 %
3381936	PANOS 50 MG Gé (TETRAZEPAM), Gé, 1 boîte de 20, comprimés enrobés sécables, (laboratoires DAIICHI SANKYO FRANCE SAS)	85 %
3405594	PARAPSYLLIUM, 1 boîte de 10, poudre pour suspension buvable en sachet, (laboratoires IPRAD)	85 %
3491688	PARAPSYLLIUM, 1 boîte de 30, sachets, poudre pour suspension buvable, (laboratoires IPRAD)	85 %
3309502	PARAPSYLLIUM, 1 flacon de 100 g, poudre pour suspension buvable, (laboratoires IPRAD)	85 %
3288970	PAXELADINE 0,2 % (CITRATE D'OXELADINE), 1 flacon de 125 ml + cuillère-mesure de 5 ml, sirop, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3080169	PAXELADINE 40 MG (CITRATE D'OXELADINE), 1 boîte de 15, gélules à libération prolongée, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3348732	PENTOFLEX LP 400 MG (PENTOXIFYLLINE), Gé, 1 boîte de 30, comprimés enrobés à libération prolongée, (laboratoires BOUCHARA RECORDATI)	85 %
3512841	PENTOXIFYLLINE BIOGARAN LP 400 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés à libération prolongée, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3587922	PENTOXIFYLLINE EG LP 400 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés à libération prolongée, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3497679	PENTOXIFYLLINE MYLAN LP 400 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés à libération prolongée, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3573966	PENTOXIFYLLINE QUALIMED LP 400 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés à libération prolongée, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3582830	PENTOXIFYLLINE RATIOPHARM LP 400 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés à libération prolongée, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3570525	PENTOXIFYLLINE RPG LP 400 MG, 1 boîte de 30 comprimés enrobés à libération prolongée, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3679618	PENTOXIFYLLINE SANDOZ LP 400 MG, 1 boîte de 30, comprimés à libération prolongée, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3741381	PENTOXIFYLLINE SET LP 400 MG, 1 boîte de 30, comprimés à libération prolongée, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3664930	PENTOXIFYLLINE TEVA LP 400 MG, 1 boîte de 30 comprimés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3614429	PENTOXIFYLLINE TEVA SANTE LP 400 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés à libération prolongée, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3293273	PEPDINE 20 MG (FAMOTIDINE), 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires MERCK SHARP & DOHME-CHIBRET)	85 %
3293327	PEPDINE 40 MG (FAMOTIDINE), 1 boîte de 15, comprimés pelliculés, (laboratoires MERCK SHARP & DOHME-CHIBRET)	85 %

3588867	PERCUTALGINE (ACETATE DE DEXAMETHASONE, SALICYLAMIDE, SALICYLATE D'HYDROXYETHYLE), 1 tube de 60 g, gel, (laboratoires BESINS INTERNATIONAL)	85 %
3337585	PERCUTALGINE SPRAY (DEXAMETHASONE, SALICYLATE DE GLYCOL, SALICYLAMIDE), 1 flacon pressurise de 40 ml avec valve doseuse, solution pour voie percutanée, (laboratoires BESINS INTERNATIONAL)	85 %
3117783	PERCUTALGINE(ACETATE DE DEXAMETHASONE, SALICYLAMIDE SALICYLATE D'HYDROXYETHYLE), 1 tube de 30 g, gel, (laboratoires BESINS INTERNATIONAL)	85 %
3081720	PERCUTALGINE(DEXAMETHASONE, SALICYLAMIDE, SALICYLATE D'HYDROXYETHYLE), 1 boîte de 10 ampoules de 2 ml, solution pour application cutanée, (laboratoires BESINS INTERNATIONAL)	85 %
3081996	PERNAZENE 0,05 P. 100 (CHLORHYDRATE D'OXYMETAZOLINE), 1 flacon de 12 ml, solution pour pulvérisation nasale, (laboratoires JOLLY-JATEL)	85 %
3620306	PETHIDINE RENAUDIN 100 MG/2 ML (5 P. 100), 1 boîte de 10, 2 ml en ampoule, solution injectable, (laboratoires RENAUDIN)	85 %
3082286	PHENERGAN 25 MG (CHLORHYDRATE DE PROMETHAZINE), 1 boîte de 20, comprimés enrobés, (laboratoires UCB PHARMA SA)	85 %
3246262	PHOSPHALUGEL (ALUMINIUM PHOSPHATE), 1 flacon de 250 g, suspension buvable, (laboratoires ASTELLAS PHARMA)	85 %
3219756	PHOSPHALUGEL (ALUMINIUM PHOSPHATE), 26 sachets-doses, suspension buvable, (laboratoires ASTELLAS PHARMA)	85 %
3320656	PHOSPHALUGEL (ALUMINIUM PHOSPHATE), 36 comprimés, (laboratoires ASTELLAS PHARMA)	85 %
3320662	PHOSPHALUGEL (ALUMINIUM PHOSPHATE), 90 comprimés, (laboratoires ASTELLAS PHARMA)	85 %
3296900	PHYSIOGINE 0,5 MG (ESTRIOL), 1 boîte de 15, ovules, (laboratoires SCHERING-PLOUGH)	85 %
3214954	PIASCLELINE 300, 1 boîte de 15, gélules, (laboratoires EXPANSCIENCE)	85 %
3795543	PINAVERIUM ALMUS 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires ALMUS FRANCE)	85 %
3705037	PINAVERIUM ARROW 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3689249	PINAVERIUM ARROW 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3760421	PINAVERIUM BIOGARAN 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés sous plaquettes thermoformées (PVC/PVDC/aluminium), (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3705623	PINAVERIUM BIOGARAN 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3387666	PINAVERIUM BIPHAR. 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires SOLVAY PHARMA)	85 %
3745255	PINAVERIUM EG 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3705600	PINAVERIUM MYLAN 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3705592	PINAVERIUM QUALIMED 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3705586	PINAVERIUM RANBAXY 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3705617	PINAVERIUM RATIOPHARM 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3710363	PINAVERIUM SANDOZ 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3757330	PINAVERIUM TEVA100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3750256	PINAVERIUM WINTHROP 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3577042	PIRACETAM ARROW 20 P. 100, 1 flacon de 125 ml avec seringue pour administration orale, solution buvable, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3596223	PIRACETAM ARROW 800 MG, 1 boîte de 45 comprimés pelliculés, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3497277	PIRACETAM BIOGARAN 400 MG, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3497320	PIRACETAM BIOGARAN 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3497194	PIRACETAM EG 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3766493	PIRACETAM GNR 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3621079	PIRACETAM IVAX 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3602544	PIRACETAM MYLAN 20 P. 100, 1 flacon de 125 ml avec seringue pour administration orale, solution buvable, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3595123	PIRACETAM MYLAN 400 MG, 1 boîte de 60, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3595146	PIRACETAM MYLAN 400 MG, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3595169	PIRACETAM MYLAN 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3602538	PIRACETAM QUALIMED 20 P. 100, 1 flacon de 125 ml avec seringue pour administration orale, solution buvable, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3595206	PIRACETAM QUALIMED 400 MG, 1 boîte de 60, comprimés pelliculés, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3595212	PIRACETAM QUALIMED 400 MG, 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3595235	PIRACETAM QUALIMED 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3617534	PIRACETAM RATIOPHARM 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3512692	PIRACETAM RPG 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés sécables sous plaquettes thermoformées (PVC/PVDC/aluminium), (laboratoires RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3512657	PIRACETAM RPG 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3680840	PIRACETAM SANDOZ 20 P. 100, 1 flacon de 125 ml avec pipette-doseuse, solution buvable, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3766814	PIRACETAM SANDOZ 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires SANDOZ)	85 %

3792102	PIRACETAM TEVA 20 P. 100, 1 flacon de 125 ml avec pipette, solution buvable, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3596737	PIRACETAM TEVA 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3541216	PIRACETAM ZYDUS 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés sécables en flacon, (laboratoires ZYDUS FRANCE)	85 %
3541570	PIRACETAM ZYDUS 800 MG, 1 boîte de 45, comprimés pelliculés sécables sous plaquettes thermoformées, (laboratoires ZYDUS FRANCE)	85 %
3473124	PIROXICAM MYLAN 20 MG, 1 boîte de 15, suppositoires, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3396754	PIROXICAM PFIZER 20 MG/1 ML, 1 boîte de 2, solution injectable (IM) en ampoule, (laboratoires PFIZER)	85 %
3611537	PIROXICAM TEVA 20 MG/1 ML, 1 boîte de 2, solution injectable (IM), 1 ml en ampoule bouteille de 2 ml, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3202939	PLUREXID 1,5 P. 100 (GLUCONATE DE CHLORHEXIDINE), 1 flacon de 250 ml, solution pour application cutanée, (laboratoires UCB PHARMA SA)	85 %
3506616	POLERY ENFANT (PHOLCODINE, EXTRAIT FLUIDE D'ERYSIMUM), 1 flacon de 125 ml avec seringue pour administration orale, sirop, (laboratoires PIERRE FABRE MEDICAMENT)	85 %
3328793	PRAXILENE 100 MG (OXALATE ACIDE DE NAFTIDROFURYL), 1 boîte de 20, gélules, (laboratoires MERCK SERONO France)	85 %
3242643	PRAXILENE 200 MG (OXALATE ACIDE DE NAFTIDROFURYL), 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires MERCK SERONO France)	85 %
3420553	PRAXILENE 200 MG (OXALATE ACIDE DE NAFTIDROFURYL), 90 comprimés pelliculés, (laboratoires MERCK SERONO France)	85 %
3140730	PROCTOLOG (TRIMEBUTINE, RUSCOGENINES), 1 boîte de 10, suppositoires, (laboratoires PFIZER)	85 %
3140724	PROCTOLOG (TRIMEBUTINE, RUSCOGENINES), 1 tube de 20 g avec canule, crème rectale, (laboratoires PFIZER)	85 %
3300085	PROFENID 2,5 P. 100 (KETOPROFENE), 1 tube de 60 g, gel pour application locale, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3088745	QUININE VITAMINE C GRAND, 1 boîte de 24, comprimés enrobés, (laboratoires GOMENOL)	85 %
3322879	RANIPLEX 150 MG (CHLORHYDRATE DE RANITIDINE), 1 boîte de 30, comprimés effervescents, (laboratoires SOLVAY PHARMA)	85 %
3436956	RANIPLEX 300 MG (CHLORHYDRATE DE RANITIDINE), 1 boîte de 14, comprimés effervescents, (laboratoires SOLVAY PHARMA)	85 %
3623492	RANITIDINE ARROW 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés effervescents en pilulier (polypropylène), (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3623463	RANITIDINE ARROW 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés effervescents, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3693268	RANITIDINE ARROW 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés effervescents, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3641314	RANITIDINE ARROW 75 MG, 1 boîte de 28, comprimés effervescents, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3502245	RANITIDINE BIOGALENIQUE 150 mg (ex ZOPLEX 150 mg), 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires FERRING SA)	85 %
3506651	RANITIDINE BIOGALENIQUE 300 mg (ex ZOPLEX 300 mg), 1 boîte de 15 comprimés pelliculés, (laboratoires RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3320863	RANITIDINE BIOGARAN 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés effervescents, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3496993	RANITIDINE BIOGARAN 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3424901	RANITIDINE BIOGARAN 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés effervescents, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3498584	RANITIDINE BIOGARAN 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés pelliculés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3623629	RANITIDINE DCI PHARMA 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés effervescents, (laboratoires DCI PHARMA)	85 %
3623776	RANITIDINE DCI PHARMA 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés effervescents, (laboratoires DCI PHARMA)	85 %
3800126	RANITIDINE DCI PHARMA 50 MG/2 ML, 1 boîte de 5, 2 ml en ampoule, solution injectable, (laboratoires DCI PHARMA)	85 %
3913540	RANITIDINE EG 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés effervescents, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3439297	RANITIDINE EG 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3913652	RANITIDINE EG 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés effervescents, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3520007	RANITIDINE EG 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés pelliculés, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3621398	RANITIDINE IVAX 150 MG, 1 boîte de 30 comprimés effervescents, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3604170	RANITIDINE IVAX 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3621487	RANITIDINE IVAX 300 MG, 1 boîte de 14 comprimés effervescents, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3604187	RANITIDINE IVAX 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés pelliculés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3447397	RANITIDINE MERCK 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3447434	RANITIDINE MERCK 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3609032	RANITIDINE MYLAN 150 MG, 1 boîte de 30 comprimés effervescents, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3466006	RANITIDINE MYLAN 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3603029	RANITIDINE MYLAN 300 MG, 1 boîte de 14 comprimés effervescents, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3474796	RANITIDINE MYLAN 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3540926	RANITIDINE MYLAN 75 MG, 1 boîte de 14 comprimés effervescents, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3540932	RANITIDINE MYLAN 75 MG, 1 boîte de 28 comprimés effervescents, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3537901	RANITIDINE QUALIMED 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés effervescents en pilulier (aluminium), (laboratoires QUALIMED)	85 %
3621895	RANITIDINE QUALIMED 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés effervescents, (laboratoires QUALIMED)	85 %

3689054	RANITIDINE QUALIMED 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés effervescents, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3641320	RANITIDINE QUALIMED 75 MG, 1 boîte de 14 comprimés effervescents, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3641337	RANITIDINE QUALIMED 75 MG, 1 boîte de 28 comprimés effervescents, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3780984	RANITIDINE RANBAXY 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3781009	RANITIDINE RANBAXY 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés pelliculés, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3609078	RANITIDINE RATIOPHARM 150 MG, 1 boîte de 30 comprimés effervescents, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3602946	RANITIDINE RATIOPHARM 300 MG, 1 boîte de 14 comprimés effervescents, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3320886	RANITIDINE RPG 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés effervescents, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3447291	RANITIDINE RPG 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3424841	RANITIDINE RPG 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés effervescents, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3447345	RANITIDINE RPG 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés pelliculés, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3766725	RANITIDINE SANDOZ 150 MG, 1 boîte de 30 comprimés effervescents, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3679699	RANITIDINE SANDOZ 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3766731	RANITIDINE SANDOZ 300 MG, 1 boîte de 14 comprimés effervescents, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3680774	RANITIDINE SANDOZ 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés pelliculés, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3489243	RANITIDINE SUBSTIPHARM 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires SUBSTIPHARM)	85 %
3489266	RANITIDINE SUBSTIPHARM 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés pelliculés, (laboratoires SUBSTIPHARM)	85 %
3602892	RANITIDINE TEVA 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés effervescents, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3611595	RANITIDINE TEVA 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3602900	RANITIDINE TEVA 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés effervescents, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3611603	RANITIDINE TEVA 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés pelliculés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3602863	RANITIDINE TEVA 75 MG, 1 boîte de 14, comprimés effervescents, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3602886	RANITIDINE TEVA 75 MG, 1 boîte de 28, comprimés effervescents, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3674816	RANITIDINE WINTHROP 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés enrobés, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3674822	RANITIDINE WINTHROP 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés enrobés, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3610012	RANITIDINE ZYDUS 150 MG, 1 boîte de 30, comprimés effervescents, (laboratoires ZYDUS FRANCE)	85 %
3610029	RANITIDINE ZYDUS 300 MG, 1 boîte de 14, comprimés effervescents, (laboratoires ZYDUS FRANCE)	85 %
3396004	RESPILENE ENFANT 3 MG/5 ML (PHOLCODINE), 1 flacon de 200 ml avec cuillère mesure de 5 ml, sirop, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3178721	RHEOBRAL (VINCAMINE, TROXERUTINE), 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires AELSLIFE)	85 %
3178738	RHEOBRAL (VINCAMINE, TROXERUTINE), 1 boîte de 60, gélules, (laboratoires AELSLIFE)	85 %
3275861	RHINAAXIA (ACIDE N-ACETYL ASPARTYL GLUTAMIQUE), 1 flacon de 13 ml, solution pour pulvérisations nasales, (laboratoires THEA)	85 %
3340848	RHINADVIL (IBUPROFENE, CHLORHYDRATE DE PSEUDOEPHEDRINE), 20 comprimés enrobés, (laboratoires WYETH SANTE FAMILIALE)	85 %
3402070	RHINAMIDE (CHLORHYDRATE D'EPHEDRINE, ACIDE BENZOIQUE), 1 flacon nebuliseur de 20 ml, solution pour pulvérisation nasale, (laboratoires BAILLY CREAT)	85 %
3263711	RHINOFLUIMUCIL, 1 flacon nebuliseur de 10 ml, solution pour pulvérisation nasale, (laboratoires ZAMBON FRANCE)	85 %
3091026	RHINOTROPHYL (TENOAATE D'ETHANOLAMINE), 1 flacon de 20 ml, solution pour pulvérisation nasale, (laboratoires JOLLY-JATEL)	85 %
3388565	RHINUREFLEX (IBUPROFENE, CHLORHYDRATE DE PSEUDOEPHEDRINE), 1 boîte de 20, comprimés pelliculés, (laboratoires RECKITT BENCKISER HEALTHCARE FRANCE)	85 %
3216723	ROGEL 1,2 G, 1 boîte de 24, suspension buvable en sachets-dose, (laboratoires DEBREGEAS ET ASSOCIES PHARMA-D&A PHARMA)	85 %
3292463	SEPTAL (DIGLUCONATE CHLORHEXIDINE), 1 flacon de 250 ml, solution pour application locale, (laboratoires PIERRE FABRE DERMATOLOGIE)	85 %
3641662	SEPTIVON 1,5 P. 100 (DIGLUCONATE DE CHLORHEXIDINE), 1 flacon de 250 ml, solution pour application cutanée, (laboratoires OMEGA PHARMA FRANCE)	85 %
3356387	SERMION 10 MG (NICERGOLINE), 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3372570	SERMION 10 MG (NICERGOLINE), 1 boîte de 90, gélules, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3373902	SERMION 5 MG (NICERGOLINE), 30 gélules sous plaquettes thermoformées, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3326216	SERMION LYOC 10 MG (NICERGOLINE), 1 boîte de 30, lyophilisats oraux, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3170642	SERMION LYOC 5 MG, 1 boîte de 30, lyophilisats oraux, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3282944	SIBELIUM 10 MG (DICHLORHYDRATE DE FLUNARIZINE), 1 boîte de 30, comprimés sécables, (laboratoires JANSSEN-CILAG)	85 %
3344378	SICAZINE 1 P. 100 (SULFADIAZINE ARGENTIQUE), 1 tube de 50 g, crème, (laboratoires SMITH & NEPHEW ESPACE NOVAXIS)	85 %
3098519	SPAGULAX AU CITRATE DE POTASSIUM, 1 boîte de 700 g, granules, (laboratoires ALMIRALL SAS)	85 %

3406458	SPAGULAX AU SORBITOL (ISPAGHULE SORBITOL), 1 boîte de 20, sachets-dose de granules, (laboratoires ALMIRALL SAS)	85 %
3570867	SPASMOPRIV 100 MG (CHLORHYDRATE DE MEBEVERINE), Gé, 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3334960	STIMYCINE 2,09 P. 100 (ERYTHROMYCINE), 1 flacon de 100 ml avec applicateur, solution pour application locale, (laboratoires STIEFEL)	85 %
3228577	STRESAM (CHLORHYDRATE D'ETIFOXINE), 1 boîte de 60, gélules, (laboratoires BIOCODIX)	85 %
3546432	STRUCTUM 500 MG (CHONDROITINE SULFATE SODIQUE), 1 boîte de 60 gélules, (laboratoires PIERRE FABRE MEDICAMENT)	85 %
3407334	SUCRALFATE RPG 1 G, 1 boîte de 30, comprimés sécables, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3407340	SUCRALFATE RPG 1 G, 1 boîte de 30, sachets de 5 ml, suspension buvable, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3559185	SUCRALFATE TEVA 1 G, 1 boîte de 30, 5 ml en sachet-dose, suspension buvable, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3559191	SUCRALFATE TEVA 1 G, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3333297	SUDAFED (PSEUDOEPHEDRINE CHLORHYDRATE), 1 flacon de 100 ml, sirop, (laboratoires GLAXOSMITHKLINE)	85 %
3333280	SUDAFED 60 MG (PSEUDOEPHEDRINE CHLORHYDRATE), 15 comprimés enrobés, (laboratoires GLAXOSMITHKLINE)	85 %
3101109	SULFARLEM 12,5 MG (ANETHOLTRITHIONE), 30 comprimés enrobés, (laboratoires EG LABO, EUROGENERICS)	85 %
3117820	SULFARLEM S 25 MG (ANETHOLTRITHIONE), 60 comprimés enrobés, (laboratoires EG LABO, EUROGENERICS)	85 %
3356559	TAGAMET 200 MG (CIMETIDINE), 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires AXCAN PHARMA SA)	85 %
3218596	TAGAMET 200MG/2ML SOL INJ 10/2 ML, 1 boîte de 10, 2 ml en ampoule, solute injectable IV, (laboratoires AXCAN PHARMA SA)	85 %
3257685	TAGAMET 400 MG (CIMETIDINE), 30 comprimés pelliculés, (laboratoires AXCAN PHARMA SA)	85 %
3279988	TAGAMET 800 MG (CIMETIDINE), 1 boîte de 15 comprimés pelliculés sécables, (laboratoires AXCAN PHARMA SA)	85 %
3319104	TAGAMET 800 MG (CIMETIDINE), 1 boîte de 15, comprimés effervescents sous films thermosoudés, (laboratoires AXCAN PHARMA SA)	85 %
3284529	TAGAMET 800 MG (CIMETIDINE), 15 comprimés effervescents, (laboratoires AXCAN PHARMA SA)	85 %
3299040	TANAKAN 40 MG (EXTRAIT DE GINKGO BILOBA), 1 boîte de 30, comprimés enrobés, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3299063	TANAKAN 40 MG (EXTRAIT DE GINKGO BILOBA), 1 boîte de 90, comprimés enrobés, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3163240	TANAKAN 40 MG/ML (EXTRAIT DE GINKGO BILOBA), 1 flacon de 30 ml avec mesurette graduée, solution buvable, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3302799	TANAKAN 40 MG/ML (EXTRAIT DE GINKGO BILOBA), 1 flacon de 90 ml avec mesurette graduée, solution buvable, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3454664	TASMAR 100 MG (TOLCAPONE), 1 boîte de 100, comprimés pelliculés, (laboratoires MEDA PHARMA)	85 %
3610650	TETRAZEPAM ALMUS 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires ALMUS FRANCE)	85 %
3573067	TETRAZEPAM ARROW 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3524873	TETRAZEPAM BIOGARAN 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3550362	TETRAZEPAM CRISTERS 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires CRISTERS)	85 %
3550379	TETRAZEPAM EG 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3550356	TETRAZEPAM G GAM 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3460179	TETRAZEPAM MYLAN 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3573038	TETRAZEPAM QUALIMED 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3533151	TETRAZEPAM RATIOPHARM 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés enrobés sécables, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3550385	TETRAZEPAM RPG 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3681986	TETRAZEPAM SANDOZ 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3614300	TETRAZEPAM TEVA 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3674874	TETRAZEPAM WINTHROP 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3533168	TETRAZEPAM ZYDUS 50 MG, 1 boîte de 20, comprimés enrobés sécables, (laboratoires ZYDUS FRANCE)	85 %
3105308	THERALENE 4 P. 100 (TARTRATE D'ALIMEMAZINE), 1 flacon de 30 ml + pipette-doseuse, solution buvable en gouttes, (laboratoires UCB PHARMA SA)	85 %
3105283	THERALENE 5 MG (TARTRATE D'ALIMEMAZINE), 1 boîte de 50, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires UCB PHARMA SA)	85 %
3616434	THIOLCHICOSIDE ACTAVIS 4 MG, 1 boîte de 12, comprimés, (laboratoires ACTAVIS CENTRE D'AFFAIRES)	85 %
3616440	THIOLCHICOSIDE ACTAVIS 4 MG, 1 boîte de 24, comprimés, (laboratoires ACTAVIS CENTRE D'AFFAIRES)	85 %
3616463	THIOLCHICOSIDE ALMUS 4 MG, 1 boîte de 12, comprimés sécables, (laboratoires ALMUS FRANCE)	85 %
3616486	THIOLCHICOSIDE ALMUS 4 MG, 1 boîte de 24, comprimés sécables, (laboratoires ALMUS FRANCE)	85 %
3815116	THIOLCHICOSIDE ALTER 4 MG, 1 boîte de 12 comprimés sécables, (laboratoires ALTER)	85 %
3815122	THIOLCHICOSIDE ALTER 4 MG, 1 boîte de 24, comprimés, (laboratoires ALTER)	85 %
3597197	THIOLCHICOSIDE ARROW 4 MG, 1 boîte de 12 comprimés, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3597205	THIOLCHICOSIDE ARROW 4 MG, 1 boîte de 24, comprimés, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3597091	THIOLCHICOSIDE BIOGARAN 4 MG, 1 boîte de 12 comprimés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %

3597116	THIOLCHICOSIDE BIOGARAN 4 MG, 1 boîte de 24 comprimés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3613973	THIOLCHICOSIDE CRISTERS 4 MG, 1 boîte de 12, comprimés, (laboratoires CRISTERS)	85 %
3613996	THIOLCHICOSIDE CRISTERS 4 MG, 1 boîte de 24, comprimés, (laboratoires CRISTERS)	85 %
3602567	THIOLCHICOSIDE EG 4 MG, 1 boîte de 12, comprimés sécables, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3617161	THIOLCHICOSIDE EG 4 MG, 1 boîte de 24 comprimés sécables, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3560610	THIOLCHICOSIDE MYLAN 4 MG, 1 boîte de 12 comprimés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3588264	THIOLCHICOSIDE MYLAN 4 MG, 1 boîte de 24, comprimés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3576918	THIOLCHICOSIDE QUALIMED 4 MG, 1 boîte de 12, comprimés, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3588270	THIOLCHICOSIDE QUALIMED 4 MG, 1 boîte de 24, comprimés, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3647185	THIOLCHICOSIDE RANBAXY 4 MG, 1 boîte de 12, comprimés, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3754610	THIOLCHICOSIDE RANBAXY 4 MG, 1 boîte de 24, comprimés, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3597240	THIOLCHICOSIDE RATHIOPHARM 4 MG, 1 boîte de 24, comprimés sécables, (laboratoires RATHIOPHARM)	85 %
3597234	THIOLCHICOSIDE RATHIOPHARM 4 MG, 1 boîte de 12 comprimés sécables, (laboratoires RATHIOPHARM)	85 %
3661765	THIOLCHICOSIDE SANDOZ 4 MG, 1 boîte de 12, comprimés, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3661771	THIOLCHICOSIDE SANDOZ 4 MG, 1 boîte de 24, comprimés, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3597228	THIOLCHICOSIDE TEVA 4 MG, 1 boîte de 12, comprimés sécables, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3617244	THIOLCHICOSIDE TEVA 4 MG, 1 boîte de 24 comprimés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3673834	THIOLCHICOSIDE WINTHROP 4 MG, 1 boîte de 12, comprimés, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3673840	THIOLCHICOSIDE WINTHROP 4 MG, 1 boîte de 24, comprimés, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3230077	TITANOREINE (CARRAGHENATES, DIOXYDE DE TITANE, OXYDE DE ZINC), 1 boîte de 12 suppositoires, (laboratoires MC NEIL)	85 %
3476832	TITANOREINE (CARRAGHENATES, DIOXYDE DE TITANE, OXYDE DE ZINC), 1 tube de 20 g, crème, (laboratoires MC NEIL)	85 %
3476849	TITANOREINE (CARRAGHENATES, DIOXYDE DE TITANE, OXYDE DE ZINC), 1 tube de 40 g, crème, (laboratoires MC NEIL)	85 %
3341948	TOPAAL, 1 flacon de 210 ml, suspension buvable, (laboratoires PIERRE FABRE MEDICAMENT)	85 %
3219472	TOPAAL, 42 comprimés, (laboratoires PIERRE FABRE MEDICAMENT)	85 %
3730762	TOPLXIL 0,33 MG/ML SANS SUCRE (OXOMEMAZINE), 1 flacon de 150 ml avec dispositif doseur, solution buvable edulcorée à l'acesulfame potassique, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3227572	TORONTAL LP 400 MG (PENTOXIFYLLINE), 1 boîte de 20, comprimés enrobés à libération prolongée, (laboratoires SANOFI-AVENTIS FRANCE)	85 %
3194200	TOTAMINE CONCENTRE, 1 flacon de 500 ml, solution pour perfusion, (laboratoires BAXTER SAS)	85 %
3287798	TRAMISAL (GINKGO BILOBA), 1 flacon de 30 ml, solution buvable, (laboratoires IPSEN PHARMA)	85 %
3594141	TRANSACALM 100 MG (MALEATE DE TRIMEBUTINE), Gé, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires PHARMA DEVELOPPEMENT)	85 %
3390504	TRIMEBUTINE (MALEATE) RPG 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %
3962969	TRIMEBUTINE ACTAVIS 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires ACTAVIS CENTRE D'AFFAIRES)	85 %
3962981	TRIMEBUTINE ACTAVIS FRANCE 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires ACTAVIS CENTRE D'AFFAIRES)	85 %
3617155	TRIMEBUTINE ALMUS 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires ALMUS FRANCE)	85 %
3728593	TRIMEBUTINE ALMUS 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires ALMUS FRANCE)	85 %
3540808	TRIMEBUTINE ALTER. 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires ALTER)	85 %
3583077	TRIMEBUTINE ARROW 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3732407	TRIMEBUTINE ARROW 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires ARROW GÉNÉRIQUES)	85 %
3727978	TRIMEBUTINE BIOGARAN 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3727955	TRIMEBUTINE BIOGARAN 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires BIOGARAN)	85 %
3603905	TRIMEBUTINE CRISTERS 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires CRISTERS)	85 %
3972413	TRIMEBUTINE CRISTERS 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires CRISTERS)	85 %
3489177	TRIMEBUTINE EG 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3728558	TRIMEBUTINE EG 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires EG LABO, EUROGÉNÉRIQUES)	85 %
3530129	TRIMEBUTINE G GAM 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3540814	TRIMEBUTINE ISOMED 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires RATHIOPHARM)	85 %
3473118	TRIMEBUTINE MYLAN 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3591958	TRIMEBUTINE MYLAN 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3963213	TRIMEBUTINE PFIZER 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires PFIZER)	85 %
3963176	TRIMEBUTINE PFIZER 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires PFIZER)	85 %
3587744	TRIMEBUTINE QUALIMED 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires QUALIMED)	85 %
3963006	TRIMEBUTINE RANBAXY 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires RANBAXY PHARMACIE GÉNÉRIQUES)	85 %

3823185	TRIMEBUTINE RATIO 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3823191	TRIMEBUTINE RATIOPHARM 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires RATIOPHARM)	85 %
3689427	TRIMEBUTINE SANDOZ 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3918460	TRIMEBUTINE SANDOZ 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires SANDOZ)	85 %
3614553	TRIMEBUTINE TEVA 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3728570	TRIMEBUTINE TEVA 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires TEVA SANTE)	85 %
3530738	TRIMEBUTINE TORLAN 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires ACTAVIS CENTRE D'AFFAIRES)	85 %
3674897	TRIMEBUTINE WINTHROP 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3962840	TRIMEBUTINE WINTHROP 200 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires SANOFI AVENTIS FRANCE)	85 %
3525097	TRIMEBUTINE ZYDUS 100 MG, 1 boîte de 30, comprimés, (laboratoires ZYDUS FRANCE)	85 %
3392093	VASOBAL (MESILATE DE DIHYDROERGOCRYPTINE A, CAFEINE), 1 boîte de 30, comprimés sécables, (laboratoires CHIESI SA)	85 %
3431835	VASOBAL (MESILATE DE DIHYDROERGOCRYPTINE A, CAFEINE), 1 boîte de 60, comprimés sécables, (laboratoires CHIESI SA)	85 %
3182504	VASOBAL (MESILATE DE DIHYDROERGOCRYPTINE A, CAFEINE), 1 flacon de 50 ml avec mesurette graduée, solution buvable, (laboratoires CHIESI SA)	85 %
3261379	VECTARION 50 MG (BISMESILATE D'ALMITRINE), 1 boîte de 30, comprimés pelliculés sécables, (laboratoires SERVIER SAS)	85 %
3111875	VEGETOSERUM ENFANT (CHLORHYDRATE D'ETHYLMORPHINE), 1 flacon de 150 ml + cuillère-mesure, sirop, (laboratoires AEROCID)	85 %
3292606	VIDORA 25 MG (CHLORHYDRATE D'INDORAMINE), 1 boîte de 30, comprimés en tube, (laboratoires LEURQUIN MEDIOLANUM)	85 %
3963791	VIDORA 25 MG (CHLORHYDRATE D'INDORAMINE), 1 boîte de 30, comprimés en tube, (laboratoires LEURQUIN MEDIOLANUM)	85 %
3198155	VINCA 20 MG (VINCAMINE), 1 boîte de 45, comprimés pelliculés, (laboratoires SUBSTIPHARM)	85 %
3222652	VINCA30 MG RETARD (VINCAMINE), 1 boîte de 60, gélules, (laboratoires SUBSTIPHARM)	85 %
3198505	VINCARUTINE (VINCAMINE, RUTOSIDE), 1 boîte de 45, gélules, (laboratoires SERP (SOCIETE D'ETUDES ET DE RECHERCHES PHARMACEUTIQUES))	85 %
3112969	VISCERALGINE 10 MG/5 ML (METHYLSULFATE DE TIEMONIUM), 1 flacon de 150 ml, sirop, (laboratoires SCHERING-PLOUGH)	85 %
3112975	VISCERALGINE 20 MG (METHYLSULFATE DE TIEMONIUM), 1 boîte de 20, suppositoires, (laboratoires SCHERING-PLOUGH)	85 %
3112981	VISCERALGINE 5 MG/2 ML (METHYLSULFATE DE TIEMONIUM), 1 boîte de 10, 2 ml en ampoule, solution injectable, (laboratoires SCHERING-PLOUGH)	85 %
3112917	VISCERALGINE 50 MG (METHYLSULFATE DE TIEMONIUM), 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires SCHERING-PLOUGH)	85 %
3769273	VITALOGINK 40 MG (GINKGO), 1 boîte de 30, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3769296	VITALOGINK 40 MG (GINKGO), 1 boîte de 90, comprimés pelliculés, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3653116	VITALOGINK 40 MG/ML (GINKGO), 1 flacon de 30 ml avec mesurette graduée, solution buvable, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3653122	VITALOGINK 40 MG/ML (GINKGO), 1 flacon de 90 ml avec mesurette graduée, solution buvable, (laboratoires MYLAN SAS)	85 %
3413613	XOLAAM (HYDROXYDE D'ALUMINIUM ET DE MAGNESIUM), 1 boîte de 40, comprimés a sucer ou a croquer, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GENERIQUES)	85 %
3421819	XOLAAM (HYDROXYDE D'ALUMINIUM ET DE MAGNESIUM), 1 flacon de 250 ml, suspension buvable, (laboratoires RPG-RANBAXY PHARMACIE GENERIQUES)	85 %
3515851	ZADITEN 1 MG (FUMARATE DE KETOTIFENE), 1 boîte de 60, gélules en flacon, (laboratoires SIGMA-TAU FRANCE)	85 %
3230350	ZADITEN 1 MG (FUMARATE DE KETOTIFENE), 1 boîte de 60, gélules sous plaquettes thermoformées, (laboratoires SIGMA-TAU FRANCE)	85 %
3244895	ZADITEN 1 MG/5 ML (FUMARATE DE KETOTIFENE), 1 flacon de 150 ml avec mesurette graduee, solution buvable, (laboratoires SIGMA-TAU FRANCE)	85 %
3369214	ZADITEN LP 2 MG (FUMARATE DE KETOTIFENE), 1 boîte de 30, comprimés pelliculés a libération prolongée, (laboratoires SIGMA-TAU FRANCE)	85 %
3424048	ZOFORA 20 MG/1 ML Gé (PIROXICAM), Gé, 1 boîte de 2, solution injectable (IM), 1 ml en ampoule, (laboratoires PHARMY II)	85 %
3355301	ZONDAR 50 MG (DIACERHEINE), 1 boîte de 30, gélules, (laboratoires PHARMA2000)	85 %
3284618	ZOVIRAX 5 P. 100 (ACICLOVIR), 1 tube de 10 g, crème, (laboratoires GLAXOSMITHKLINE)	85 %

Annexe 5

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article L1121-1 (maj 13/02/2026) *Modifié par Ordonnance n°2022-1086 du 29 juillet 2022 - art. 1*

Les recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales sont autorisées dans les conditions prévues au présent livre et sont désignées ci-après par les termes " *recherche impliquant la personne humaine* ".

Il existe trois catégories de recherches impliquant la personne humaine :

- 1° Les recherches interventionnelles qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle ;
- 2° Les recherches interventionnelles qui ne comportent que des risques et des contraintes minimales, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- 3° Les recherches non interventionnelles qui ne comportent aucun risque ni contrainte dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle.

La personne physique ou la personne morale qui est responsable d'une recherche impliquant la personne humaine, en assure la gestion et vérifie que son financement est prévu, est dénommée le promoteur. Celui-ci ou son représentant légal doit être établi dans l'Union européenne. Lorsque plusieurs personnes prennent l'initiative d'une même recherche impliquant la personne humaine, elles désignent une personne physique ou morale qui aura la qualité de promoteur et assumera les obligations correspondantes en application du présent livre.

La ou les personnes physiques qui dirigent et surveillent la réalisation de la recherche sur un lieu sont dénommées investigateurs.

Lorsque le promoteur d'une recherche impliquant la personne humaine confie sa réalisation à plusieurs investigateurs sur plusieurs lieux en France, le promoteur désigne parmi les investigateurs un coordonnateur.

Si, sur un lieu, la recherche est réalisée par une équipe, l'investigateur est le responsable de l'équipe et est dénommé investigateur principal.

Les dispositions du présent titre [Titre II : Recherches impliquant la personne humaine (Articles L1121-1 à L1128-12)],

à l'exception de celles mentionnées aux chapitres IV [Chapitre IV : Dispositions particulières applicables aux essais cliniques de médicaments (Article L1124-1)] , V [Chapitre V : Dispositions particulières applicables aux investigations cliniques de dispositifs mentionnés à l'article premier du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 (Articles L1125-1 à L1125-31)] et VI [Chapitre VI : Dispositions particulières applicables aux études des performances de dispositifs mentionnés à l'article premier du règlement (UE) 2017/746 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 (Articles L1126-1 à L1126-29)],

ne sont pas applicables aux :

- a) Essais cliniques de médicaments régis par les dispositions du règlement (UE) n° 536/2014 du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014 ;
- b) Investigations cliniques de dispositifs mentionnés à l'article premier du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 régis par les dispositions de ce règlement.
- c) Etudes des performances de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro mentionnés à l'article premier du règlement (UE) 2017/746 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 régies par les dispositions de ce règlement.

Par dérogation à l'alinéa précédent, relèvent des chapitres I à III bis, à l'exception des dispositions de l'article L. 1123-10, et du chapitre VIII du présent titre les recherches impliquant la personne humaine portant sur des dispositifs mentionnés à l'article premier du règlement (UE) précité, qui ne sont pas régies par ce règlement et répondent à au moins une des conditions suivantes :

- étude conduite sur un dispositif portant le marquage CE, utilisé ou non dans sa destination, ou ne portant pas le marquage CE, dont les résultats ne peuvent pas influencer les décisions relatives à la prise en charge du participant ou ne sont pas utilisés pour orienter les soins, et ne comportant ni prélèvement chirurgical invasif réalisé aux seules fins de l'étude, ni aucune procédure invasive supplémentaire ou d'autres risques pour le participant à l'étude ;
- étude conduite sur un dispositif portant le marquage CE et utilisé dans sa destination, dont les résultats peuvent influencer les décisions relatives à la prise en charge du participant ou être utilisés pour orienter les soins, et ne comportant pas de procédure additionnelle invasive ou lourde ;
- étude évaluant des dispositifs mentionnés au paragraphe 5 de l'article 5 du règlement (UE) précité fabriqués et utilisés exclusivement dans les établissements de santé, au sens du même règlement, et qui satisfont à l'ensemble des conditions mentionnées aux points a à i de ce paragraphe 5.

Dans le cadre de ces recherches, la notification des événements indésirables graves et des défauts de dispositifs mentionnés à l'article premier du règlement (UE) précité survenus s'effectue conformément à l'article 76 du même règlement.

Article L1121-8-1

Modifié par Ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016 - art. 1

Création LOI n°2012-300 du 5 mars 2012 - art. 1 (V)

Les personnes qui ne sont pas affiliées à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaires d'un tel régime peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches non interventionnelles.

A titre dérogatoire, le comité de protection des personnes peut autoriser une personne qui n'est pas affiliée à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime à se prêter à des recherches mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 1121-1. Cette autorisation est motivée. Elle doit se fonder au moins sur l'une des conditions suivantes :

1° L'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru ;

2° Ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres personnes se trouvant dans la même situation juridique. Dans ce cas, le risque prévisible et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minime.

Conformément au I de l'article 8 de l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016, ces dispositions entrent en vigueur à la date de publication des décrets prévus par le code de la santé publique pour son application et au plus tard le 31 décembre 2016.

Chapitre IV : Dispositions particulières applicables aux essais cliniques de médicaments

Article L1124-1

Modifié par Ordonnance n°2022-1086 du 29 juillet 2022 - art. 1

I.- Les essais cliniques de médicaments sont régis par les dispositions du règlement (UE) n° 536/2014 du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014.

L'autorité compétente pour effectuer l'évaluation de la partie I du rapport d'évaluation prévue à l'article 6 de ce règlement est l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

L'évaluation de la partie II prévue à l'article 7 de ce règlement relève de la compétence et de la responsabilité des comités de protection des personnes mentionnés aux articles L. 1123-1 et L. 1123-16.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé notifie au promoteur la décision unique relative à l'essai clinique mentionnée au paragraphe 1 de l'article 8 de ce règlement.

II.- En cas de refus d'autorisation d'un essai prévu au paragraphe 4 de l'article 8 du règlement précité, le promoteur peut saisir d'une demande de réexamen les autorités suivantes :

1° L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, lorsque cette demande porte sur des éléments relevant de la partie I prévue à l'article 6 du règlement mentionné ci-dessus ;

2° Le ministre chargé de la santé lorsque cette demande porte sur des éléments relevant de la partie II prévue à l'article 7 du règlement mentionné ci-dessus.

La demande de réexamen est présentée et instruite dans des délais et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

III.- La première administration d'un médicament à l'homme ne peut être effectuée que dans des lieux ayant été autorisés conformément au deuxième alinéa de l'article L. 1121-13.

Les essais cliniques de médicaments de thérapie innovante tels que définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004 et les essais cliniques de médicaments de thérapie innovante tels que définis au 17° de l'article L. 5121-1 ne peuvent être réalisés que dans des établissements de santé, à l'Établissement français du sang, dans les hôpitaux des armées ou les autres éléments du service de santé des armées mentionnés à l'article L. 6147-7 ou à l'Institution nationale des invalides.

IV.- Sont applicables aux essais cliniques mentionnés au I les dispositions du présent chapitre ainsi que les dispositions des articles L. 1121-10, L. 1121-11, L. 1121-13, L. 1121-14, L. 1121-16, L. 1121-16-1, L. 1123-10, L. 1128-1 à L. 1128-12, L. 5121-1-1, L. 5125-1 et L. 5126-1. **Ces essais sont interdits sur une personne qui n'est pas affiliée à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime.**

Leur sont également applicables les dispositions du 1° de l'article 76 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique et aux libertés.

Chapitre V : Dispositions particulières applicables aux investigations cliniques de dispositifs mentionnés à l'article premier du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 [relatif aux dispositifs médicaux] (Articles L1125-1 à L1125-31)

[Art. premier : 1. Le présent règlement (UE 2017/745) établit des règles concernant la mise sur le marché, la mise à disposition sur le marché ou la mise en service de dispositifs médicaux à usage humain et de leurs accessoires dans l'Union. Il s'applique également aux investigations cliniques concernant ces dispositifs médicaux et leurs accessoires effectuées dans l'Union.]

Règlement transposé en France en 2022 seulement par l'ordonnance n° 2022-582 du 20 avril 2022 portant adaptation du droit français au règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux.

Article L1125-1

Modifié par Ordonnance n°2022-1086 du 29 juillet 2022 - art. 1

I.- Les investigations cliniques des dispositifs mentionnés à l'article premier du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 sont régies par les dispositions du règlement (UE) précité et les dispositions du présent chapitre. [...]

Article L1125-8

Création Ordonnance n°2022-582 du 20 avril 2022 - art. 2

Les personnes qui ne sont pas affiliées à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaires d'un tel régime peuvent être sollicitées pour se prêter à des investigations cliniques ne comportant aucun risque ni contrainte.

A titre dérogatoire, le comité de protection des personnes peut autoriser une personne qui n'est pas affiliée à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime à se prêter à des investigations cliniques à l'exception de celles qui ne comportent aucun risque ni contrainte et dans lesquelles tous les actes sont réalisés et les produits utilisés de manière habituelle. Cette autorisation est motivée. Elle doit se fonder au moins sur l'une des conditions suivantes :

- 1° L'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru ;
- 2° Ces investigations cliniques se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres personnes se trouvant dans la même situation juridique. Dans ce cas, le risque prévisible et les contraintes que comporte l'investigation clinique doivent présenter un caractère minimal.

Se reporter aux modalités d'application prévues aux I, II et III de l'article 17 de l'ordonnance n° 2022-582 du 20 avril 2022.

Chapitre VI : Dispositions particulières applicables aux études des performances de dispositifs mentionnés à l'article premier du règlement (UE) 2017/746 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 [relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro] (Articles L1126-1 à L1126-29)

Article L1126-7

Modifié par Ordonnance n°2022-1086 du 29 juillet 2022 - art. 1

Les personnes qui ne sont pas affiliées à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaires d'un tel régime peuvent être sollicitées pour se prêter à des études des performances ne comportant aucun risque ni contrainte et dans lesquelles tous les actes sont réalisés et les produits utilisés de manière habituelle.

A titre dérogatoire, le comité de protection des personnes peut autoriser une personne qui n'est pas affiliée à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime à se prêter à des études des performances à l'exception de celles qui ne comportent aucun risque ni contrainte et dans lesquelles tous les actes sont réalisés et les produits utilisés de manière habituelle. Cette autorisation est motivée. Elle doit se fonder au moins sur l'une des conditions suivantes :

- 1° L'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru ;
- 2° Ces études des performances se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres personnes se trouvant dans la même situation juridique. Dans ce cas, le risque prévisible et les contraintes que comporte l'étude des performances doivent présenter un caractère minime.