

Accueil > Textes non codifiés > Ordonnance

Ordonnance n. 7.488 du 01/10/1982 fixant les modalités d'application de la loi n° 1.048 du 28 juillet 1982 instituant un régime de prestations sociales en faveur des travailleurs indépendants

Vu la loi n° 1.048 du 28 juillet 1982 , instituant un régime de prestations sociales en faveur des travailleurs indépendants ;

Section - I De la gestion de la Caisse d'assurance maladie, accident et maternité des travailleurs indépendants

Article 1er .- La gestion de la Caisse d'assurance maladie, accident et maternité des travailleurs indépendants est assurée par le directeur et l'agent comptable dans les conditions déterminées par Notre ordonnance n° 7.191, du 31 août 1981 , relative aux opérations financières et comptables de la Caisse de compensation des services sociaux, de la Caisse autonome des retraites et de la Caisse autonome des retraites des travailleurs indépendants.

Section - II Des tarifs de remboursement et de la participation des bénéficiaires aux frais de traitement

Article 2 .- *(Remplacé par l'ordonnance n° 16.729 du 5 avril 2005)*

Le tarif de remboursement mentionné à l'article 21 de la loi n° 1.048 du 28 juillet 1982 , dit tarif d'autorité, prend pour base :

- pour les honoraires des praticiens : le tarif fixé par arrêté ministériel ;
- pour les frais pharmaceutiques et de fournitures orthopédiques : le prix homologué des produits majoré, le cas échéant, de l'indemnité de garde dans les conditions fixées par arrêté ministériel ;
- pour les frais de séjour en établissement de soins publics : le prix de journée homologué ;
- pour les frais de séjour en clinique :
 - * lorsque ceux-ci sont facturés au prix de journée : le prix de journée homologué pour l'établissement, la base de remboursement du total des frais de séjour et prestations ou produits sanitaires facturés hors honoraires étant limitée au produit du nombre de jours d'hospitalisation par le prix de journée en secteur hospitalier public à l'Hôpital de Monaco ;
 - * lorsque ceux-ci sont facturés sur la base d'une tarification à l'activité : le forfait homologué pour le groupe homogène de séjours concerné, éventuellement minoré ou majoré en fonction des durées de séjour et des coefficients modificateurs agréés pour l'établissement ;
- pour les frais de séjour dans une clinique psychiatrique, un établissement de long séjour, de convalescence de réadaptation fonctionnelle, de soins de suite, de régime, de traitement de la tuberculose, ou une maison d'enfants à caractère sanitaire : le prix homologué pour l'établissement ;
- pour les produits sanitaires : le tarif homologué.

Le tarif de remboursement laisse à la charge du bénéficiaire des prestations, sauf dans les cas prévus à l'article 5 ci-après, une participation minimale, dite ticket modérateur, dont il fixe le montant en déterminant celui du remboursement par application d'un pourcentage aux prix de base ci-dessus visés ; il peut, en outre, prévoir un minimum à partir duquel les remboursements sont dus.

Article 3 .- Lorsque les accords susceptibles d'être passés en vertu de l'article 22 de la loi susvisée sont conclus, la participation des bénéficiaires, prévue au dernier alinéa de l'article 2, est égale au pourcentage du ticket

modérateur appliqué aux tarifs maxima d'honoraires ou de prix résultant de ces accords.

Article 4 .- Lorsque les accords susceptibles d'être passés en vertu de l'article 22 de la loi susvisée ne sont pas conclus, un tarif maximum d'honoraires ou de prix à appliquer au bénéficiaire de prestations ainsi que ses conditions d'application peuvent être fixés par une convention type, établie par arrêté ministériel, soumise à l'adhésion individuelle des personnes énumérées audit article 22.

En ce cas, la participation des bénéficiaires est égale au pourcentage du ticket modérateur appliqué aux tarifs maxima d'honoraires ou de prix résultant de la convention type.

Article 5 .- (Modifié par l'ordonnance n° 16.729 du 5 avril 2005)

La participation des bénéficiaires de prestations aux frais de traitement peut être limitée ou supprimée dans les cas fixés par arrêté ministériel et notamment :

- * 1° lorsqu'une hospitalisation couvre une durée fixée par arrêté ministériel ;
- * 1° bis lorsqu'à l'occasion d'un acte médical ou d'un ensemble d'actes la dépense dépasse un montant qui sera fixé par arrêté ministériel.
- * 2° lorsque la dépense correspond aux frais d'acquisition et de réparation d'un appareil orthopédique appartenant à une catégorie déterminée par arrêté ministériel ;
- * 3° lorsque le bénéficiaire de prestations est atteint d'une affection nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement onéreuse, affection reconnue comme telle :
 - soit de plein droit par l'effet de son inscription sur une liste à établir par arrêté ministériel,
 - soit par décision de la Caisse sur avis motivé du médecin-conseil.

Article 6 .- En aucun cas le montant du remboursement ne peut excéder celui des frais exposés.

Article 7 .- (Modifié par l'ordonnance n° 6.007 du 28 juillet 2016)

La décision prise en vertu des dispositions de l'article 5 intervient sur l'initiative de la Caisse ou bien à la demande du bénéficiaire de prestations, introduite, soit directement, soit par l'intermédiaire de son médecin-traitant.

Elle fixe notamment, dans le cas visé sous le chiffre 3 de l'article 5, la durée pour laquelle elle est valable ; elle peut être renouvelée successivement aussi longtemps que la nécessité d'un traitement prolongé et d'une thérapeutique particulièrement onéreuse est reconnue par le médecin-conseil de la Caisse.

Article 8 .- La décision prise au sujet de la suppression ou de la limitation de la participation du bénéficiaire de prestations est notifiée à ce dernier. Cette notification est faite par lettre recommandée avec avis de réception chaque fois qu'il s'agit d'une décision de refus.

Dans le cas où la suppression est demandée par le bénéficiaire de prestations, la Caisse est tenue de répondre dans le mois qui suit la réception de la demande. Le défaut de réponse dans ce délai vaut décision de refus.

Les contestations relatives à l'état du malade sont réglées conformément aux dispositions de l'article 23 de Notre ordonnance n° 4.739 du 22 juin 1971 .