



## MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins  
Sous-Direction des affaires financières  
Bureau de la gestion financière et comptable  
des établissements de santé (F4)  
Marcel Galles  
Regles-financ.hosp@sante.gouv.fr

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et messieurs les directeurs  
des agences régionales de  
l'hospitalisation (pour exécution)

Mesdames et messieurs les préfets de  
région, directions régionales des affaires  
sanitaires et sociales

Mesdames et messieurs les préfets de  
département, directions départementales  
des affaires sanitaires et sociales

Mesdames et messieurs les directeurs  
d'établissements de santé (pour  
exécution)

CIRCULAIRE N° DHOS/F4/2006/466 du 27 octobre 2006 relative à la facturation du SYNAGIS délivré par les pharmacies à usage intérieur NOR :
DATE D'APPLICATION : immédiate
RESUME :  La présente circulaire définit les conditions de prise en charge du SYNAGIS, qui fait désormais l'objet d'une participation de l'assuré de 65 %
MOTS-CLES : médicaments - rétrocession
TEXTES DE REFERENCE : Article R. 322-2 du code de la sécurité sociale - Article L. 5126-4 du code de la santé publique Arrêté du 3 août 2006 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2004 (spécialité SYNAGIS) – Décision du 8 août 2005 fixant le participation de l'assuré applicable au SYNAGIS

La spécialité Synagis est prescrite dans le traitement préventif des infections respiratoires basses graves dues au virus respiratoire syncytial (VRS) chez les enfants à risque élevé d'infection à VRS. La prescription de ce médicament est réservée aux pédiatres hospitaliers qui suivent les enfants concernés.

Ce médicament a été inscrit sur la liste de rétrocession définie à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique par l'arrêté du 21 décembre 2004 (JO du 24 décembre 2004)..

Par arrêté du 3 août 2006 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2004, à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2006, la participation de l'assuré est fixée à 65 %, conformément à la décision du directeur général de l'UNCAM du 8 août 2005 (JO du 25 août 2006). Cette modification du taux de prise en charge par l'assurance maladie conduit à préconiser dans les établissements de santé un traitement particulier des dossiers des patients concernés afin d'éviter, dans la mesure du possible, aux assurés de faire l'avance des sommes restant à leur charge.

Une attention particulière doit être portée à l'examen de la situation du patient afin de détecter les possibilités de prise en charge par un régime obligatoire et par un régime complémentaire. Plusieurs situations peuvent se présenter :

- patients pris en charge à 100 % au titre des ALD, de la CMUc, de l'AME , des soins urgents de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles : il n'y aura aucun reste à charge pour l'assuré.
- patients bénéficiant d'une prise en charge complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, assurance). Dans ce cas, il convient de s'assurer du taux de prise en charge et si possible de pratiquer le tiers payant pour cette part complémentaire dès lors que des assurances auront été obtenues auprès de l'organisme.
- pour les patients ne bénéficiant pas d'une prise en charge totale à un titre ou un autre, il convient de les informer lors de la prescription du médicament des possibilités de prise en charge par les fonds d'action sanitaire et sociale (FASS). Il appartient aux assurés de présenter cette demande de prise en charge exceptionnelle auprès de leur caisse gestionnaire qui instruira leur dossier. Les caisses délivreront aux parents une décision de prise en charge, remise à l'établissement de santé lors du retrait du médicament. Dans ce cas, aucune somme ne sera demandée par l'établissement à l'assuré.
- dans le cas où après avoir exploré toutes les voies de prise en charge ou à défaut de pouvoir pratiquer le tiers payant sur la part complémentaire, il subsisterait un reste à charge pour l'assuré, cette somme devra être recouvrée par l'établissement et encaissée si possible par carte bancaire, afin de permettre à l'assuré d'obtenir éventuellement lui-même un remboursement, préalablement au débit de son compte bancaire.

La facturation de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire sera effectuée selon les modalités habituelles. Les établissements pratiquant déjà la télétransmission pourront utiliser cette modalité , la norme B2 prévoyant la prise en charge de la pharmacie à 35 % (prestation PHQ avec taux à 35 %). La part prise en charge par le FASS fera l'objet d'une facturation spécifique, sous forme papier, à laquelle sera jointe la décision d'octroi de l'aide.

Les directeurs d'établissement diffuseront cette circulaire auprès des médecins prescripteurs et des pharmaciens afin qu'ils se coordonnent pour organiser, avec les services administratifs, le circuit d'information nécessaire à la mise en place de ces dispositions.

Toute difficulté d'application de ces dispositions pourra être signalée à l'adresse suivante : [regles-financ-hosp@sante.gouv.fr](mailto:regles-financ-hosp@sante.gouv.fr)

Pour le Ministre et par délégation  
La Directrice de l'Hospitalisation  
Et de l'Organisation des Soins

**signé**

Annie Podeur