

Article L 322
Modifié et complété par la Loi n° 2004-810 du 13/08/2004

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée, dans les cas suivants :

1° lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;

2° lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;

3° lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37;

4° lorsque le bénéficiaire a été reconnu par le contrôle médical atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée ci-dessus, et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

5° lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité au titre d'un avantage vieillesse ;

6° lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 3° de l'article L. 321-1 ;

7° lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;

8° lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;

9° lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975-;

10° (Abrogé par l'Ordonnance n° 2004-329 du 15.04.2004 effet au 01.07.2004) lorsqu'une femme est en état de grossesse, pendant une période qui débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine à la date où l'accouchement a lieu ;

11° pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;

12° pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;

13° pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;

14° pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1.

15° Pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal.

16° Pour les frais d'examens de dépistage effectués dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L.321-1.

17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.