

Le tiers-payant à l'officine

Mise à jour : décembre 2025

Le régime général

La prise en charge

Aujourd'hui, toute personne résidant en France ou dans les DOM est obligatoirement affiliée au régime général de la Sécurité Sociale (Régime Obligatoire RO). Elle a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et sur la base des critères traditionnels (activité professionnelle, ayant droit...), ou est affiliée du fait de sa résidence. Toute personne affiliée du fait de sa résidence, ne paie pas de cotisation si ses ressources ne dépassent pas un certain plafond (env. 650 euros pour une personne seule et 950 euros pour deux). Au-delà de ce seuil, le montant dû est proportionnel aux revenus. Cette affiliation lui confère le droit au remboursement de tout ou partie de ses frais de santé. Notre système de protection sociale appelé Sécurité Sociale est géré par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie ou par des Caisses Spéciales (SNCF, EDF, MSA, MGEN, etc.).

Les honoraires de dispensation

Depuis le 1er janvier 2015, afin de rendre la rémunération des pharmaciens moins dépendante du prix et du volume des médicaments remboursables, dans un contexte durable de la baisse du prix des médicaments, les pharmaciens perçoivent des honoraires lors de chaque délivrance de prescription.

- Honoraire par boîte de médicament remboursable facturé à l'assurance maladie : 1.02€ pour les petits conditionnements, 2,96€ pour les grands. Cet honoraire fait partie intégrante du prix du médicament et sera pris en charge par l'assurance maladie au même taux que la spécialité à laquelle il se rapporte.
- Honoraire de dispensation d'ordonnance dite complexe comprenant au moins 5 spécialités remboursables, facturées et délivrées en une seule fois: 1.02€..

Depuis le 1^{er} janvier 2019 un avenant a modifié ces honoraires, outre ceux vus précédemment, il faut ajouter :

- Honoraire de dispensation pour l'exécution d'une ordonnance de médicaments remboursables et facturés à l'assurance maladie (HDR) 0.51€ ;
- Honoraire de dispensation pour l'exécution d'une ordonnance de médicaments remboursables et facturés pour des enfants jusqu'à 3 ans et des personnes de plus de 70 ans (HDA) 1.58€.

- Honoraire de dispensation pour l'exécution d'une ordonnance de médicaments remboursables facturés dits "spécifiques", c'est-à-dire figurant sur une liste fermée établie en annexe de la convention (HDE) 3.57€.
- Honoraires divers.

Certaines crises sanitaires comme celle de la covid-19 voient l'instauration de nouveaux honoraires : honoraires de délivrances de masques, facturations de tests antigéniques.

Les taux de remboursement

Les vignettes pharmaceutiques ont disparu au 1^{er} juillet 2014, les taux de remboursement sont inchangés. Depuis le 1^{er} janvier 2015, le prix des médicaments remboursables facturés aux organismes sociaux inclut l'honoraire de dispensation. Celui-ci est intégré de façon automatique et transparente au cours de la facturation. Depuis le 01/01/2016, il est de 1.02 € par boîte pour les conditionnements d'un mois et de 2.76€ par boîte pour les grands conditionnements. Sa prise en charge suit celle du médicament proprement dit.

- Remboursement à 65% des médicaments autrefois à vignette blanche (PH7), et de certaines préparations allopathiques remboursables.
- Remboursement à 60% du LPPR.
- Remboursement à 30% des médicaments autrefois à vignette bleue (PH4), et de certaines préparations allopathiques remboursables.
- Remboursement à 15% des médicaments autrefois à vignette orange (PH2), et de certaines préparations allopathiques remboursables.
- Remboursement à 100 % de certains médicaments (anticancéreux...) autrefois et marqués sur la vignette blanche (PH1).

En dehors de cette prise en charge générale, il existe différentes situations entraînant des modifications de ce taux de remboursement ainsi :

- L'invalidité civile, confère un remboursement total des vignettes blanches.
- L'invalidité militaire ou Art 115 donne droit à un remboursement intégral des prestations en nature sur la base du remboursement de la Sécurité sociale en cas de prise en charge par celle-ci ou en totalité en cas de prise en charge au moyen du carnet de soins.
- Les femmes enceintes à partir du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement sont également prises en charge à 100%.
- Différentes maladies, dites Affections de Longue Durée (ALD), au nombre de 30, comme le diabète, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les cancers, la mucoviscidose..., lorsqu'elles sont déclarées comme telles par un médecin, et après décision du service médical de la Sécurité sociale entraînent un remboursement à 100% de toutes les prestations en nature concernant cette pathologie. Pour les autres affections, le

remboursement rejoint le régime général. Les médecins disposent d'ordonnances dites bizones, leur permettant de faire la différence entre les prescriptions concernant la maladie exonérante (partie supérieure) et celles des maladies intercurrentes n'ayant pas de rapport avec celle-ci (partie inférieure).

- Le régime local propre à l'Alsace-Moselle.

Régime	PH2	PH4	PH7	PH1	LPPR
Général	15%	30%	65%	100%	60%
Local (Alsace-Moselle)	15%	80%	90%	100%	90%
Invalidité civile	15%	30%	100%	100%	100%
Femme enceinte	100%	100%	100%	100%	100%
Invalidité militaire	100%	100%	100%	100%	100%

Prise en charge des différents régimes

Taux de remboursement des médicaments selon leur prise en charge et le régime d'assurance

Pour les affections longues durées (ALD), les traitements relatifs à la maladie exonérante sont pris en charge à 100% par le régime général (comme pour les femmes enceintes) et de manière classique pour les affections intercurrentes.

On notera qu'il existe certaines prises en charge particulières. Notamment pour le cas du vaccin contre la rubéole, les oreillons et la rougeole (Priorix® ou MMR®) qui est pris en charge à 100% pour les enfants jusqu'à 17 ans révolus, ou encore le vaccin contre la COVID ou la grippe pour certaines catégories de patients (personnes de plus de 65 ans, souffrant de certaines maladies comme l'asthme, l'infection par le VIH, certains professionnels de santé, etc.). La contraception d'urgence ("pilule du lendemain") est prise en charge à 100% par la Sécurité sociale, pour toutes les femmes, tout comme les parcours de procréation médicalement assistés avec la prise en charge spécifique "stérilité" pour l'ensemble des traitements. Depuis le 1^{er} janvier 2022, la contraception pour les patientes jusqu'à l'âge de 26 ans, sous réserve qu'elle soit remboursable, est totalement prise en charge par la Sécurité sociale.

Les honoraires liés à la dispensation sont remboursés au même titre que les médicaments en fonction du régime de l'assuré (65% pour le régime général, 90% dans le cas d'un régime local). Pour les patients dits à 100%, la prise en charge par l'assurance maladie est totale.

Les franchises médicales et participations forfaitaires

Depuis le 31 mars 2024, il reste à la charge du patient 1.00 euro par boîte de médicament délivrée, c'est la franchise médicale qui s'applique sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports et qui est plafonnée à 50€ par an par catégorie.

Il existe aussi une participation forfaitaire de 2€ qui s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Cette participation est limitée à 8€ par jour et par praticien et plafonnée à 50€ par an.

Les enfants de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CSS ou de l'AME, les femmes enceintes à partir du 1er jour du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après l'accouchement sont dispensés de ces deux franchises, les victimes d'un acte de terrorisme sont dispensées de la franchise médicale.

Lors de la facturation, le pharmacien ne tient pas compte de cette retenue, qui régularisée par la caisse d'assurance maladie sur les prestations qu'elle doit rembourser directement au patient.

La Sécurité sociale rembourse donc tout ou partie du coût des médicaments remboursables. Le montant de la facture qui n'est pas couvert par l'assurance maladie s'appelle le « ticket modérateur » (TM). Ce complément peut être pris en charge en totalité ou de plus en plus souvent seulement en partie, par une mutuelle propre à chaque individu, c'est ce qu'on appelle le régime complémentaire (RC).

L'étudiant fera très attention aux différents taux. Parfois une mutuelle ne rembourse pas les vignettes à 15% (médicaments PH2), ou qu'à hauteur de 80%, les vignettes à 30% (PH4), etc. Les mutuelles peuvent être personnelles ou professionnelles, dans ce cas elles sont inhérentes à une activité, et cessent dès que le salarié quitte son emploi.

On notera également que si un médicament dit d'exception nécessite une ordonnance particulière à quatre volets pour être remboursé, son taux de remboursement suit la règle générale (fonction de la vignette ou de la prise en charge particulière du patient).

NB : prescrit sur un autre support, le médicament d'exception est délivrable, mais non remboursable.

La carte vitale

Tous les assurés sociaux de plus de 15 ans (voire 12 ans dans certaines situations particulières) possèdent une Carte Vitale, valable dans tous les départements français. Les enfants sont inscrits sur la carte des parents. Cette carte permet au pharmacien de connaître l'ouverture des droits aux prestations ainsi que le régime

d'exonération éventuel du patient. Elle permet également la transmission sécurisée des données entre les professionnels de santé et la Sécurité sociale. Les praticiens qui rédigeaient une « feuille de soin CERFA marron » établissent désormais une Feuille de Soins Sécurisée (FSE). La Carte Vitale donne accès au Dossier Pharmaceutique (DP).

La Carte Vitale, aujourd'hui munie d'une photo, doit être mise à jour tous les ans ou à chaque modification du statut de l'assuré. La plupart des pharmacies sont équipées d'une borne pour la mise à jour.

ATTENTION : si les enfants peuvent aujourd'hui être inscrits sur la carte vitale des deux parents et donc être connus par le RO sous deux numéros différents, ils ne bénéficient en général de la mutuelle que sous un seul numéro. En cas de dossier en tiers payant sous le numéro de Sécurité sociale du parent qui ne le couvre pas en mutuelle, la part complémentaire sera rejetée avec un motif de bénéficiaire inconnu, et la pharmacie ne sera pas remboursée. Il faudra traiter le dossier en suivre de tiers payant, et passer du temps à recycler la facture.

Depuis le 18 novembre 2025, la carte vitale dématérialisée est accessible à tous les assurés. Il faut, pour cela, télécharger [l'application « Carte Vitale » \(ApCV\)](#).

Cette application permet de remplacer, la carte vitale physique, il suffira au pharmacien de lire la carte soit par QR code (Android et Apple) soit par NFC (Android uniquement). Après lecture de la carte vitale dématérialisée, le LGO interroge ADRI (Acquisition des DRoits intégrée) qui permet de mettre les droits à jour. Les garanties de paiement sont les mêmes que lors de l'utilisation d'une carte vitale physique.

Le pharmacien doit vérifier que la carte vitale est bien celle du patient en croisant les données d'identité et de nom dans le LGO : il qualifie l'INS ou plus simplement valide l'identité du patient. Il devra demander à voir sa carte d'identité ou son passeport et vérifier son identité. Ainsi, les vaccinations, les TROD et autres usages du DMP (Dossier Médical Partagé) en ligne apparaissent sur l'espace santé des patients en ligne. Chaque professionnel de santé peut être amené à le consulter et à y ajouter des éléments.

La délégation de paiement

Les principes du tiers payant

Si elle ne revêt aucun caractère obligatoire, il est certain qu'aujourd'hui la délégation de paiement est devenue quasiment systématique lors de la délivrance des prescriptions remboursables. Au comptoir, presque tous les patients présentent leur Carte Vitale pour bénéficier de la dispense d'avance des frais. Ainsi, le patient demande au pharmacien de s'ériger en tiers payant et de lui accorder une délégation de paiement.

Pour limiter les fraudes, un dispositif “tiers payant contre carte vitale” sera mis en place progressivement selon les caisses d’assurance maladie. Cette mesure vise notamment les médicaments à risques ou coûteux (> 300€). Une délivrance sans carte vitale sera possible uniquement dans des situations exceptionnelles.

Le pharmacien émet donc une facture subrogatoire, par laquelle le patient lui transmet son droit au remboursement. Au lieu de payer le pharmacien, puis de se faire rembourser sur présentation de la feuille de soins, le patient subroge le pharmacien dans ses droits, il ne débourse rien, c'est la caisse d'assurance qui rembourse directement le pharmacien devenu la tierce personne qui a payé les médicaments à la place du patient.

La facture subrogatoire doit être signée par le patient, la signature peut être électronique avec la Carte Vitale ou manuscrite sur feuille de soins papier en cas de délivrance sans Carte Vitale. On a vu précédemment que la Carte Vitale était un mode de transmission sécurisée des données, en son absence la transmission n'est pas sécurisée, elle est dite en « mode dégradé ».

Les syndicats de pharmaciens ont depuis 1975 signé de nombreuses conventions de délégation de paiement avec les organismes sociaux, qu'ils soient obligatoires ou complémentaires (assurances, mutuelles).

Cette délégation de paiement peut être partielle ou totale.

- Dans le premier cas, le pharmacien ne fait pas régler à l'assuré le montant remboursable par l'organisme d'assurance obligatoire (CPAM, MSA...) = RO mais lui demande le règlement du ticket modérateur.
- Dans le second cas, la délégation de paiement s'étend également à la part prise en charge par l'organisme complémentaire.
- En aucun cas, un assuré social ne peut demander l'avance des frais du régime complémentaire seul.

Pour la Sécurité sociale, le taux de pénétration des génériques dans le marché français étant considéré insuffisant, depuis 2012, la délégation de paiement est subordonnée à l'acceptation des génériques par le patient.

Cette obligation est inscrite dans la loi (article L.162-1667 du Code de la Sécurité sociale) et est désormais strictement appliquée. On parle de dispositif « tiers payant contre générique ». Si le patient refuse le médicament générique, la délivrance du princeps ne permet pas la dispense d'avance des frais. Dans ce cas, le pharmacien fait payer l'assuré et établit une facture papier sur laquelle il précise « refus du générique » et qui permettra au patient de se faire rembourser ultérieurement par sa Caisse d'Assurance maladie.

Depuis la crise de la covid-19, et pour alléger le travail administratif de l'assurance maladie, il est désormais permis au pharmacien de transmettre la feuille de soin électronique du patient qui refuse le médicament générique. Le patient doit

néanmoins toujours faire l'avance des soins et sera remboursé à hauteur du prix du générique.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, la mention « non substituable » n'est plus applicable que dans 3 situations clairement définies par l'[arrêté du 12 novembre 2019](#) :

- MTE – prescription de médicaments à marge thérapeutique étroite pour assurer la stabilité de la dispensation, lorsque les patients sont effectivement stabilisés avec un médicament, et à l'exclusion des phases d'adaptation du traitement (liste exhaustive) ;
- EFG – prescription chez l'enfant de moins de 6 ans, lorsque aucun médicament générique n'a une forme galénique adaptée et que le médicament de référence disponible permet cette administration ;
- CIF – prescription pour un patient présentant une contre-indication formelle et démontrée à un excipient à effet notoire présent dans tous les médicaments génériques disponibles, lorsque le médicament de référence correspondant ne comporte pas cet excipient.

Vous pouvez vous référer au [document explicatif de la Sécurité sociale](#). Toutes les molécules sont concernées par ce principe, exception faite pour celles soumises au TFR.

De plus, l'arrêté paru au Journal officiel du 6 février 2020 permet aux pharmaciens de justifier la non-substitution d'un médicament à marge thérapeutique étroite, même lorsque le prescripteur n'a pas, lui-même, indiqué cette exclusion. En pratique, le pharmacien doit inscrire à la main sur l'ordonnance la mention « Non substituable (MTE-PH) » en regard de chaque médicament concerné.

D'une manière générale, le pharmacien ne peut délivrer qu'un mois de traitement à la fois, exception faite des contraceptifs oraux ou lorsqu'il existe un grand conditionnement représentant 3 mois de traitement, le pharmacien devra faire attention lors des renouvellements.

Depuis juillet 2014, il y a possibilité de dérogation à l'article R 5123-2 du CSP en cas de départ à l'étranger.

Certaines CPAM permettent pour leurs assurés une délivrance de 6 mois au maximum, des médicaments de la pathologie chronique, pour départ à l'étranger à condition que le médecin l'ait clairement indiqué sur l'ordonnance. Selon les caisses la procédure de facturation et de délivrance n'est pas la même (pour exemple : soit le patient signe une attestation sur l'honneur que le pharmacien scanne et joint à l'ordonnance lors de la télétransmission, soit le patient envoie sa demande au médecin conseil de la Sécurité sociale qui lui fournit un document papier acceptant cette délivrance). Il faut donc toujours vérifier le fonctionnement de sa caisse de rattachement.

La télétransmission

La délégation de paiement a des avantages pécuniers évidents pour le patient, mais elle entraîne pour le pharmacien plusieurs conséquences qu'il est important de connaître :

- Un travail de saisie administrative important pour la réalisation de la facture,
- Un travail complémentaire pour la gestion du dossier ainsi que le suivi de son règlement,
- Des difficultés de trésorerie, la date de paiement étant différée.
- Une attention particulière à la prise en charge RO et RC du patient afin de ne pas faire d'avance inconsidérée.

Afin d'améliorer la trésorerie des officines qui pratiquent beaucoup de délégations de paiement, des systèmes de télétransmissions ont été mis en place. Les données concernant les factures sont envoyées informatiquement. La conséquence en est un règlement des dossiers télétransmis à échéance proche et déterminée. Ces télétransmissions peuvent être faites directement par le pharmacien vers les organismes payeurs, mais l'inconvénient est que la diversité des organismes rend ces transmissions multiples et fastidieuses. Elles peuvent être faites par l'intermédiaire d'un organisme intermédiaire (O.C.T. organisme concentrateur technique) qui s'occupe de ventiler les factures vers les différents organismes payeurs.

Depuis le milieu de l'année 2011, le travail long et fastidieux de tri des papiers est aboli grâce à la dématérialisation des ordonnances.

Désormais, l'utilisation du système "SCOR" permet de transmettre aux différents organismes les ordonnances numérisées ainsi que les demandes de paiement lors de la télétransmission qui est réalisée régulièrement, quotidiennement la plupart du temps. Ainsi, il n'est plus nécessaire d'envoyer de justificatifs papiers ou de CD à chaque caisse d'assurance maladie.

La généralisation de la transmission des feuilles de soins électroniques (F.S.E.) a été prévue par les ordonnances d'avril 1996. Les instruments de cette télétransmission ont aujourd'hui une existence réglementaire. Il s'agit de :

- la carte de professionnel de santé (décret n° 98271 du 9 avril 1998). Elle constitue la signature électronique du professionnel qui réalise l'acte, et aussi une clé pour accéder à diverses informations relevant du secret professionnel partagé.
- la carte d'assurance maladie ou Carte Vitale (décret n° 98-275 du 15 avril 1998) qui est une carte d'assuré social et qui évolue aussi vers une "carte santé", porteuse d'informations médicales confidentielles (dossier pharmaceutique...).

Le stagiaire devra se familiariser avec ces systèmes de gestion du tiers-payant et délégation de paiement et connaître les procédures de suivi de règlement : saisie manuelle ou retour Noémie (Normes Ouvertes Échanges Mutuels Intervenant

Extérieurs). Une liste d'opposition des Cartes Vitales est établie régulièrement par les organismes primaires. En présence d'une carte refusée, le pharmacien devra s'abstenir d'établir une facture subrogatoire de quelque ordre que ce soit.

L'assurance maladie a mis en place un téléservice permettant aux LGO de vérifier l'ouverture des droits au régime d'assurance maladie sans l'utilisation de la carte vitale : c'est le système ADRI (Acquisition des DRoits intégrés). Ce système ne permet cependant pas d'assurer la garantie de paiement liée à l'utilisation de la carte vitale (sauf dans le cas de l'utilisation de l'ApCV).

D'autre part, le système Visiodroits permet aussi la vérification des droits pour certains régimes complémentaires et d'apporter une garantie de paiement en donnant une accréditation à la facture.

Le tiers-payant obligatoire

Il concerne des cas bien définis, en présence desquels le pharmacien doit faire l'avance des frais.

Les accidents de travail et maladies professionnelles

Les bénéficiaires en sont les personnes accidentées dans le cadre de leur travail ou ayant contracté une maladie spécifique découlant de leur activité professionnelle.

L'ordonnance est rédigée par le médecin qui indique la mention « A.T. ». Il ne peut y prescrire que les soins en rapport direct avec l'accident lui-même. L'assuré présente l'ordonnance au pharmacien avec une feuille d'accident de travail, fournie par la CPAM à l'employeur, sur laquelle figurent l'identification de l'assuré, la date de l'accident, et la nature des lésions corporelles. Le pharmacien établit une facture subrogatoire à 100% du tarif de responsabilité. Concernant le LPPR la Sécurité Sociale le prend dans ce cas en charge à hauteur de 150%.

La complémentaire santé solidaire (CSS) et l'aide médicale d'État (AME)

La complémentaire santé solidaire (CSS) remplace depuis novembre 2019 la Couverture Maladie Universelle- Complémentaire (CMU-C) entrée en vigueur le 1er janvier 2000. Elle est accessible aux personnes à faibles ressources et leur permet un accès aux soins. Cette complémentaire est gratuite ou coûte moins d'1€ par jour selon le niveau de revenu. Elle permet une dispense d'avance de frais dans un grand nombre de cas.

Plus d'informations sont disponibles [sur le site AMELI](#).

Les étrangers en situation irrégulière et présents sur le territoire français depuis 3 mois et qui ne peuvent pas être couverts par la loi sont pris en charge par l'Aide

Médicale d'État (A.M.E.). Si les factures subrogatoires sont transmises à la Sécurité Sociale, ces « assurés » sont affiliés à un centre spécial. Tout le remboursement est fait au titre du régime complémentaire (RC), le montant RO est nul.

Un décret du 3 février 2015 stipule que les bénéficiaires de l'AME majeurs ne disposent plus de la prise en charge des médicaments à service médical rendu faible. Les PH2 ne doivent donc plus apparaître sur les FSE. Si le patient souhaite les avoir, il doit les régler. Pour les enfants mineurs, la facturation reste inchangée, les PH2 restent remboursés.

Les moyens de contraception

Depuis janvier 2023 et son décret d'application, une évolution a été opérée quant à la prise en charge des moyens de contraception. La contraception d'urgence ou pilule du lendemain :

- Contraception d'urgence : prise en charge de la pilule du lendemain, sans frais, pour toutes les femmes. La dispensation peut se faire de manière anonyme pour les femmes de moins de 18 ans. Dès qu'elles sont majeures, la présentation de la carte vitale (ou une facturation en mode dégradé) permet une prise en charge intégrale par la Sécurité sociale, au moyen de l'exonération Exo Div.
- Contraception : certaines pilules contraceptives, les dispositifs intra-utérins (DIU) ou stérilets, les diaphragmes et les progestatifs injectables, sont pris en charge sur prescription médicale, de façon confidentielle et sans avance de frais pour les jeunes femmes de moins de 26 ans (au-delà dans les conditions habituelles de prise en charge : 65% RO).
- Les implants contraceptifs hormonaux sont pris en charge à 100 % pour les femmes de 18 ans à moins de 26 ans, et à 65 % à partir de 26 ans jusqu'à 40 ans
- Préservatifs : prise en charge gratuite de préservatifs pour les moins de 26 ans, homme ou femme et sans minimum d'âge, à hauteur d'une boîte par délivrance. La prise en charge à similaire à celle de la contraception d'urgence pour les mineures ou femmes de moins de 26 ans (voir mémo).

On utilise une procédure spéciale, dite « urgence contraception ». Cette facturation est remboursée à 100% par la CPAM et la transmission est sécurisée.

<https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/regles-delivrance-prise-charge/delivrance-contraception>

<https://www.meddispar.fr/Actualites/2023/Mise-a-jour-des-publications-dediees-aux-Contraceptifs-delivres-a-titre-gratuit#nav-buttons>

L'aide sociale à l'enfance (ASE)

Elle est accordée à des enfants victimes d'un contexte social difficile et souvent placés dans des foyers ou des familles d'accueil. Les bénéficiaires possèdent désormais une carte d'assuré social couplée avec une carte dite "Carte A.S.E." qui leur donne droit à la gratuité des soins toujours sur la base du remboursement de la Sécurité sociale de manière équivalente au régime de l'aide médicale. Là encore, selon les régions, des particularités de remboursement pour certains produits peuvent exister et il est important de se renseigner sur ces éventuelles particularités.

Remboursement des frais pharmaceutiques pour les personnes gardées à vue

Les demandes de remboursement des frais pharmaceutiques des personnes gardées à vue sont depuis le 1^{er} janvier 2024 à effectuer auprès de l'Assurance Maladie.

Remboursement des frais pharmaceutiques pour les détenus ou personnes en aménagement de peine

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les détenus tout au long de leur incarcération et les personnes en aménagement de peine bénéficient d'une prise en charge totale sans dépassement de leurs médicaments par la Sécurité sociale.