

GUIDE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES DONNEURS VIVANTS D'ÉLÉMENTS DU CORPS HUMAIN

Le don du vivant apporte des solutions médicales dans les domaines de la greffe d'organes, de la greffe de cellules souches hématopoïétiques et de la procréation médicalement assistée. Ces thérapeutiques sont possibles grâce à la démarche altruiste de donneurs vivants qui ne reçoivent aucune contrepartie. De leur côté, les établissements de santé en charge du prélèvement des donneurs ont pour obligation de garantir la neutralité financière de leur don, de sorte que l'ensemble de la démarche de don ainsi que le suivi médical qui en découle n'occasionnent aucune dépense à leur charge.

La neutralité financière du don est encadrée par différents textes législatifs et réglementaires. L'assurer nécessite de mettre en relation l'Assurance maladie, les établissements de santé et les professionnels de santé exerçant en ville. La multiplicité des textes et des acteurs rend aujourd'hui l'application de ce principe complexe. L'Agence de la biomédecine constate, en effet, que les délais de remboursement des frais avancés par les donneurs sont longs et qu'un nombre encore trop important d'entre eux subit des pertes financières.

Ce guide d'informations et de recommandations vise donc à rendre plus efficace la prise en charge financière des donneurs. Il s'adresse à la fois aux équipes chargées de mettre en œuvre le don du vivant, et aux équipes de direction des établissements de santé. Il porte sur les quatre types de don du vivant : les organes, les cellules souches hématopoïétiques, les gamètes (ovocytes et spermatozoïdes) et les embryons.

Sur la base des références réglementaires listées en annexe, ce guide énonce en première partie les principes juridiques sous-jacents à la neutralité financière. Dans les parties 2 et 3, les démarches à suivre pour permettre la prise en charge intégrale des soins et le remboursement des frais du donneur sont détaillées. La situation particulière des donneurs ne résidant pas en France est traitée en partie 4. Enfin, les recettes allouées aux établissements de santé en charge du prélèvement sont rappelées en dernière partie.

J'espère que ce guide, que j'ai souhaité le plus synthétique et pratique possible, constituera un support de dialogue entre les acteurs de santé investis au plus près des donneurs et les professionnels administratifs des établissements de santé, ainsi que ceux des ARS et des CPAM, et qu'il permettra une amélioration des pratiques de prise en charge financière des donneurs vivants.



Anne Courrèges
Directrice générale
de l'Agence de la biomédecine

REMERCIEMENTS

Ce guide a été élaboré avec le concours des élèves directeurs de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) :

Maïlys MOUGINOT (**référente**)

Ahmed EL DJERBI

Adriano FELICITE

Marc WETE

Ce travail a été mené à la demande et grâce à l'appui d'un comité de pilotage de l'Agence de la biomédecine constitué des personnes suivantes :

Yoël SAINSAULIEU (Agence de la biomédecine/OFAS) (**responsable du projet**)

Françoise AUDAT (Agence de la biomédecine/DGPCSH)

Catherine FAUCHER (Agence de la biomédecine/DGPCSH)

Hélène LOGEROT (Agence de la biomédecine/OFAS)

Marie-Alice MACHER (Agence de la biomédecine/DPGOT)

Evelyne MARRY (Agence de la biomédecine/DGPCSH)

Françoise MERLET (Agence de la biomédecine/DPEGH)

Isabelle PIPIEN (Agence de la biomédecine/SRA)

Ann PARIENTE-KHAYAT (Agence de la biomédecine/PSQ)

Dominique ROYERE (Agence de la biomédecine/DPEGH)

Le comité de pilotage remercie les élèves directeurs pour leur implication, les professionnels de santé qui les ont accueillis dans leur établissement lors des 14 visites de terrain effectuées en 2013 ainsi que l'ensemble des relecteurs de ce guide.

SOMMAIRE

1	Principe de neutralité financière attaché au don du vivant	7
1.1	La définition du donneur vivant intègre les périodes de pré-don, don et post-don	7
1.2	Le don du vivant est soumis au principe de neutralité financière	7
1.3	La personne accompagnant le donneur bénéficie également de la neutralité financière.....	8
1.4	Les frais médicaux et non médicaux sont pris en charge par l'établissement préleveur	8
1.5	La prise en charge du donneur est assurée aussi longtemps que nécessaire	9
1.6	L'intervention de l'ONIAM est possible en cas d'accident médical	9
1.7	L'accès aux contrats d'assurance est garanti sans frais supplémentaires	9
2	Prise en charge des FRAIS MÉDICAUX	10
2.1	Généralités	10
2.2	Modalités de prise en charge des frais médicaux du donneur vivant d'un organe	12
2.3	Modalités de prise en charge des frais médicaux du donneur vivant de CSH	13
2.4	Modalités de prise en charge des frais médicaux de la donneuse d'ovocytes	14
2.5	Modalités de prise en charge des frais médicaux du couple donneur d'embryons	15
3	Remboursement des frais NON MÉDICAUX.....	16
3.1	Généralités	16
3.2	Compensation de la perte de revenus du donneur	17
3.3	Modalités de remboursement des frais non médicaux	19
4	Cas d'un donneur ne résidant pas en France	21
5	Financement des établissements de santé en charge du prélèvement	22
5.1	Don d'un organe	22
5.2	Don de CSH	23
5.3	Don d'ovocytes, de sperme et d'embryons	23

ANNEXES

Textes de référence

Fiche d'information du donneur (proposition de modèle)

Fiche de demande de remboursement (proposition de modèle)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Modalités de prise en charge des FRAIS MÉDICAUX du donneur vivant d'un ORGANE en fonction des étapes du don.....	12
Tableau 2. Modalités de prise en charge des FRAIS MÉDICAUX du donneur vivant de CSH en fonction des étapes du don.....	13
Tableau 3. Modalités de prise en charge des FRAIS MÉDICAUX de la donneuse d'OVOCYTES en fonction des étapes du don.....	14
Tableau 4. Modalités de prise en charge des FRAIS MÉDICAUX du couple donneur d'EMBRYONS ...	15
Tableau 5. Modalités de remboursement des frais NON MÉDICAUX	19
Tableau 6. Textes de référence	26

Recommandation de lecture :

Les tableaux présentent, **de façon synthétique**, les modalités de prise en charge et de remboursement. Pour faciliter leur compréhension, il est conseillé de **lire au préalable le chapitre 1** ainsi que, selon le domaine qui vous concerne, les chapitres **2.1** ou **3.1** qui traitent des généralités.

SIGLES

CACSS	Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale
CMU	Couverture maladie universelle
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSH	Cellules souches hématopoïétiques
CSHP	Cellules souches hématopoïétiques du sang périphérique
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
EFS	Etablissement français du sang
FAG	Forfait annuel greffe
GCSF	Granulocyte-colony stimulating factor (médicaments facteurs de croissance)
GHM	Groupe homogène de malades (classification médico-économique)
GHS	Groupe homogène de séjour (tarif)
IJ	Indemnités journalières
MIG	Mission d'intérêt général
MSA	Mutualité sociale agricole
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
RFGM	Registre France greffe de moelle
RSI	Régime social des indépendants
USP	Unité de sang placentaire

Dans l'ensemble du document, les références entre crochets [\[réf. n\]](#) renvoient aux numéros des textes réglementaires tels que récapitulés dans le Tableau 6 page 26.

1 Principe de neutralité financière attaché au don du vivant

Le principe de la gratuité du don est posé dans le code civil et repris dans le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique. Il a pour corollaire la neutralité financière qui garantit aux donneurs vivants et aux personnes qui les accompagnent le remboursement intégral des frais qu'ils ont engagés au titre du don ainsi que la prise en charge des dépenses de soins par les établissements de santé en charge du prélèvement.

Les principes fondamentaux définis par les textes sont détaillés ci-dessous.

On entend par « **établissement préleveur** » l'établissement en charge du prélèvement d'organes, de CSH ou d'ovocytes, du recueil de spermatozoïdes ou du don d'embryons.

1.1 La définition du donneur vivant intègre les périodes de pré-don, don et post-don

La réglementation [\[réf. 2\]](#) accorde au terme de donneur une acception large qui recouvre trois cas de figure : le donneur potentiel, le donneur en cours de procédure de prélèvement et le donneur prélevé justifiant un suivi médical sur le long terme.

Le principe de neutralité financière s'applique donc également lorsque le processus de don est interrompu, quelle qu'en soit la raison (médicale ou personnelle) [\[réf. 3 et 4\]](#).

La prise en charge du donneur par l'établissement préleveur concerne la phase préalable au prélèvement (contrôle biologique et consultation médicale), le prélèvement lui-même, l'hospitalisation dans le cas du prélèvement d'un organe et le suivi médical du donneur après le don. Chaque donneur a droit à la prise en charge par l'Assurance maladie de ce suivi aussi longtemps que nécessaire [\[réf. 3 et 4\]](#).

1.2 Le don du vivant est soumis au principe de neutralité financière

C'est avec la loi de bioéthique de 1994¹ [\[réf. 2\]](#) relative au prélèvement d'organes que le législateur pose la règle de la neutralité financière du don du vivant. Elle s'exprime par une disposition prévoyant, en même temps que l'interdiction de toute rémunération, le remboursement de tous les frais occasionnés à la personne « qui se prête au prélèvement d'éléments de son corps ou à la collecte de ses produits² ». Ainsi, le principe de gratuité du don ou, plus exactement, d'absence de rémunération est corrélé dans son affirmation à celui de neutralité financière pour le donneur.

¹ La première loi, la loi Cavaillet, date de 1976 et a été abrogée depuis.

² Article L. 1211-4 du code de la santé publique.

Deux aspects de la neutralité financière, applicables à tous les types de don du vivant, ont ensuite été soulignés [\[réf. 3\]](#) au titre des principes généraux :

- ✓ l'intégralité des frais engagés lors des trois phases du don (le bilan, le prélèvement, la convalescence et le suivi) est prise en charge ;
- ✓ l'établissement de santé préleveur est désigné pour assurer la prise en charge financière.

Le premier signifie qu'il convient de prendre en charge intégralement les frais afférents au don, à savoir les consultations, les actes et les examens médicaux, l'indemnisation de la perte de revenus ainsi que les dépenses de transport et d'hébergement assumées par le donneur pour lui-même et éventuellement pour son accompagnant³.

Le second a pour conséquence, dans le domaine de la greffe, que l'établissement greffeur doit rembourser les acteurs de santé qui ont participé à la phase de préparation au don ou au prélèvement lui-même. Ainsi, dans le cas du don de cellules souches hématopoïétiques, l'établissement préleveur (mais non greffeur) ou le centre de l'EFS en charge de la phase de préparation au don et/ou du prélèvement se fait rembourser les frais engagés⁴ par l'établissement de santé qui effectue la greffe.

1.3 La personne accompagnant le donneur bénéficie également de la neutralité financière

Lorsque la présence d'un tiers est requise, ses frais non médicaux sont également pris en charge, dans les mêmes conditions que celles prévues pour le donneur.

La présence d'un accompagnant doit néanmoins se justifier par l'état de santé du donneur ou par son statut de titulaire de l'autorité parentale ou de représentant légal du donneur [\[réf. 3 et 4\]](#).

1.4 Les frais médicaux et non médicaux sont pris en charge par l'établissement préleveur

La réglementation relative à la neutralité financière du don du vivant est inscrite dans des dispositions du code de la santé publique [\[réf. 5, 6, 7\]](#) et dans le code de la sécurité sociale [\[réf. 8, 9, 10\]](#).

Il ressort de ces textes que la mise en œuvre du principe de neutralité financière du don du vivant concerne la totalité des frais médicaux (la participation de l'assuré est supprimée). Ainsi, les donneurs vivants sont exonérés du forfait journalier hospitalier et du ticket modérateur de sorte que leur prise en charge financière est intégrale, en ville⁵ comme à l'hôpital.

D'autre part, les textes garantissent le remboursement par l'établissement préleveur, sur production de justificatifs, des frais de transport, des frais d'hébergement hors hospitalisation⁶ et de la perte de revenus, dispositions qui concernent le donneur et son accompagnant [\[réf. 3, 4, 12, 13, 14, 15\]](#).

Le remboursement des frais de transport et d'hébergement concerne également les déplacements afférents aux examens et soins qui précèdent ou suivent le prélèvement ainsi que les déplacements effectués pour le recueil du consentement du donneur [\[réf. 17\]](#).

Les frais de repas ne sont pas spécifiquement cités [\[réf. 17 et 18\]](#). Il revient à l'établissement de définir ses propres règles en la matière.

³ Les frais de garde d'enfants, d'aide-ménagère et d'interprétariat sont également pris en compte (voir le chapitre 3).

⁴ Les frais intègrent également les dépenses de médicaments facteurs de croissance (GCSF).

⁵ Lorsque les actes sont réalisés en ville, le ticket modérateur peut être avancé par le donneur, à l'exception des donneuses d'ovocytes qui en sont exonérées (voir le chapitre 2).

⁶ Les frais de garde d'enfants, d'aide-ménagère et d'interprétariat sont également pris en compte (voir le chapitre 3).

1.5 La prise en charge du donneur est assurée aussi longtemps que nécessaire

La réglementation prévoit que les « frais de suivi et de soins assurés au donneur en raison du prélèvement dont il a fait l'objet » sont à la charge de l'établissement de santé qui assure le prélèvement. Ils doivent donc être remboursés au donneur aussi longtemps que ce suivi s'avère nécessaire d'un point de vue médical [\[réf. 3 et 4\]](#).

De même, le remboursement des frais d'hébergement et de transport est dû dans le cadre des déplacements afférents aux examens et aux soins qui suivent le prélèvement ou la collecte [\[réf. 14\]](#).

1.6 L'intervention de l'ONIAM est possible en cas d'accident médical

Dans l'hypothèse où un accident médical se produirait à l'occasion du don, sans qu'une faute puisse être reprochée à l'établissement préleveur, la réparation du préjudice pourra le cas échéant être portée devant l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) au titre de la solidarité nationale, puisque le prélèvement d'un organe, de tissus ou de cellules sur une personne qui en fait don dans l'intérêt thérapeutique d'un receveur est assimilé à un acte de soins [\[réf. 5\]](#).

1.7 L'accès aux contrats d'assurance est garanti sans frais supplémentaires

La loi de bioéthique de 2011 [\[réf. 2\]](#) a étendu le principe de neutralité financière du don du vivant au domaine de l'assurance. Ainsi « toute discrimination directe ou indirecte fondée sur la prise en compte d'un don d'organes comme facteur de refus de contrat d'assurance ou dans le calcul des primes et des prestations offertes au donneur ayant pour effet des différences en matière de primes et de prestations est interdite » [\[réf. 20\]](#).

2 Prise en charge des FRAIS MÉDICAUX

Ce chapitre concerne tous les donneurs vivants : donneur d'un organe, de CSH, de gamètes et couple effectuant un don d'embryons. Il s'applique au cas général d'un donneur résident en France et engagé dans un processus de don sur le territoire français. Le cas particulier du donneur d'un organe et de CSH non-résident est traité chapitre 4.

2.1 Généralités

La prise en charge des frais médicaux par les prestataires de soins hospitaliers ou libéraux est intégrale, aucune dépense médicale ne devant rester à la charge du donneur.

Depuis la modification de l'article R. 1211-8 du code de la santé publique par décret du 24 février 2009, les demandes de prise en charge aux caisses d'assurance maladie sont autorisées. Cette levée d'anonymat permet donc la facturation des soins à l'Assurance maladie⁷.

Les conditions de prise en charge par l'Assurance maladie sont similaires pour les différents régimes d'assurance maladie (travailleurs salariés, indépendants...), pour les bénéficiaires de la CMU et, en l'absence de précision contraire, pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat [\[réf. 21\]](#).

Pour le don d'ovocytes, l'inscription du statut de donneuse sur la carte Vitale garantit une prise en charge intégrale des frais médicaux, en ville comme à l'hôpital, pour une durée de 6 mois maximum.

Pour tous les autres dons, les actes réalisés à l'hôpital sont intégralement pris en charge alors qu'en ville, une avance peut être demandée au donneur. Elle lui sera ensuite remboursée par l'établissement de santé en charge du prélèvement.

Une procédure d'identification des donneurs est à prévoir dans le système d'information de l'établissement préleveur pour faciliter la gestion de leur prise en charge et garantir l'application du principe de neutralité financière.

Aucun paiement ni aucune avance ne doit être demandé au donneur.

⁷ La facturation entre prestataires de soins implique, en revanche, le respect de l'anonymat du donneur : voir le cas des établissements EFS au chapitre 2.3.



ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS MÉDICAUX D'UN DONNEUR VIVANT

1. Lors de son premier passage au bureau des entrées, le donneur fournit sa carte Vitale et le cas échéant sa carte de complémentaire santé.
2. L'établissement de santé renseigne le statut de « donneur vivant » dans le système d'information pour, notamment, éviter l'envoi de factures au domicile.
3. L'établissement prend à sa charge le ticket modérateur et, le cas échéant, se fait rembourser une partie par la complémentaire santé du donneur.
4. Si des examens prescrits par le médecin hospitalier ou de l'EFS sont effectués en ville à proximité du lieu de résidence du donneur, celui-ci doit présenter sa carte Vitale et, le cas échéant, sa carte de complémentaire santé.

Selon le type de don, 2 systèmes coexistent :

Don d'ovocytes

La donneuse est exonérée du ticket modérateur et bénéficie d'une prise en charge à 100 % durant 6 mois, inscrite sur sa carte Vitale. Pour cela, elle aura rempli avec son médecin préleveur un formulaire de protocole de prise en charge de soins, lui-même validé par le médecin-conseil de l'Assurance maladie. Les acteurs de santé, en ville comme à l'hôpital, cocheront les items « exonération du ticket modérateur » et « soins conformes au protocole ALD » sur les feuilles de soins.

Autres dons

Le donneur vivant d'un organe et de CSH ainsi que le couple effectuant un don d'embryons ne bénéficient pas de régime d'exonération spécifique via la carte Vitale. Si le donneur est pris en charge par un prestataire de soins libéraux en ville, il présente sa carte Vitale à ce professionnel de santé qui établit une facture du montant de l'acte à payer. La facture doit être envoyée à l'établissement préleveur qui remboursera le professionnel de santé. A défaut, le donneur l'acquitte et demande ensuite le remboursement à l'établissement préleveur sur présentation du justificatif (voir le modèle de fiche de demande de remboursement du donneur en annexe). Si le donneur bénéficie d'une prise en charge par une complémentaire santé, il devra présenter les justificatifs afin que l'établissement rembourse le reste à charge au vu des décomptes de la sécurité sociale et de la complémentaire santé.

Par ailleurs, le donneur est exonéré du ticket modérateur et du forfait journalier au sein des établissements de santé.

2.2 Modalités de prise en charge des frais médicaux du donneur vivant d'un organe

Tableau 1. Modalités de prise en charge des FRAIS MÉDICAUX du donneur vivant d'un ORGANE en fonction des étapes du don

ÉTAPES	ACTIVITÉS MÉDICOTECHNIQUES	RÈGES DE PRISE EN CHARGE
Bilan pré-don	Vérification de l'absence de contre-indications → Typage HLA cross-match → Scanner → Mammographie → Filtration glomérulaire → Scintigraphie rénale → Echographies rénale → Prise de sang pour examens bactériologiques et sérologiques → Consultations de spécialistes (dont psychologue) → Autres examens paracliniques	Les actes médicotechniques et de laboratoire de biologie sont facturés à l'Assurance maladie par le prestataire de soins (établissement de santé ou cabinet libéral). Le ticket modérateur est à la charge de l'établissement de santé préleveur.
Don	Prélèvement du donneur → Hospitalisation complète pour le prélèvement (GHS) → Consultations de spécialistes	L'hospitalisation (GHS) et la consultation sont facturées à l'Assurance maladie par l'établissement de santé préleveur. Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier sont à la charge de l'établissement de santé.
Suivi post-don	Bilans → Consultation annuelle → Examens médicaux → Analyses biologiques	Les actes médicotechniques et de laboratoire de biologie sont facturés à l'Assurance maladie par le prestataire de soins (établissement de santé préleveur ou cabinet libéral). Le ticket modérateur est à la charge de l'établissement de santé préleveur.

Remarque : le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier à la charge des établissements de santé sont compensés par le forfait annuel greffe (FAG) relatif aux greffes d'organes (voir le chapitre 5).

2.3 Modalités de prise en charge des frais médicaux du donneur vivant de CSH

Tableau 2. Modalités de prise en charge des FRAIS MÉDICAUX du donneur vivant de CSH en fonction des étapes du don

ÉTAPES	ACTIVITÉS MÉDICOTECHNIQUES	RÈGES DE PRISE EN CHARGE
Inscription sur le fichier national des donneurs de moelle osseuse	→ Consultations médicales → Bilan sanguin/HLA	Le centre donneur EFS ou hospitalier assure la prise en charge du donneur. Chaque inscription au registre France greffe de moelle est prise en charge financièrement par l'Agence de la biomédecine.
Bilan pré-don des donneurs apparentés sélectionnés	Vérification de l'absence de contre-indications → Bilan sanguin pré-don et bilan paraclinique → Consultation de l'anesthésiste → Consultation du médecin greffeur hématologue → Consultation du médecin préleveur → Le cas échéant, consultations de spécialistes	Les actes médicotechniques et de laboratoire de biologie sont facturés à l'Assurance maladie par le prestataire de soins (établissement de santé préleveur ou cabinet libéral). Le ticket modérateur est à la charge de l'établissement de santé préleveur. Les bilans réalisés par des établissements de l'EFS sont facturés⁸ aux établissements greffeurs ou à l'Agence de la biomédecine si l'allogreffe a lieu à l'étranger.
Don	Prélèvement du donneur par cytophérèse → Phase de préparation : injection de facteurs de croissance délivrés par la PUI → Actes infirmiers → Hospitalisation de jour pour la cytophérèse (GHS) → Bilans de contrôle Prélèvement de moelle osseuse → Hospitalisation pour le prélèvement (GHS)	Les actes médicotechniques et de laboratoire de biologie sont facturés à l'Assurance maladie par le prestataire de soins (établissement de santé préleveur ou cabinet libéral). L'hospitalisation pour le don (GHS) est facturée à l'Assurance maladie par l'établissement de santé préleveur. Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier sont à la charge de l'établissement de santé. Les prélèvements par cytophérèse réalisés par des établissements de l'EFS sont facturés⁹ aux établissements greffeurs ou à l'Agence de la biomédecine si l'allogreffe a lieu à l'étranger.
Suivi post-don	→ Consultation annuelle pendant 5 à 10 ans	Les consultations sont facturées à l'Assurance maladie par le prestataire de soins (établissement de santé préleveur ou cabinet libéral). Le ticket modérateur est à la charge de l'établissement de santé.

Remarque : le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier à la charge des établissements de santé sont compensés par le forfait annuel greffe (FAG) relatif aux greffes de CSH (voir le chapitre 5).

⁸ N'ayant pas un statut d'établissement de santé, l'EFS ne peut pas facturer d'actes à l'Assurance maladie.

⁹ Idem note précédente.

2.4 Modalités de prise en charge des frais médicaux de la donneuse d'ovocytes

Tableau 3. Modalités de prise en charge des FRAIS MÉDICAUX de la donneuse d'OVOCYTES en fonction des étapes du don

ÉTAPES	ACTIVITÉS MÉDICOTECHNIQUES	RÈGES DE PRISE EN CHARGE
Bilan pré-don	Vérification d'absence de contre-indications → Consultations de spécialistes → Echographie pelvienne → Prise de sang pour examens bactériologiques et sérologiques → Prise de sang pour dosage AMH → Bilan hormonal	Les actes médicotechniques et de laboratoire de biologie sont facturés à l'Assurance maladie par le prestataire de soins (établissement de santé préleveur ou cabinet libéral). La donneuse bénéficie d'une prise en charge à 100 % qui l'exonère du ticket modérateur pour une période de 6 mois. Le ticket modérateur est à la charge du centre clinicobiologique.
Don	→ Consultations → Prise de sang pour examens bactériologiques et sérologiques → Prise de sang pour dosage AMH → Phase de préparation : injection d'hormones de croissance délivrées par la pharmacie hospitalière → Actes infirmiers → Echographie pelvienne → Hospitalisation de jour pour la ponction (GHS)	Les actes médicotechniques et de laboratoire de biologie sont facturés à l'Assurance maladie par le prestataire de soins (centre clinicobiologique ou cabinet libéral). L'hospitalisation pour la ponction d'ovocytes (GHS) est facturée à l'Assurance maladie par le centre clinicobiologique. La donneuse bénéficie d'une prise en charge à 100 % qui l'exonère du ticket modérateur pour une période de 6 mois. Le ticket modérateur est à la charge du centre clinicobiologique.
Suivi post-don	Traitements, soins, hospitalisation (le cas échéant)	Les hospitalisations (GHS) et les actes médicotechniques et de laboratoire de biologie sont facturés à l'Assurance maladie par le prestataire de soins (centre clinicobiologique ou cabinet libéral). La donneuse bénéficie d'une prise en charge à 100 % qui l'exonère du ticket modérateur pour une période de 6 mois. Le ticket modérateur est à la charge de l'établissement de santé.

Remarque : le ticket modérateur à la charge des établissements de santé est compensé par la dotation MIG « Surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité » (voir le chapitre 5).

2.5 Modalités de prise en charge des frais médicaux du couple donneur d'embryons

Tableau 4. Modalités de prise en charge des FRAIS MÉDICAUX du couple donneur d'EMBRYONS

ÉTAPES	ACTIVITÉS MÉDICOTECHNIQUES	RÈGES DE PRISE EN CHARGE
Bilan pré-don	Vérification de l'absence de contre-indications → Consultations de spécialistes (psychologue, gynécologue) → Caryotype → Examens biologiques et sérologiques	Les actes médicotechniques et de laboratoire de biologie sont facturés à l'Assurance maladie par le prestataire de soins (centre clinicobiologique en charge du couple donneur ou cabinet libéral). Le ticket modérateur est à la charge du centre clinicobiologique en charge du couple donneur.
Don	Sans objet	
Suivi post-don	Sans objet	

Remarque : le ticket modérateur à la charge des établissements de santé est compensé par la dotation MIG « Surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryons et de la préservation de la fertilité » (voir le chapitre 5).

3 Remboursement des frais NON MÉDICAUX

Ce chapitre concerne tous les donneurs vivants : donneur d'un organe, de CSH, de gamètes et couple effectuant un don d'embryons. Il s'applique au cas général d'un donneur résidant en France et engagé dans un processus de don sur le territoire français. Le cas particulier du donneur d'un organe et de CSH non-résident est traité au chapitre 4.

3.1 Généralités

En pratique, le donneur vivant avance les frais non médicaux et se fait rembourser intégralement ses dépenses, ainsi que celles de son accompagnant par l'établissement de santé préleveur, au fil de l'eau ou à la fin de la démarche de don.

Pour les mineurs, les titulaires de l'autorité parentale sont considérés comme accompagnants et bénéficient donc de la prise en charge des frais non médicaux.

Les dépenses en question sont les frais de transport et d'hébergement, la perte de revenus, les frais de repas et, plus rarement, les frais de garde d'enfants et d'interprétariat.

En l'absence de référence réglementaire pour les dépenses de restauration, de garde d'enfants et d'interprétariat, il revient à l'établissement de définir ses propres règles en la matière.



ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS NON MÉDICAUX D'UN DONNEUR VIVANT

1. L'établissement de santé intègre **une procédure d'identification du donneur dans son système d'information** pour assurer le remboursement des frais non médicaux.
2. Le donneur est informé du contenu de la prise en charge médicale et des démarches administratives via **une fiche d'information** (voir le modèle de fiche d'information du donneur vivant joint en annexe). L'équipe qui prend en charge le donneur doit indiquer sur le document les coordonnées de la personne référente qui centralisera les demandes d'information et de remboursement émanant du donneur.
3. **Une fiche de demande de remboursement** sur laquelle le donneur indique chaque dépense en précisant la nature, la date, le lieu et le montant (voir le modèle joint en annexe). Le donneur conserve l'ensemble des **pièces permettant de justifier ses dépenses et ses transports**.
4. Si le donneur est hospitalisé et/ou si son état de santé le justifie, il doit être placé en **congé maladie** pour la période du prélèvement (voir le chapitre 3.2 sur la compensation de la perte de revenus).
5. Le donneur remet la fiche spécifique de demande de remboursement et l'ensemble des pièces justificatives à **la personne référente**.

3.2 Compensation de la perte de revenus du donneur

Les règles de compensation de la perte de revenus du donneur sont les suivantes :

- ✓ Si le donneur subit une **perte de revenus**¹⁰, il doit être indemnisé par l'établissement préleveur sur présentation de justificatifs.
- ✓ L'indemnisation compense la perte de revenus après déduction des prestations éventuellement perçues par le donneur : indemnités journalières versées par l'Assurance maladie et prise en charge par des organismes complémentaires (mutuelles ou assurances privées).
- ✓ L'indemnisation tient compte du **délai de carence** et ne peut excéder **le quadruple**¹¹ [réf. 14] de l'indemnité journalière prévue par le régime général de la sécurité sociale¹².

Cette indemnisation intervient en compensation des journées d'absence au travail [réf. 4], selon 3 cas de figure présentés dans l'encadré ci-dessous.



JOURS D'ABSENCE ET COMPENSATION DE LA PERTE DE REVENUS : 3 CAS DE FIGURE

- 1. Les jours d'absence au travail correspondent au bilan pré-don, à l'accomplissement des formalités auprès du tribunal de grande instance ou du comité donneur vivant et à d'éventuels examens et soins à distance du prélèvement.**
→ Dans la mesure où ces absences ne justifient pas la prescription d'arrêts maladie, l'établissement préleveur compense la perte de revenus du donneur conformément aux règles énoncées ci-dessus.
- 2. Les jours d'absence correspondent à la période d'hospitalisation du donneur¹³ et/ou à la période suivant sa sortie de l'hôpital s'il n'est pas en état de reprendre son travail.** Le donneur doit être régulièrement placé en congé maladie donnant lieu à déclaration auprès de la caisse d'assurance maladie du régime dont il relève et lui ouvrant droit, le cas échéant, au versement d'indemnités journalières.
→ Pendant la durée de cet arrêt de travail, l'établissement verse au donneur une indemnité conformément aux règles énoncées ci-dessus.
Si l'état de santé du donneur justifie également un arrêt maladie dans la période précédant le prélèvement, la compensation de revenus se fait dans les mêmes conditions.
- 3. Les jours d'absence correspondent à la période d'hospitalisation ou à la période suivant l'hospitalisation, mais se prolongent au-delà d'une durée considérée comme normale compte tenu de la nature du prélèvement pratiqué.**
→ Soit l'état de santé du donneur résulte d'une affection sans lien avec le prélèvement, auquel cas le régime d'indemnisation du donneur vivant ne s'applique plus.
→ Soit l'état de santé du donneur résulte d'une complication liée à l'intervention, auquel cas la responsabilité civile de l'établissement préleveur est engagée. Le versement d'indemnités par l'établissement préleveur est maintenu, mais change de nature.¹⁴

¹⁰ La compensation est calculée à partir du revenu net du donneur.

¹¹ Soit 172,52 € par jour (= 43,13 € x4). Montant maximum de l'indemnité journalière normale au 1^{er} janvier 2015.

¹² Voir sur le site <http://www.ameli.fr/> les conditions requises pour percevoir des indemnités journalières.

¹³ La modification de l'article R. 1211-8 par décret du 24 février 2009 autorise les demandes de prise en charge aux caisses d'assurance maladie des donneurs vivants.

¹⁴ Ainsi, l'établissement invite le patient à formuler une simple réclamation (demande de réparation du préjudice subi du fait de la complication), ce qui permet à l'hôpital de mettre en œuvre la procédure habituelle de droit commun en matière de responsabilité civile hospitalière, et donc de saisir son assureur aux fins d'une transaction sur l'indemnisation de la complication. C'est cette indemnisation du litige qui rétroactivement change la nature juridique des indemnités versées par l'établissement, **mais sans entraîner de changement ni de frais pour le donneur**.



SPÉCIFICITÉS POUR LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Les travailleurs indépendants sont soumis aux mêmes règles de compensation que les salariés.

En cas de congé maladie, un travailleur indépendant bénéficie des indemnités journalières propres à son régime spécial d'assurance maladie

Dans le cadre de la compensation de perte de revenus, **les travailleurs indépendants** doivent fournir à l'établissement préleveur la déclaration des revenus professionnels (DRP) des 3 dernières années envoyée à la Mutualité sociale agricole (MSA) ou au Régime social des indépendants (RSI). **Les commerçants et gérants d'entreprise doivent impérativement anticiper les conséquences de leur arrêt de travail** car aucun texte réglementaire en lien avec le don du vivant ne prévoit de compensation en cas de diminution du chiffre d'affaires de leur entreprise.

Si les travailleurs indépendants bénéficient d'une prise en charge par une complémentaire santé et/ou une assurance privée, les justificatifs doivent être fournis à l'établissement préleveur pour le calcul de la compensation de perte de revenus.



SPÉCIFICITÉS POUR LES DONNEURS INSCRITS À PÔLE EMPLOI

Les demandeurs d'emploi bénéficient de la compensation de revenus par l'établissement préleveur dans les mêmes conditions que les autres donneurs.

La perte de revenus causée par le prélèvement (et non par la perte d'activité professionnelle) doit donc être compensée par l'établissement préleveur sur la base de pièces justificatives.

La compensation correspond à la différence entre les revenus antérieurs au congé maladie du demandeur d'emploi (1) et les revenus qu'il perçoit effectivement pendant son congé maladie (2) à savoir :

- (1) les prestations sociales (allocation chômage, RSA..) et, le cas échéant, les revenus d'activité partielle,
- (2) les indemnités journalières versées par l'Assurance maladie pour les personnes inscrites à Pôle emploi depuis moins d'un an, les prestations sociales qui continuent d'être versées (*) et les éventuelles prises en charge par des complémentaires santé.

(*) L'indemnité journalière de l'Assurance maladie n'est pas cumulable avec l'allocation chômage. Son versement entraîne donc l'interruption des allocations de Pôle emploi pendant l'arrêt maladie, ce qui reporte d'autant de jours les droits à l'allocation chômage.

3.3 Modalités de remboursement des frais non médicaux

Ce chapitre concerne tous les donneurs vivants : donneur d'un organe, de CSH, de gamètes et couple effectuant un don d'embryons.

Le tableau ci-dessous présente les modalités de remboursement des frais non médicaux intervenant à toutes les étapes du don : bilan pré-don, don et suivi médical post-don [réf. 12 à 19].

Tableau 5. Modalités de remboursement des frais NON MÉDICAUX

FRAIS PRIS EN CHARGE	BASE DE CALCULS	MODALITÉS DE REMBOURSEMENT
Frais d'hébergement hors hospitalisation en lien avec le don	Frais réels, dans la limite de 10 fois le tarif du forfait journalier hospitalier ¹⁵ .	Sur présentation des justificatifs originaux et d'un certificat médical attestant la nécessité de la présence à proximité de l'hôpital.
Frais de déplacement : . vers l'hôpital ou un cabinet ou un laboratoire de ville pour consultations, analyses biologiques et examens . auprès du comité donneur vivant ou pour l'expression du consentement au tribunal de grande instance	En fonction de l'état de santé, le moyen de transport le plus adapté et économique sera retenu : → Train 2 ^e classe, avion classe économique (dès lors que les autres moyens de transport requièrent un temps de trajet supérieur à trois heures) → Voiture particulière : remboursement selon les indemnités kilométriques → VSL ou taxi sur prescription médicale Les frais résultant de l'utilisation d'autres moyens de transport terrestres individuels sanitaires ou non sanitaires ou d'un moyen de transport aérien sont remboursés si leur prescription est médicalement justifiée par l'état de santé du donneur [réf. 19].	Sur présentation des justificatifs de transports originaux et d'un certificat médical récapitulant les différents déplacements : → Voiture : photocopie de la carte grise → Transports en commun : billet de train ou d'avion, tickets de métro, bus ou navette → Taxi : reçu et prescription médicale
Frais de bouche	Frais réels (selon les propres règles de l'établissement / voir conditions du décret [réf. 18] (15,25 € maximum par repas))	Sur présentation des justificatifs de dépenses originaux
Frais d'interprétariat	Frais réels (selon les propres règles de l'établissement)	Sur présentation des justificatifs de dépenses originaux et d'un certificat médical récapitulant les jours ayant nécessité de faire appel à ce service
Frais de garde d'enfant	Frais réels (selon les propres règles de l'établissement)	Sur présentation des justificatifs de dépenses originaux et d'un certificat médical récapitulant les jours ayant nécessité de faire appel à ce service

¹⁵ Soit 180 € en septembre 2014

FRAIS PRIS EN CHARGE	BASE DE CALCULS	MODALITÉS DE REMBOURSEMENT
Indemnités pour perte de revenus	Frais réels dans la limite de 4 fois le montant maximum de l'indemnité journalière (IJ) du régime général de l'Assurance maladie	Sur présentation des justificatifs suivants : → Salariés : 3 derniers bulletins de salaire ou attestation de l'employeur de la perte de salaire nette par jour d'absence → Travailleurs indépendants : déclaration des revenus professionnels (DRP) des 3 dernières années (document comptable) → Travailleurs salariés et indépendants : indemnités de l'Assurance maladie et autres prises en charge par des complémentaires santé ou des assurances privées
Si des frais, par exemple de garde d'enfants, sont couverts par une complémentaire santé (mutuelle), les justificatifs doivent également être fournis à l'établissement préleveur.		

4 Cas d'un donneur ne résidant pas en France

Ce chapitre concerne **les donneurs vivants d'un organe et de CSH** ne résidant pas en France, non couverts par l'Assurance maladie, pris en charge sur le territoire français dans le cadre de dons pour des receveurs résidant en France.

Les conditions posées par la réglementation en vigueur permettant le don du vivant ne prévoient pas de dispositions spécifiques relatives à la nationalité du donneur¹⁶. Ainsi, le principe de neutralité financière s'applique au donneur non-résident (non assuré social en France) pris en charge sur le sol français bien que le prestataire de soins en charge du prélèvement ne soit pas en mesure de facturer d'actes à l'Assurance maladie.

Le droit commun s'applique au donneur non-résident en France sous réserve des recommandations de la commission administrative de coordination des systèmes de sécurité sociale (CACSS) [\[réf. 1\]](#).

Ressortissants européens¹⁷

- ✓ Frais médicaux et non médicaux : les dépenses relatives aux prestations de soins, de transport, d'hôtellerie, etc¹⁸..., doivent être remboursées s'il est établi que les autorités compétentes du pays de résidence du donneur ne prévoient pas de remboursement en la matière. En l'absence de prise en charge par le système de protection sociale du donneur vivant non assuré en France, les prestations en nature sont donc à la charge de l'établissement préleveur.
- ✓ Pertes de revenus : la compensation en cas de perte de revenus doit être assurée par les autorités compétentes du pays de résidence du donneur¹⁹. La compensation de revenus est donc du ressort du système de protection sociale du pays de résidence du donneur.

Donneurs non européens

Aucun texte ne mentionnant de conditions particulières, il est recommandé de s'en tenir aux règles définies pour les ressortissants européens.

La CACSS considère également que « Le donneur vivant [...] devrait être informé à l'avance de la couverture des soins de santé prévue, des modalités de remboursement des coûts liés aux dons transfrontaliers d'organes et de la compensation d'une éventuelle perte de revenus. »

¹⁶ S'agissant du don d'organe, l'article L. 1231-1 du code de la santé publique en définit les conditions en utilisant notamment les expressions « personne vivante » « donneur » ou « toute personne apportant la preuve » sans référence au lieu de résidence. L'article R. 322-9 du code de la sécurité sociale fait référence à « l'assuré », indépendamment de toute référence au lieu de résidence, dans ses dispositions qui suppriment la participation du donneur aux tarifs servant de base au calcul des prestations de soins engagés au titre du prélèvement d'éléments ou de la collecte de produits du corps humain.

¹⁷ LA CCASS est compétente pour les ressortissants des 28 pays de l'Union européenne, de l'Islande, du Liechtenstein de la Norvège et de la Suisse.

¹⁸ Les autorités compétentes d'un receveur d'organe « doivent trouver une solution humaine et rembourser les prestations en nature que nécessite le don transfrontalier d'organes de donneurs vivants si la législation applicable au donneur ne prévoit pas qu'il a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie. »

¹⁹ « L'autorité compétente du donneur doit fournir les prestations en espèces de l'assurance maladie prévues par sa législation, quel que soit l'Etat membre dans lequel le don d'organe a été effectué et duquel provient le receveur. »

5 Financement des établissements de santé en charge du prélèvement

L'établissement de santé préleveur prend à sa charge les frais médicaux et les frais non médicaux.

Les actes médicaux et biologiques inscrits aux nomenclatures CCAM²⁰, NGAP²¹ et NABM²² ainsi que l'hospitalisation pour le prélèvement (GHS) sont facturables à l'Assurance maladie²³.

La part restant à la charge de l'établissement préleveur se limite donc aux frais non médicaux, au ticket modérateur, au forfait journalier hospitalier. Son financement est assuré via des moyens fléchés (dotation MIG, forfaits annuels) alloués aux établissements de santé. Si l'établissement préleveur n'est pas éligible à ces financements (établissement de l'EFS ou établissement non greffeur), il facture les charges à l'établissement greffeur.

Les tarifs et forfaits T2A étant mis à jour annuellement, il est recommandé de se reporter aux documents d'information relatifs au financement des établissements de santé disponibles sur le site de l'Agence de la biomédecine (www.agence-biomedecine.fr, site des professionnels) :

- ✓ Activités de prélèvement et de greffe d'organes et de CSH : activité Organes ou CSH, onglet Tarification à l'activité (T2A) dans le menu déroulant
→ www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/plaquette_financement_t2a2014.pdf
- ✓ Activités d'AMP : activité AMP, onglet Tarification à l'activité (T2A) dans le menu déroulant
→ www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/plaquette_financement_t2a_2014_pegh_vdef.pdf

5.1 Don d'un organe

Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier ainsi que le remboursement des frais non médicaux du donneur sont couverts par le Forfait annuel greffe Organes (FAG Organes).

Le FAG Organes est alloué une fois par an aux établissements autorisés à la greffe d'organes sur la base de l'activité réalisée au cours de l'année N-1. Il est calculé par l'Agence de la biomédecine et versé aux établissements par les ARS l'année N.

La nature des activités transversales financée par le FAG Organes est détaillée dans le document d'information disponible sur le site de l'Agence de la biomédecine.

Le montant du FAG Organes est attribué aux établissements greffeurs par tranche de 5 greffes²⁴ réalisées à partir de donneurs vivants. Lors de la fixation du montant du FAG Organes, il a été tenu compte des donneurs qui ne vont pas au terme de la démarche de don.

²⁰ Classification commune des actes médicaux

²¹ Nomenclature générale des actes professionnels

²² Nomenclature des actes de biologie médicale

²³ Sauf pour l'EFS qui ne peut pas facturer d'actes à l'Assurance maladie.

²⁴ Nombre moyen sur les 3 dernières années

5.2 Don de CSH

Deux filières de prélèvement coexistent en France :

- ✓ **Le prélèvement est réalisé dans un établissement de l'EFS, par cytophérèse**
Dans ce cas, l'EFS prend à sa charge les frais médicaux et non médicaux qu'il facture à l'établissement greffeur ou à l'Agence de la biomédecine si l'allogreffe est réalisée à l'étranger.
- ✓ **Le prélèvement est réalisé dans un établissement de santé, par cytophérèse ou par prélèvement de moelle osseuse**
Dans ce cas, le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier sont à la charge de l'établissement de santé²⁵ ainsi que le remboursement des frais non médicaux du donneur, couverts par le Forfait annuel greffe CSH (FAG CSH). Le montant du FAG est attribué aux établissements autorisés à la greffe de CSH²⁶ pour chaque allogreffe de CSH réalisée à partir d'un donneur apparenté ou non apparenté.

Si l'établissement réalise le prélèvement pour le compte d'un établissement tiers en charge de la greffe, il facture les actes à l'assurance maladie du donneur et les dépenses supplémentaires (dépenses non médicales, ticket modérateur, forfait journalier hospitalier, médicaments facteurs de croissance, etc.) à l'établissement en charge de la greffe.

Si l'allogreffe a lieu à l'étranger, l'établissement prend à sa charge la totalité des frais médicaux et non médicaux qu'il facture à l'Agence de la biomédecine.

Le FAG CSH finance des activités transversales²⁷ telles que : l'accès aux registres nationaux et internationaux, les coûts de recherche du donneur (typage HLA), les médicaments facteurs de croissance des donneurs apparentés, l'achat des greffons de moelle osseuse ou de sang périphérique²⁸ et d'USP en France ou à l'étranger, la prise en charge du donneur vivant (bilans, typage HLA, remboursement des transports et restauration etc.), la coordination de la greffe.

Son montant est calculé annuellement par l'Agence de la biomédecine et notifié aux établissements concernés par l'ARS. Il est attribué pour chaque greffe, selon le type et le nombre de prélèvement de CSH. Lors de la fixation du montant du FAG CSH, il a été tenu compte des donneurs qui ne vont pas au terme de la démarche de don.

5.3 Don d'ovocytes, de sperme et d'embryons

Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier²⁹ à la charge de l'établissement de santé ainsi que le remboursement des frais non médicaux du donneur sont couverts par la MIG AMP « Surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité ».

La MIG est allouée une fois par an aux centres clinicobiologiques bénéficiant d'une autorisation en cours de validité sur la base de l'activité N-2 déclarée à l'Agence de la biomédecine.

Les sommes versées sont fonction du type de don.

²⁵ L'hospitalisation du donneur de moelle osseuse donne lieu à la facturation du GHM « Donneurs de moelle » (N^{os} 16M071, 16M072, 16M073, 16M074).

²⁶ Lorsque le greffon est importé, les coûts afférents à ces activités sont également financés via le FAG CSH.

²⁷ Les médicaments facteurs de croissance sont intégrés aux prix des greffons achetés en France ou importés de l'étranger.

²⁹ Dans le cas du don d'ovocytes, la donneuse est exonérée du ticket modérateur et du forfait hospitalier, du fait de sa prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Financement du don d'ovocytes

La dotation MIG AMP dédiée à l'activité de don d'ovocytes est calculée en fonction du nombre annuel de ponctions d'ovocytes en vue de don. Les dons exclusifs sont comptabilisés ainsi que les dons effectués en cours d'une FIV ou ICSI (partage d'ovocytes)

Quatre niveaux forfaitaires sont définis en fonction de l'activité contractualisée selon le nombre de ponctions d'ovocytes réalisées en vue de don.

Les établissements qui démarrent l'activité bénéficient d'un forfait de démarrage.

Financement du don de sperme

La dotation MIG AMP dédiée à l'activité de don de sperme est calculée en fonction du nombre de paillettes délivrées l'année N-2.

L'indicateur d'activité est le nombre annuel de paillettes délivrées quelle que soit l'année de congélation des spermatozoïdes et quel que soit le lieu d'utilisation des paillettes.

Financement de l'accueil d'embryon

La dotation MIG AMP dédiée à l'activité d'accueil d'embryon est calculée en fonction du nombre de couples receveurs pris en charge l'année N-2.

L'indicateur d'activité est le nombre annuel de couples ayant bénéficié d'au moins un transfert d'embryon(s) dans le cadre d'un accueil.

Les établissements qui démarrent l'activité bénéficient du niveau 1.

ANNEXES

Textes de référence

Tableau 6. Textes de référence

N° DE LA RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES RÉGLEMENTAIRES ET PRINCIPES ÉNONCÉS	
Texte européen de la commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale		
1	Recommandation S1 du 15 mars 2012 relative aux aspects financiers des dons transfrontaliers d'organes de donneurs vivants.	
Textes législatifs sur la bioéthique		
2	Loi n°96-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.	Consentement présumé du donneur Anonymat du donneur pour le receveur Gratuité du don
Prise en charge des frais afférents au prélèvement d'organes de tissus ou cellules.		
3	Décret n°2000-409 du 11 mai 2000 relatif au remboursement des frais engagés à l'occasion du prélèvement d'éléments ou de la collecte de produits du corps humain à des fins thérapeutiques et complétant le code de la santé publique, articles R 665-70-1 à 5 (modifié par décret le 24 février 2009).	Remboursement des frais de transport et d'hébergement Perte de revenus du donneur Remboursement des transports
4	Circulaire DSS/DH/DGS n° 2000-357 du 30 juin 2000 relative à la prise en charge des frais afférents au prélèvement ou au recueil d'organes, de tissus ou de cellules - y compris les gamètes - issus du corps humain à des fins thérapeutiques.	Dispositifs de remboursement des frais et de compensation de perte de revenus identiques pour l'accompagnant Prise en charge du bilan et du suivi du donneur Remboursement des frais du donneur potentiel non prélevé
Prise en charge des frais médicotechnique par l'établissement préleveur		
5	CSP article L. 1211-4	Pas de paiement à l'acte et prise en charge par l'établissement préleveur
6	CSP article R. 1211-8 (modifié par décret le 24 février 2009)	Frais d'examens et de traitements avant le don, au cours du prélèvement et pour le suivi
7	CSP article R. 1211-9	Frais d'analyses biologiques
Exonération des frais médicotechniques par l'Assurance maladie		
8	CSS article L. 174-4	Exonération du forfait journalier hospitalier
9	CSS article L. 322-3 18°	Exonération de la participation de l'assuré (ticket modérateur)
10	CSS article R. 322-9 3°	Exonération du tarif de prestation

N° DE LA RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES RÉGLEMENTAIRES ET PRINCIPES ÉNONCÉS
Païement des actes de soins liés à des prélèvements sur donneur vivant aux établissements de santé par l'Assurance maladie	
11	CSS articles L. 164-1 et R. 164-1

Remboursement des frais non médicaux par l'établissement en charge du prélèvement		
12	CSP article R. 1211-2, R. 1211-3	Transports
13	CSP article R. 1211-2, R. 1211-4 et http://www.ameli.fr/(forfait journalier hospitalier)	Hébergement
14	CSP article R. 1211-5 et R. 1211-6 (<i>modifiés par décret le 24 février 2009</i>)	Perte de revenus, transport et hébergement
15	CSP article R. 1211-6 (<i>modifié par décret le 24 février 2009</i>)	Remboursement des frais avant après le don
16	CSP article R. 1211-7.	Remboursement des dépenses de l'accompagnant par l'établissement préleveur
17	Décret n°92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique hospitalière sur le territoire métropolitain de la France	Calcul des frais de déplacement
18	Décret 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.	
19	Barèmes kilométriques de l'année en cours publiés au Bulletin officiel des finances publiques	Calcul des frais kilométriques (voitures et 2 roues)

Non-discrimination du donneur souhaitant souscrire une assurance pour un prêt	
20	Code des assurances, article L. 111-8.

Aide médicale d'Etat	
21	Code de l'action sociale et des familles, article R. 251-1

Fiche d'information du donneur
Fiche de demande de remboursement

(proposition de modèles)

Fiche d'information du donneur vivant

Coordonnées de votre référent

Nom :	Prénom :
Téléphone :	
Hôpital :	Service :

La loi garantit au donneur vivant la neutralité financière pour l'ensemble de étapes du don, depuis la première consultation de confirmation du don jusqu'au suivi médical plusieurs années après le don.

Les dépenses liées au don sont donc intégralement prises en charge par l'hôpital, même si la démarche de don n'aboutit pas et que le prélèvement n'a pas lieu.

1 - Frais non médicaux

Vos frais non médicaux sont intégralement remboursés par l'hôpital à **toutes les étapes du don : bilan pré-don, don et suivi post-don**. Il en est de même pour votre accompagnant si votre état de santé nécessite l'assistance d'un tiers.

Frais pris en charge	Base de calculs	Modalités de remboursement
Frais d'hébergement hors hospitalisation en lien avec le don	Frais réels, dans la limite de 10 fois le tarif du forfait journalier hospitalier.	Sur présentation des justificatifs originaux et d'un certificat médical attestant la nécessité de la présence à proximité de l'hôpital.
Frais de transport : . déplacements vers l'hôpital ou un cabinet ou un laboratoire de ville pour consultations, analyses biologiques et examens . déplacements auprès du comité donneur vivant ou pour l'expression du consentement au tribunal de grande instance	En fonction de l'état de santé, le moyen de transport le plus adapté et économique sera retenu : → Train 2 ^e classe, avion classe économique (dès lors que les autres moyens de transport requièrent un temps de trajet supérieur à trois heures) → Voiture particulière : remboursement selon les indemnités kilométriques → VSL ou taxi sur prescription médicale Les frais résultant de l'utilisation d'autres moyens de transport terrestres individuels sanitaires ou non sanitaires ou d'un moyen de transport aérien sont remboursés si leur prescription est médicalement justifiée par votre état de santé.	Sur présentation des justificatifs de transports originaux et d'un certificat médical récapitulant les différents déplacements : → Voiture : photocopie de la carte grise → Transports en commun : billet de train ou d'avion, tickets de métro, bus ou navette → Taxi : reçu et prescription médicale
Frais de bouche	Frais réels (selon les propres règles de l'établissement)	Sur présentation des justificatifs de dépenses originaux
Frais d'interprétariat	Frais réels (selon les propres règles de l'établissement)	Sur présentation des justificatifs de dépenses originaux et d'un certificat médical récapitulant les jours ayant nécessité de faire appel à ce service
Frais de garde d'enfant	Frais réels (selon les propres règles de l'établissement)	Sur présentation des justificatifs de dépenses originaux et d'un certificat médical récapitulant les jours ayant nécessité de faire appel à ce service
Si des frais, par exemple de garde d'enfants, sont pris en charge par une complémentaire santé (mutuelle), les justificatifs doivent également être fournis à l'hôpital qui vous prend en charge.		

2 - Compensation des revenus

Si la démarche de don et l'arrêt de travail post-don entraînent une perte de revenus, vous êtes en droit de réclamer une compensation à l'hôpital sur la base de justificatifs. La compensation est calculée à partir de vos revenus nets, des indemnités journalières perçues par l'Assurance maladie en compensation des journées d'absence de travail et d'éventuelles prises en charge via des complémentaires santé ou des assurances privées.

La compensation de revenus n'est pas garantie à 100 % **pour les hauts revenus** dans la mesure où le plafond de compensation par l'hôpital est fixé, par la loi, à 4 fois le plafond de l'indemnité journalière du régime général de l'Assurance maladie soit au 1^{er} janvier 2014 : 171,08 € par jour (4 x 42,77 €).



- **Les donneurs commerçants et gérants d'entreprise doivent impérativement anticiper les conséquences de leur arrêt de travail** car aucun texte réglementaire en lien avec le don du vivant ne prévoit de compensation en cas de diminution du chiffre d'affaire. En revanche, la compensation de la perte de revenus est assurée.
- **Les donneurs inscrits à Pôle emploi** bénéficient également de la compensation de leurs revenus dans les mêmes conditions que les autres donneurs. La perte de revenus **causée par le prélèvement (et non par la perte d'activité)** doit donc être compensée par l'établissement préleveur sur la base de pièces justificatives : allocations chômage, RSA et le cas échéant : indemnités journalières de l'Assurance maladie, prise en charge par des complémentaires santé et revenus d'activité partielle.

Frais pris en charge	Base de calculs	Modalités de remboursement
Indemnités pour perte de revenus	Frais réels dans la limite de 4 fois le montant maximum de l'indemnité journalière (IJ) du régime général de l'Assurance maladie	Sur présentation des justificatifs suivants : → Salariés : 3 derniers bulletins de salaire ou attestation de l'employeur de la perte de salaire nette par jour d'absence → Travailleurs indépendants : déclaration des revenus professionnels (DRP) des 3 dernières années (document comptable) → Travailleurs salariés et indépendants : indemnités de l'Assurance maladie et autres prises en charge par des complémentaires santé ou des assurances privées

3 - Frais médicaux

3.1 Soins réalisés à l'hôpital

Les soins sont intégralement pris en charge par l'hôpital.

Vous devez, cependant, présenter votre carte Vitale et le cas échéant votre carte de complémentaire santé (mutuelle) pour chaque visite à l'hôpital (à la caisse pour les consultations externes ou au service des admissions pour les hospitalisations) afin que les actes de soins soient facturés à l'Assurance maladie.

Aucun reste à charge ne vous sera réclamé.



Vous ne devez pas recevoir de factures de la part de l'hôpital. Si vous en recevez, il ne faut pas les payer et contacter l'équipe qui vous a pris en charge.

3.2 Soins réalisés par un professionnel de santé libéral installé en ville (hors hôpital)

Lors d'examens réalisés en ville sur prescription du médecin hospitalier ou de l'EFS en charge du don, vous devez présenter votre carte Vitale et, le cas échéant, votre carte de complémentaire santé (mutuelle) et préciser que vous êtes donneur.

✓ **Cas du don d'ovocytes**

Vous bénéficiez d'une prise en charge à 100 % pour une période 6 mois via la carte Vitale.

Les professionnels de santé doivent donc indiquer sur la feuille de soins papier ou électronique : « exonération du ticket modérateur » et « soins conformes au protocole ALD ».

Ainsi les actes facturés à l'Assurance maladie seront pris en charge à 100 % et aucun reste à charge ne vous sera demandé.

✓ **Cas du don d'un organe, de CSH et d'embryons**

Il n'existe pas de régime d'exonération spécifique pour le donneur d'un organe et de CSH ou pour le couple effectuant un don d'embryons.

En cas de reste à charge, le professionnel de santé envoie la facture à l'hôpital où vous êtes pris en charge. Si ce n'est pas possible, vous acquittez la facture et demandez un remboursement à l'hôpital sur présentation de la facture et, le cas échéant, des justificatifs attestant de la prise en charge par votre complémentaire santé.

Fiche de demande de remboursement

A compléter par le référent

date :

Informations sur le donneur :

Nom :
Prénom :
Nature du don :
Pôle /service de prise en charge :
Personne référente :
Adresse du donneur:

Personne à contacter pour la demande de remboursement :

Nom :	Prénom :
Service :	Téléphone :
Adresse mail :	
Adresse postale :	

Les tableaux ci-dessous sont à compléter par le donneur lorsque des avances de frais ont été nécessaires.

Une fois visées par le référent, les trois parties de la « fiche de demande de remboursement » sont à envoyer au service de recouvrement des factures de l'hôpital, accompagnées de l'ensemble des justificatifs nécessaires.

Tableau des frais du donneur à compléter par le donneur

Déplacements pour examens et soins			Examens ayant entraînés une avance de frais		Frais non médicaux du donneur					
Types de visite : (consultation, échographie, prise de sang, hospitalisation...)	Lieu (hôpital, cabinet en ville)	Date			Transport		Hébergement		Repas	Autres
			Nature	Montant en €	Moyen de transport	Montant du billet en € ou nombre de kilomètres	Nature (hôtel...) et nombre de nuits	Montant en €	Nombre de repas payés	
Total en € :										

Visa du référent de l'hôpital (nom signature et date) :

Tableau de frais du ou des accompagnant(s) à compléter par le donneur

Déplacements de l'accompagnant		Frais de l'accompagnant					
Lieu	Date	Transport		Hébergement		Repas	Autres
		Moyen de transport	Montant du billet en € ou nombre de kilomètres	Nature (hôtel...) et nombre de nuits	Montant en €	Nombre de repas payés	
Total en € :							

Visa du référent de l'hôpital (nom signature et date) :



agence de la
biomédecine

Siège national

Agence de la biomédecine – 1 avenue du Stade de France
93212 Saint-Denis La Plaine Cedex – Tél. 01 55 93 65 50

www.agence-biomedecine.fr
www.juridique-biomedecine.fr