

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
22/09/70

Origine :
SDAM

MM les Présidents et Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)

MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

Réf. :

SDAM n° 40/70

Plan de classement :

24

Objet :

Règles à appliquer pour la prise en charge des séjours effectués dans des établissements non visés par les dispositions relatives à la prise en subsistance.

Pièces jointes :



Liens :

Date d'effet :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

Date de Réponse :

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

55 Avenue Bosquet - 75700 PARIS
Tél. 705.99.50

22/09/70 MM les Présidents et Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)

Origine :
SDAM MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : SDAM - n° 40/70

Objet : Règles à appliquer pour la prise en charge des séjours effectués dans des établissements non visés par les dispositions relatives à la prise en subsistance.

Par circulaire n° 6 SS du 7 février 1968, la Direction de l'Assurance Maladie et des Caisses de Sécurité Sociale a indiqué dans quelles conditions le système de la prise en subsistance pouvait provisoirement être maintenu, notamment pour les séjours dans les établissements de soins ou de cure expressément énumérés à l'article 11 du décret n° 67-1232 du 22 décembre 1967.

En outre, pour les établissements non repris audit article 11, mais comportant des séjours atteignant couramment trois mois, les organismes ont été invités à examiner dans "le même esprit les demandes de mise en subsistance" (circulaire ministérielle n° 23 SS du 7 mars 1968).

A cet effet, une liste des établissements visés par ces dernières instructions a d'ailleurs été adressée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et vous a été communiquée par lettres-circulaire n° 17-70 du 29 avril 1970 et n° 23-70 du 8 juin 1970.

Néanmoins, il subsiste certains inconvénients pour les séjours effectués dans des établissements n'entrant ni dans l'énumération de l'article 11, ni dans le cadre des instructions ministérielles du 7 mars 1968, sus-mentionnées.

Pour cette catégorie d'établissements - comprenant, en particulier, des maisons de repos dont les séjours se situent en général entre un et deux mois - la non application des anciennes règles de subsistance, entraîne des difficultés administratives et médicales, notamment en ce qui concerne les demandes de prolongation de séjour.

En effet, dans bien des cas, le contrôle médical de la Caisse d'affiliation est dans l'obligation de consulter le contrôle médical de la Caisse du lieu de l'établissement, avant de prendre sa décision.

Assez souvent, cette façon d'opérer comporte donc des circuits de liaisons importants, voire des retards, qui tendent à réduire l'efficacité du contrôle médical, tant pour statuer sur ces demandes de prolongation que pour vérifier activement le fonctionnement de ces établissements.

Par pallier ces difficultés, et en accord avec la Direction de l'Assurance Maladie et des Caisses de Sécurité Sociale, il est apparu souhaitable que les demandes de prolongation soient, en ce qui concerne leur aspect médical, adressées directement par l'établissement au contrôle médical de la Caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle il se trouve situé. Le contrôle médical de ce dernier organisme pourra ainsi, par délégation, se prononcer rapidement et efficacement sur ces demandes de prolongation ; le règlement des frais de séjour étant, bien entendu, toujours effectué par la Caisse d'affiliation.

En créant cette subsistance "médicale", la nouvelle procédure permettra de régler la question des prolongations médicales de séjour, en harmonie avec les règles existant déjà, pour les autres catégories d'établissements bénéficiant des dispositions visant la subsistance.

La présente circulaire a donc pour objet de fixer les modalités pratiques qu'il conviendra désormais de retenir pour la délivrance des prises en charge relatives à des séjours effectués dans des établissements non compris parmi ceux bénéficiant des règles de la subsistance.

I - FORMALITES INCOMBANT AUX CAISSES D'AFFILIATION LORS DU PLACEMENT DU MALADE

Pour tous les établissements ne pouvant bénéficier du régime de la subsistance (conventionnés ou non conventionnés), les Caisses d'affiliation devront délivrer leur accord de prise en charge au moyen du seul imprimé "Réf. 600" joint en annexe.

Ces dispositions s'appliquent à tous les séjours effectués dans cette catégorie d'établissements ; c'est-à-dire quelle que soit la durée initiale du placement et sans retenir aucun minimum quant à cette durée.

Cet imprimé, comportant 3 volets numérotés et enliassés est établi par les services administratifs de la Caisse d'affiliation.

Désormais, il est donc indispensable de connaître l'établissement devant recevoir le malade (la référence F.212 étant toujours valable dans certains cas).

Ce renseignement est par ailleurs nécessaire, car les 3 volets du nouvel imprimé seront ventilés comme suit :

VOLET N° 1

Ce volet sera transmis par les services administratifs au service du contrôle médical afin que ce dernier le complète au verso par les informations médicales concernant le malade placé.

Ainsi complété, le service médical de la Caisse d'affiliation transmettra ce volet, sous pli confidentiel, directement au Médecin Conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement. Cette transmission devra être effectuée dans les moindres délais.

VOLET N° 2

Ce volet est destiné à l'assuré.

Lors de son admission, le malade devra le remettre à l'établissement. Si ce dernier n'est pas un établissement conventionné pratiquant le système du "tiers-payant", il devra le rendre à l'intéressé lors de sa sortie. Dans ce cas, le volet sera joint à la facture relative aux frais de séjours, qui sera délivrée à l'assuré.

VOLET N° 3

Ce volet est archivé au dossier administratif de l'assuré.

II - ETABLISSEMENT DE L'IMPRIME REF. 600 PAR LES SERVICES ADMINISTRATIFS DE LA CAISSE D'AFFILIATION

1 - Remarque préalable : il convient de bien rappeler que, lors de la délivrance d'une prise en charge initiale, les droits doivent être considérés comme ouverts une fois pour toutes, pour la durée de la période pour laquelle ladite prise en charge est accordée.

C'est seulement dans le cas où à l'expiration de cette période, l'établissement demande une prolongation de la prise en charge, qu'il y a lieu d'examiner non seulement si, au point de vue médical, la prolongation est justifiée, mais également si les conditions d'ouverture des droits sont encore remplies à la date de cette prolongation. Il en est de même pour toute prolongation ultérieure.

2 - Décision de la Caisse d'affiliation

Les caisses devront indiquer l'étendue des "droits administratifs" de l'intéressé afin que, lors d'une éventuelle demande de prolongation de séjour, cet aspect administratif de la question soit aisément résolu. Après la délivrance de la prise en charge initiale, les liaisons administratives ou les transmissions entre l'établissement et la Caisse d'affiliation, devraient ainsi être réduites au maximum.

Cette remarque importante, qui vise particulièrement les établissements conventionnés pratiquant le système du "tiers-payant" appelle les observations suivantes :

En effet, dans bien des cas, les droits "administratifs" peuvent, dès la délivrance de la prise en charge initiale, être appréciés pour toute la durée du séjour, y compris les prolongations éventuelles, notamment dans les situations d'assurés disposant, pour eux ou leurs ayants-droit, de droits "permanents" ou "semi-permanents" (pensionnés de vieillesse ou d'invalidité, grands invalides de guerre, rentiers A.T., victimes d'A.T. bénéficiant d'un placement...).

21 - Assurés en cours d'indemnisation "maladie"

La Caisse d'affiliation est normalement en mesure d'apprécier la durée des droits de l'assuré :

- . soit dans le cadre des six premiers mois d'arrêt de travail,
- . soit au-delà du sixième mois, dans le cadre de la période triennale,
- . soit, en dehors des deux périodes susmentionnées, dans le cadre des assimilations fixées par l'article 3 du décret n° 68-400 du 30 avril 1968.

Pour cette catégorie de malades, il est néanmoins apparu que toutes les prises en charge devront obligatoirement être accordées pour "toute la durée du placement, y compris les prolongations (cadre A de l'imprimé).

Cette nouvelle façon de procéder, réservée aux placements des assurés en arrêt de travail pour maladie, a été retenue, dans un but de simplification supplémentaire pour les raisons suivantes :

Il convient en effet d'observer qu'avec les nouvelles conditions d'ouverture de droits, l'assuré indemnisé dispose, en cas de non ouverture de droits au-delà du sixième mois d'arrêt de travail, d'un droit aux prestations en nature qui s'étend, dans bien des cas, sur une période située bien au-delà de la fin du sixième mois. Il en est ainsi, lorsque le trimestre civil au cours duquel se situera la fin du sixième mois indemnisé, il est manifeste que l'assuré disposera d'au moins 34 jours indemnisés (6 h x 34) : les droits sont assurément établis pour toutes demandes de prolongations de séjour situées dans le trimestre civil suivant.

Il faut en outre noter que, les séjours dans la catégorie d'établissements concernée par la présente circulaire, sont généralement de courte durée et que, de plus, les assurés qui ne remplissent pas les conditions d'ouverture de droits au sixième mois d'arrêt de travail sont en nombre très limité.

En donnant, initialement, un accord administratif non limité dans le temps, la Caisse dispose d'une marge de sécurité suffisante, qui doit lui permettre, éventuellement, d'aviser l'établissement d'un changement intervenu dans la situation administrative de l'intéressé. Dans cette éventualité, il est prévu, sur l'imprimé, que l'établissement serait obligatoirement prévenu de cette limitation nouvelle, au moins un mois à l'avance.

Les services administratifs n'auront donc pas "systématiquement" à examiner les droits aux prestations en espèces et en nature de l'intéressé pour une durée supérieure à la fin du

sixième mois d'arrêt. En revanche, ils devront observer attentivement l'application habituelle des dispositions de l'article 22, 5e alinéa de l'arrêté du 19 juin 1947, fixant le RICP, c'est-à-dire inviter l'assuré dès l'expiration du quatrième mois d'arrêt de travail, à justifier des conditions administratives requises au sixième mois d'arrêt de travail.

Entre la date impartie à la Caisse, par l'article 22 précité, pour inviter l'assuré à justifier des conditions administratives requises au sixième mois d'arrêt, et la fin réelle du droit aux prestations en nature de l'intéressé, la Caisse dispose donc bien d'un temps suffisant pour prévenir l'établissement dans le délai d'un mois prévu.

Bien entendu, si au moment de la délivrance de la prise en charge initiale, la Caisse constate que, les droits ne peuvent être établis au-delà du sixième mois d'arrêt, elle devra indiquer la date limite du droit aux prestations en utilisant alors le cadre "B" de l'imprimé. J'attire l'attention des Caisses sur le fait que ces cas doivent être très exceptionnels et que cette pratique doit rester limitée afin de ne pas retirer au système une partie de son intérêt.

22 - Ayants-droit de l'assuré

221 - Limitation des "droits administratifs" en raison de la situation personnelle de l'ayant droit

Dans tous les cas où, eu égard à sa situation personnelle (âge par exemple) un ayant-droit est susceptible de perdre, à échéance, son droit aux prestations, la prise en charge initiale devra être limitée à la durée médicalement accordée (cadre B). Cette mesure est bien entendu valable pour les ayants-droit d'assurés disposant de droits permanents ou semi-permanents dont il est question ci-dessus au paragraphe 2.

222 - Limitation des "droits administratifs" des ayants-droit d'assurés en activité

Bien que, d'après le dossier, le nombre d'heures de travail de l'assuré soit encore suffisant pour ouvrir droit à une prolongation de séjour, l'application des dispositions de l'article L 253 du Code de la Sécurité Sociale (contrôle de la qualité d'assujetti à la date de cette prolongation) entraîne inévitablement une limitation des droits administratifs. Dans ce cas, la décision initiale sera donc toujours limitée à la durée médicalement accordée (cadre B).

3 - Utilisation, par la Caisse d'affiliation, de la possibilité de limiter une prise en charge après avoir donné, initialement, un accord "administratif" pour "toute la durée du séjour, y compris les prolongations".

Il faut souligner que cette possibilité doit demeurer d'utilisation exceptionnelle, dans la mesure où les instructions de la présente circulaire sont respectées.

Il faut rappeler qu'en tout état de cause, pour des raisons déjà évoquées, le délai d'un mois s'impose à la Caisse.

La notification de la limitation de la prise en charge est faite à l'établissement par lettre recommandée avec avis de réception.

Si au moment où une telle notification doit être effectuée la Caisse d'affiliation n'a aucun élément dans son dossier lui permettant de savoir si le malade a ou n'a pas quitté l'établissement en cause, la notification doit néanmoins être adressée et il appartiendra à l'établissement d'en tenir compte le cas échéant.

4 - Validité administrative de la prise en charge initiale

Pour la validité administrative de l'imprimé Réf. 600, il paraît judicieux de ne pas excéder le délai d'un mois. L'entrée dans l'établissement, au-delà de cette limite, devant entraîner la restitution de la prise en charge et un nouvel examen médical pour statuer sur la nécessité du placement.

III - PROLONGATIONS MEDICALES DE SEJOUR (Imprimé référence 601)

1 - Formalités incombant à l'établissement

Toutes les demandes de prolongation MEDICALE, doivent être formulées par les établissements au moyen de l'imprimé Réf. - 601 joint en annexe.

Cette mesure s'appliquant aussi bien aux établissements conventionnés qu'aux établissements non conventionnés, les Caisses primaires d'assurance maladie devront veiller à tenir à la disposition desdits établissements situés dans leur circonscription, les quantités nécessaires d'imprimés Réf. - 601.

L'établissement doit adresser les 3 volets de cette demande 10 jours au moins avant l'expiration de la prise en charge précédente, au Médecin Conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle il se trouve situé.

2 - Formalités incombant au Contrôle Médical de la CPAM dont relève l'établissement

La décision médicale est prise par le Médecin Conseil de la Caisse primaire précitée :

- soit en jugeant sur "pièces",
- soit en se rendant sur place auprès du malade.

La décision du Contrôle Médical de cet organisme est ensuite annotée sur les 3 volets qui sont ventilés ainsi, dans les meilleurs délais :

- le volet n° 1 conservé par le service du Contrôle Médical,
- le volet n° 2 adressé à l'établissement après avis du Contrôle Médical,
- le volet n° 3 adressé par le Contrôle Médical, après avis, directement aux services administratifs de la CPAM d'affiliation.

3 - Formalités incombant à la Caisse primaire d'assurance maladie d'affiliation

Les Caisses d'affiliation doivent porter sur la fiche de position du malade, les accords successifs de prolongation médicale afin de permettre le règlement ultérieur des frais de séjour :

- soit directement à l'assuré, si l'établissement n'est pas conventionné,
- soit directement à l'établissement conventionné par le système du "tiers-payant".

NOTA :

Dans le cas d'une demande de prolongation comportant un avis médical défavorable, la Caisse primaire d'assurance maladie d'affiliation, qui est pratiquement avisée en même temps que l'établissement, notifie sans délai la décision de refus à l'assuré dans les formes habituelles. De son côté, l'établissement sera déjà en mesure d'informer valablement le malade.

La Caisse d'affiliation est seule compétente pour, le cas échéant, établir la procédure d'expertise médicale fixée par le décret n° 59-160 du 7 janvier 1959.

IV - PROLONGATION DES DROITS "ADMINISTRATIFS" (Imprimé - 602)

1 - Formalités incombant à l'établissement conventionné

Ainsi qu'il a été indiqué au chapitre II, ces formalités ne concernent que les établissements conventionnés pratiquant le système du "tiers-payant" pour le règlement des frais de séjour du malade.

Chaque fois qu'à la date de la demande de prolongation, les droits "administratifs" ne seront pas ouverts pour toute la durée du séjour, l'établissement devra, (indépendamment de la demande de prolongation médicale envoyée par lui au Contrôle Médical de la Caisse primaire d'assurance maladie dont il relève) adresser simultanément une demande de prolongation des droits "administratifs" Réf. 602 à la Caisse d'affiliation.

En effet, dans ce cas, la prolongation de séjour n'est valable pour le règlement des frais s'y rapportant que si les droits "administratifs" sont déclarés ouverts par la Caisse d'affiliation pour la période considérée.

2 - Formalités incombant à la caisse d'affiliation

Après avoir étudié les droits "administratifs" de l'intéressé, la Caisse primaire d'affiliation indique sa décision sur les deux volets de l'imprimé. Le premier volet est retourné à l'établissement, le second est conservé par la Caisse d'affiliation.

En cas de refus administratif, la décision sera également notifiée dans les formes habituelles à l'assuré, par la Caisse d'affiliation, dans les meilleurs délais.

3 - Cas des établissements NON conventionnés

Pour les établissements non conventionnés, l'examen des droits "administratifs" de chaque prolongation aura lieu, dans les conditions normales, lors du remboursement des frais de séjour à l'assuré, par sa Caisse d'affiliation.

Il y a lieu de noter que ce dernier est avisé des inconvénients résultant de son choix d'établissement non conventionné, par le renvoi (1) figurant sur l'imprimé Réf. 600 de la prise en charge initiale.

V - LIAISONS ENTRE LES CONTROLES MEDICAUX DES DEUX ORGANISMES

Il n'apparaît pas utile qu'en fin de séjour, les volets n° 1 soient systématiquement retournés par le Contrôle Médical dit de "subsistance" au Contrôle Médical dit "d'affiliation".

Seuls seront transmis au Contrôle Médical "d'affiliation" pour mises à jour des dossiers médicaux, les dossiers ayant fait l'objet d'une prolongation de séjour ou d'un refus.

VI - REGLEMENT DES ETATS DE FRAIS DE SEJOUR PAR LA CAISSE D'AFFILIATION

Il est évident que si les Caisses primaires d'affiliation veulent procéder au règlement des états de frais de séjour dans les meilleurs délais, il est indispensable qu'elle connaissent les tarifs applicables aux divers établissements concernés.

Il est donc recommandé aux Caisses de ne pas attendre la réception des états de frais pour se procurer les renseignements nécessaires à leur règlement.

VII - REMARQUES GENERALES

Les Caisses primaires d'assurance maladie devront prendre contact, à l'intérieur de leur circonscription, avec tous les établissements visés par ces instructions pour les informer de ces nouvelles dispositions et leur remettre les imprimés nécessaires à leur mise en application.

Les Caisses sont également invitées à évaluer leurs besoins en imprimés aussi bien pour leur usage propre que pour l'approvisionnement des établissements visés par la présente circulaire.

La commande d'imprimés correspondants sera adressée jusqu'au 12 octobre 1970 à l'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale à l'aide du bon de commande ci-joint, le cas échéant, les organismes devront préciser qu'ils n'envisagent aucune commande.

Afin que les organismes puissent informer les établissements placés dans leur circonscription et que la nouvelle procédure soit appliquée dans des conditions optimales, la date d'effet des présentes dispositions est fixée au 1er janvier 1971.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés éventuellement rencontrées dans l'application de ces installations.

CH. PRIEUR

NOTA :

Sur les imprimés définitifs (en cours de réalisation actuellement) la destination de chaque volet sera imprimée.

Circulaire n° 6 SS du 7 Février 1968

Arrêté du 19 juin 1947

Décret n° 68-400 du 30 avril 1968

Décret n° 59-160 du 7 janvier 1959