

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

22/05/74

Origine :

SDAM

MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
MM les Médecins-Conseils Régionaux
(pour attribution)
MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

Réf. :

SDAM n° 328/74

Plan de classement :

2520	21	241				
------	----	-----	--	--	--	--

Objet :

NOUVELLES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE DES SEJOURS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS.

Pièces jointes :



Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

Direction de la Gestion du Risque

22/05/74

Origine :
SDAM

MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
MM les Médecins-Conseils Régionaux
(pour attribution)
MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : SDAM n° 328/74

Objet : Nouvelles conditions de prise en charge par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie des séjours dans les établissements de soins.

La mise en place de la procédure d'annualisation de l'ouverture des droits applicable à compter du 1er avril 1974, a conduit à revoir dans un souci de simplification pour les Caisses d'Assurance Maladie et les établissements de soins l'ensemble des conditions dans lesquelles sont délivrés les accords de prise en charge et de prolongation en matière d'hospitalisation des assurés sociaux.

En ce domaine particulier, je crois devoir souligner que les établissements de soins ont essentiellement pour vocation de recevoir des malades. Cette principale fonction qui constitue la raison d'être des activités desdits établissements, s'accompagne, de la part de leurs services - mais seulement à titre de collaboration apportée aux Caisses d'Assurance Maladie - d'un minimum de tâches administratives, relatives aux formalités imposées aux malades par l'application des dispositions découlant des législations de Sécurité Sociale.

Toutefois, il faut insister sur le fait que c'est aux Caisses d'Assurance Maladie qu'il appartient d'assumer en liaison avec l'assuré, l'ensemble de ces formalités administratives, sans pour autant, entraver l'admission d'un malade ou son transfert dans un autre établissement, ni retarder le règlement des frais hospitaliers dus aux établissements de soins.

Pour ce faire, les organismes doivent s'efforcer de réduire au strict nécessaire ces démarches administratives et en faciliter la réalisation, tant aux malades qu'aux établissements de soins.

Tel est l'objet de la présente circulaire dont les instructions s'appliquent non seulement lorsque le droit est établi compte tenu de l'annualisation mais également en fonction des règles traditionnelles d'ouverture des droits aux prestations.

Bien entendu, en l'absence de conditions d'ouverture de droit dans la législation accidents du travail et maladies professionnelles, les présentes instructions ne sauraient s'appliquer aux séjours des assurés sociaux pris en charge au titre de cette législation professionnelle.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application des présentes dispositions.

Le Directeur

Ch. PRIEUR

INSTRUCTIONS TECHNIQUES (PLAN)

1 - PRINCIPES GENERAUX

1.1 - Examen du droit

1.2 - Limitation ou interruption de la prise en charge au plan administratif

1.3 - Relations des établissements de soins privés ou publics avec le contrôle médical des organismes

2 - PROCEDURES ADMINISTRATIVES D'ADMISSION - NOUVELLES MODALITES APPLICABLES POUR LA DELIVRANCE DES ACCORDS DE PRISES EN CHARGE

2.1 - Procédure administrative d'admission visant les séjours dans un établissement "d'hospitalisation"

2.1.1 - Pièces nécessaires dans le cadre de la procédure d'annualisation des droits lors d'une première admission dans un établissement "d'hospitalisation".

2.1.2 - Opérations préalables à la délivrance de l'accord de prise en charge

2.1.3 - Etablissement de l'accord de prise en charge

2.1.3.1 - Transferts d'établissements de soins

2.2 - Procédure administrative d'admission visant les "placements" dans des établissements de soins spécialisés (maison de repos, sana...)

2.2.1 - Demande d'admission

3 - PROCEDURES ADMINISTRATIVES APPLICABLES AUX PROLONGATIONS DE SEJOUR - NOUVELLES MODALITES APPLICABLES

3.1 - Situations actuelles

3.1.1 - Etablissement "d'hospitalisation"

3.1.2 - Etablissements spécialisés ("placements")

3.1.3 - Inconvénients des procédures administratives actuelles

3.2- Mise en place de nouvelles procédures administratives

4 - INTERRUPTIONS AU PLAN ADMINISTRATIF DE L'ACCORD DE PRISE EN CHARGE DELIVRE LORS D'UNE PREMIERE ADMISSION DU MALADE

4.1 - Généralités

4.2 - Changement d'activité de l'assuré entraînant la prise en charge par un autre régime

4.3 - Changements de situation administrative au sein du régime général

4.4- Changements de caisse au sein du régime général

5 - REGLEMENT DES FRAIS DE SEJOUR

5.1 - Etablissements conventionnés pratiquant le système du tiers-payant

5.2 - Etablissements agréés, non conventionnés

6 - DATES D'APPLICATION DES PRESENTES INSTRUCTIONS

6.1 - Procédure de l'annualisation des droits

6.2 - Caractère non limité des droits administratifs

6.3 - Changement de régime de protection sociale

6.4 - Cas des séjours en cours à la date d'application des instructions

6.5 - Transferts d'établissements de soins

1 - PRINCIPES GENERAUX

1.1. - Examen du droit

La procédure d'annualisation des droits ne met pas en échec l'application de l'article L. 253 du Code de la Sécurité Sociale, c'est pourquoi il a été nécessaire de modifier les modèles de feuilles de soins.

La réponse de l'assuré aux questions posées sur ces imprimés permettra ainsi de connaître sa qualité à la date des soins (salarié, chômeur, non salarié, retraité, etc.).

En cas d'admission dans un établissement de soins, les mêmes renseignements doivent être communiqués à la Caisse, en vue de l'étude du droit à prise en charge, en cas d'utilisation de l'attestation annuelle, ou si les pièces présentées sont insuffisantes pour reconnaître la qualité d'assujetti.

Dans la situation actuelle, ces règles s'appliquent également, dans les mêmes conditions, lors de chaque prolongation de séjour demandée par l'établissement.

Pour répondre à cette exigence de la législation, la délivrance des accords de prise en charge et des prolongations de séjours doit donc être modifiée.

Dans ces différents cas, le droit sera donc apprécié une seule fois à l'admission dans le premier établissement et sera automatiquement ouvert lors des prolongations médicales de séjour ou en cas de transferts, dès l'instant qu'une prise en charge a bien été accordée lors de la première admission.

En fait, cette nouvelle procédure administrative tient compte d'une notion de traitement global du malade, associée à une notion de prise en charge couvrant, sur le plan administratif, l'ensemble du séjour, y compris ses suites (directes ou indirectes) survenant éventuellement.

Il s'agit d'une extension de la formule qui a été adoptée et recommandée à diverses reprises en faveur de l'appareillage prescrit au cours d'un séjour hospitalier. A cet égard, la date retenue pour l'examen des droits administratifs est bien aussi celle de l'hospitalisation (cf. circulaire CNAMTS n° 59/71 du 1er février 1971 - Bul. Jur. 7/71 rubrique D.42 vert).

Les mesures qui précèdent, sont appliquées quelle que soit la justification qui a permis l'ouverture du droit (attestation annuelle ou derniers bulletins de paye, etc.).

Bien entendu, elles rendent caduques les instructions ministérielles visées dans les circulaires 53 SS du 25 juillet 1955 et 44 SS du 18 avril 1956 qui, jusqu'alors, prescrivaient l'étude des droits administratifs à chaque prolongation médicale de séjour.

1.2 - Limitation ou interruption de la prise en charge au plan administratif

La notion de prise en charge du traitement global du malade peut toutefois être mise en échec dans certaines circonstances :

- soit en raison de termes prévus par la législation, (âge des enfants - droits non établis au-delà d'une certaine date - décès de l'assuré, etc.),
- soit en cas de changement dans la situation de l'assuré (changement de régime - rente AT n'ouvrant plus droit aux prestations, etc.) notamment au cours du séjour d'un ayant droit,

qui sont examinées ci-après au § 4.

1.3 - Relations des établissements de soins privés ou publics avec le Contrôle Médical des organismes

Pour l'ensemble des séjours dans les établissements de soins, les nouvelles dispositions adoptées dans la délivrance des prises en charge (qui sont d'ordre strictement administratif) ne remettent nullement en question les règles concernant l'application des dispositions des articles L. 280 du Code de la Sécurité Sociale, 9 bis et 10 du décret du 29 décembre 1945 ou 18 à 18 ter du RICP, relatives :

- aux durées médicales des prises en charge,
- aux formalités incombant aux établissements de soins en cas de prolongations médicales de séjour,
- à l'exercice du Contrôle Médical de l'hospitalisation par les Médecins Conseils des organismes d'Assurance Maladie.

Dans les relations établissements de soins - Caisses Maladies, la seule innovation importante réside en fait, dans la simplification apportée aux prolongations administratives de séjour, dont la procédure a été réduite sensiblement, en supprimant, pour **chaque prolongation médicale**, l'intervention des services administratifs de la Caisse.

Désormais, l'établissement de soins adressera directement chaque demande de prolongation **médicale** de séjour au Médecin-Conseil et la décision prise par ce dernier sera transmise directement audit établissement, **sans avoir à transiter** par les Services Administratifs de la Caisse (cf. ci-après § 3).

Concrètement, la nouvelle procédure aboutit à la situation suivante :

- une prise en charge **administrative** non limitée dans le temps, est délivrée une seule fois à l'entrée du malade dans un établissement hospitalier ;
- la fin de cette prise en charge, sauf avis express de la Caisse dont dépend le malade, notifié dans certaines formes et délais à l'établissement, est fixée automatiquement par la

fin des accords médicaux de prolongation de séjour que l'établissement est tenu de solliciter ou, à défaut, par la sortie du malade.

2 - PROCEDURES ADMINISTRATIVES D'ADMISSION - NOUVELLES MODALITES APPLICABLES POUR LA DELIVRANCE DES ACCORDS DE PRISES EN CHARGE

Les dispositions de la présente circulaire visent tous les établissements de soins publics ou privés pratiquant le système du tiers-payant, bien que les modalités de délivrance de prises en charge diffèrent suivant la nature de l'établissement, notamment en ce qui concerne les procédures d'admission.

En effet, la validité administrative des accords de prises en charge n'est pas déterminée par les textes. A cet égard, les organismes distinguent généralement deux catégories de séjours en établissements de soins (publics ou privés) :

- "l'hospitalisation" (services de médecine, chirurgie, obstétrique, centres anticancéreux...), visée par les prises en charge SP₃ - SP₄ ou par des documents réalisés par certaines Caisses Primaires d'Assurance Maladie au profit des cliniques conventionnées pratiquant le tiers-payant,
- les "placements" dans des établissements spécialisés (préventorium, sana, aérium, maison de repos et de convalescence....) nécessitant une "demande d'entente préalable" (article 18 - 4^e alinéa du Règlement Intérieur des Caisses Primaires) et utilisant les prises en charge références 212 ou 600.

2.1 - Procédure administrative d'admission visant les séjours dans un établissement "d'hospitalisation"

Pour ces catégories de séjours, les établissements de soins, publics ou privés, pratiquant le système du tiers-payant disposent généralement d'imprimés de prises en charge, qu'ils établissent partiellement lors de l'admission du malade (références SP₃ - SP₄ ou imprimé particulier réalisé par certains organismes en faveur des cliniques conventionnées de leur circonscription).

Ces documents sont :

- soit adressés directement par l'établissement, accompagnés des pièces justificatives, à la caisse d'affiliation de l'assuré,
- soit remis par l'assuré à sa caisse,

qui les complète de ses décisions administratives et médicales.

2.1.1 - Pièces nécessaires dans le cadre de la procédure d'annualisation des droits, lors d'une première admission dans un établissement "d'hospitalisation"

Quel que soit l'imprimé utilisé actuellement et dans l'attente des modifications qui interviendront prochainement sur les documents officiels, en raison de l'annualisation des droits, les procédures suivantes devront être observées.

Les demandes de prise en charge émanant des établissements en question et envoyées par l'établissement à la Caisse d'Assurance Maladie accompagnées de l'attestation annuelle de 1200 heures devront être complétées par un papillon gommé reproduisant les différentes mentions portées sur la nouvelle feuille de soins. Ce sont :

QUELLE EST VOTRE SITUATION A LA DATE D'ADMISSION DANS L'ETABLISSEMENT	
<input type="checkbox"/>	SALARIE : (1) Nom et adresse de votre employeur
.....	
<input type="checkbox"/>	DEMANDEUR (Date de la fin du préavis de licenciement
<input type="checkbox"/>	D'EMPLOI (Date d'inscription à l'Agence Nationale Pour l'Emploi
.....	
<input type="checkbox"/>	NON SALARIE : Précisez votre activité professionnelle
<input type="checkbox"/>	AUTRES CAS :
<input type="checkbox"/>	RETRAITE, PENSIONNE OU RENTIER : Précisez si vous êtes titulaire de plusieurs retraites, pensions ou rentes <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON

Ces rubriques seront complétées par l'hôpital ou la clinique d'après les déclarations verbales faites ou d'après les pièces présentées par l'assuré ou son représentant.

Bien entendu, si la justification de 120 heures ou de 200 heures est apportée par les derniers bulletins de paye précédant l'admission dans l'établissement de soins, il n'y aura pas lieu de compléter les rubriques susvisées.

Le papillon gommé comportera également une mention devant être signée par l'assuré, mais **uniquement** en cas d'admission de l'un de ses ayants droit.

La mention est la suivante :

"Je m'engage à signaler à ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie tout changement dans ma situation administrative :

- *changement d'adresse,*
- *changement d'employeur,*
- *cessation d'activité salariée.*

Date - Signature de l'assuré".

(1) *Si l'assuré est en arrêt de travail et que son contrat de travail n'est pas rompu, il est considéré salarié.*

Lorsque l'assuré présente sa demande de prise en charge à sa caisse d'assurance maladie, les situations sont traitées sur place par l'organisme.

Les dispositions visées ci-dessus ont été arrêtées en accord avec la Direction des Hôpitaux qui donnera toutes instructions utiles aux hôpitaux publics.

De leur côté, les Caisses Primaires doivent prendre contact avec les établissements de soins publics et privés situés dans leur circonscription de façon que ces derniers soient rapidement munis de papillons gommés permettant l'application de l'article L. 253 du Code de la Sécurité Sociale.

Il s'agit-là d'une solution provisoire dans l'attente :

- d'une part, de la modification des imprimés SP₃ - SP₄,
- d'autre part, de la mise en service d'imprimés multirégime de demande de prise en charge dont le modèle est en cours d'élaboration au plan national.

Pour les organismes disposant actuellement de documents de prise en charge destinés aux cliniques conventionnées relevant de leur propre circonscription, les mêmes modifications devront être opérées jusqu'à la mise en place du document multirégime susmentionné.

2.1.2 - Opérations préalables à la délivrance de l'accord de prise en charge

Les renseignements communiqués à l'hôpital ou à la clinique doivent permettre de déterminer le régime ou la Caisse responsable de la prise en charge à la date d'admission du malade c'est donc à **l'organisme présumé responsable** que l'hôpital ou la clinique adresse la demande de prise en charge accompagnée des pièces justificatives.

Au cas où une caisse primaire recevrait à tort une telle demande, elle ne doit pas la retourner à l'établissement de soins. Pour déterminer la Caisse ou le régime responsable il convient alors de prendre contact avec l'assuré. Il en est de même si les pièces présentées sont insuffisantes pour l'étude du droit.

Dans l'hypothèse où la caisse saisie de la demande détient le dossier de l'assuré mais ne devrait plus l'avoir, ou encore, dans l'hypothèse où elle n'a pas de dossier mais devrait l'avoir, la prise en charge est traitée (accord ou refus) et les opérations de mutation sont déclenchées pour régulariser la situation.

Si la Caisse Primaire constate que l'assuré relève d'un autre régime à la date d'admission, elle transmet la demande de prise en charge à ce régime **et avise l'établissement de soins en cause de la transmission effectuée.**

2.1.3 - Etablissement de l'accord de prise en charge

Au plan administratif, la durée de la prise en charge ne sera pas limitée dans le temps ; en conséquence, l'accord administratif de la Caisse ne mentionnera dans la majorité des situations, aucune date limite.

Toutefois, certaines dispositions de la législation mettent un terme au droit aux prestations ; les un sont prévisibles, les autres ne le sont pas.

Exceptionnellement, lors de l'établissement de la prise en charge, pour les termes prévisibles, une **date limite** sera portée sous la forme :

"Droits épuisés à la date du " lorsque le terme intervient au cours de l'année suivante, de date à date, l'admission ; sinon, il conviendra d'appliquer les dispositions du § 41.

Parmi les situations de cette nature, une limite sera indiquée :

- pour les enfants qui perdent la qualité d'ayant droit ; la date limite correspondra au quantième du mois suivant la date du 20ème anniversaire (application, par analogie, des instructions ministérielles publiées au bulletin juridique n° 6.65 - D2 jaune),
- pour les ascendants, descendants, collatéraux ou alliés (article L. 285 - 3e) du Code de la Sécurité Sociale : la prise en charge expirera la veille du jour où l'un des enfants ouvrant droit atteindra son 14ème anniversaire,
- en cas de décès de l'assuré : la fin du droit se situe 12 mois de date à date après le décès.

IMPORTANT : **Dans tous les cas, le Contrôle Médical de la Caisse devra être avisé de la délivrance d'un accord de prise en charge administrative.**

2.1.3.1 - Transferts d'établissements de soins

En cas de transferts d'établissement ou de "placements" **prescrits** au cours d'un premier séjour, un des exemplaires de la prise en charge initiale devra être transmis ou remis par la malade au nouvel établissement, pour justifier de l'accord administratif donné antérieurement par la Caisse.

Une circulaire complémentaire précisera ultérieurement les modalités pratiques qui devront être retenues en pareil cas, les modifications qui seront apportées à certains imprimés actuellement en service, pour tenir compte de cette nouvelle procédure, ainsi que la date d'application de ces dispositions.

2.2 - Procédure administrative d'admission visant les "placements" dans les établissements de soins spécialisés (maison de repos, sana,...)

Pour les séjours dans les établissements de soins spécialisés (cf. 3) la nécessité d'une "demande d'entente préalable", entraîne la délivrance de la prise en charge directement par la Caisse Primaire. Contrairement aux établissements "d'hospitalisation", ces établissements ne disposent pas d'imprimés. Il s'agit, notamment des sana, préventorium,

maison de repos..., qui utilisent les modèles de prises en charge références F.212 ou 600 délivrées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

2.2.1 - Demande d'admission

S'agissant d'une admission dans cette catégorie d'établissements de soins, la Caisse examine les droits de l'intéressé dans les conditions normales (règles habituelles ou annualisation) en étudiant la situation de l'assuré et celle du malade à la date de la prescription médicale du placement.

Le principe des droits administratifs non limité qui s'applique également aux "placements", implique, notamment pour la référence 600, de ne plus utiliser le cadre B de cet imprimé qui sera modifié en conséquence ultérieurement, en entraînant la suppression de l'imprimé référence 602.

Dans la situation présente, lors de la délivrance de la prise en charge, la Caisse doit faire souscrire à l'assuré, l'engagement prévu au § 211.

3 - PROCEDURES ADMINISTRATIVES APPLICABLES AUX PROLONGATIONS DE SEJOUR - NOUVELLES MODALITES

3.1 - Situations actuelles

La validité administrative des accords de prises en charge n'étant pas déterminée par les Caisses, les organismes distinguaient jusqu'ici deux catégories de séjours en établissement de soins en retenant généralement les procédures suivantes :

3.1.1 - Etablissements "d'hospitalisation"

Se référant à l'article L. 280 du Code de la Sécurité Sociale ou à l'article 18 bis du Règlement Intérieur des Caisses Primaires qui, d'une manière générale, fixent la durée de l'accord **médical** initial ou de ses prolongations à 20 jours, certaines Caisses ont considéré que cette durée pouvait également être retenue au plan administratif.

D'autres donnent un accord administratif pour une durée plus longue (généralement 3 mois) à l'intérieur duquel le contrôle médical examine si les prolongations de séjour sont ou non justifiées.

3.1.2 - Etablissements spécialisés "placements"

Pour les autres catégories de séjour (établissements spécialisés visés à l'article 18 du RICP) nécessitant une "demande d'entente préalable", la validité administrative de la prise en charge est déterminée en fonction de la prescription médicale du placement envisagé (initiale ou de prolongation).

3.1.3 - Inconvénients des procédures administratives actuelles

Selon le cas, les droits administratifs accordés lors de l'admission dans l'établissement de soins sont remis en cause à plus au moins brèves échéances, parfois tous les 20 jours et le résultat de cette opération se traduit, pour les Caisses, dans la grande majorité des cas, par un nouvel accord administratif de prise en charge.

3.2 - Mise en place des nouvelles procédures administratives

Pour éviter ces ouvertures de droit renouvelées à chaque prolongation de séjour, les droits administratifs reconnus **à l'admission** dans un établissement de soins vaudront pour tout le séjour :

- dans ledite établissement, pendant toute sa durée,
- dans un autre établissement ou service, en cas de transfert, y compris s'il s'agit d'une affection intercurrente,
- dans un autre établissement, pour les séjours prescrits **au cours** de l'hospitalisation (maison de repos ou de convalescence, par exemple).

Toute demande de prolongation médicale sera adressée directement par l'établissement de soins au Médecin-Conseil de la caisse et la décision prise par ce dernier sera ensuite immédiatement notifiée à l'établissement de soins, **sans avoir à transiter** par les services administratifs de la Caisse.

Ainsi, chaque accord médical de prolongation aura la valeur d'une notification définitive de prise en charge, un exemplaire de cet accord étant adressé systématiquement aux services administratifs des Caisses d'Assurance Maladie par le Contrôle Médical, pour permettre la tenue du dossier de l'assuré.

Compte tenu de la contexture des différents imprimés actuellement utilisés par chaque organisme pour les demandes de prolongations médicales de séjour, des procédures de liaison Services Médicaux - Services Administratifs existant au sein de chaque Caisse et en attendant la mise en service d'un imprimé national, en cours d'élaboration, les Caisses devront prendre toute disposition d'ordre pratique pour que les décisions prises par le Contrôle Médical en matière de prolongations de séjour soient portées à la connaissance des Services Administratifs sans pour autant retarder l'envoi desdites décisions médicales aux établissements de soins.

4 - INTERRUPTIONS, AU PLAN ADMINISTRATIF, DE L'ACCORD DE PRISE EN CHARGE DELIVRE LORS D'UNE PREMIERE ADMISSION DU MALADE

4.1 - Généralités

Des circonstances imprévisibles au moment de l'admission du malade dans l'établissement de soins peuvent interrompre le cours de sa prise en charge.

Il s'agit en particulier d'une modification dans la situation de l'assuré durant l'hospitalisation d'un ayant droit.

Parmi ces situations, on peut citer :

- le changement de statut social de l'assuré entraînant la prise en charge par un autre régime,
- le changement, au sein du régime général, entraînant réexamen du droit.

Lorsque le résultat du changement se solde en définitive par la perte du droit, la Caisse Primaire signale à l'établissement de soins, par lettre recommandée avec accusé de réception qu'elle interrompt la prise en charge à l'expiration **du délai d'un mois suivant** la date de réception de la notification à l'établissement en cause.

Parallèlement, l'assuré est avisé de cette décision et invité soit à faire valoir ses droits auprès d'un autre régime, soit à souscrire une assurance volontaire.

Ces dispositions s'appliquent à **toutes les catégories d'établissements** ("hospitalisation" ou "placement").

4.2 - Changement d'activité de l'assuré entraînant la prise en charge par un autre régime

Lorsque, au cours du séjour de l'ayant droit, l'assuré signale à la Caisse compétente lors de l'admission, un changement d'activité du régime professionnelle entraînant un changement du régime de prise en charge (exercice d'une profession non salariée, par exemple), la Caisse d'origine - après avoir procédé aux opérations susmentionnées au § 212 - communique à la Caisse compétente de l'autre régime, toutes précisions utiles permettant de régulariser directement entre les deux régimes les prestations relatives au séjour de l'intéressé.

Il s'agira d'une régularisation comptable entre les deux organismes qui ne doit pas affecter les règlements à l'établissement de soins.

Dans un premier temps, les Caisses devront apprécier l'importance financière et le nombre de cas concernant ces transferts de régimes en cours de séjour, ainsi que les situations pour lesquelles l'organisme ayant délivré l'accord de prise en charge n'aura pas été prévenu en

temps opportun du changement de situation, conformément à l'engagement souscrit lors de l'admission par l'assuré.

4.3 - Changements de situation administrative au sein du régime général entraînant réexamen du droit

Un changement de situation de l'assuré n'entraîne pas obligatoirement la perte des droits, c'est le cas notamment :

- de l'assuré salarié qui devient chômeur,
- du salarié qui devient pensionné,
- du rentier AT (incapacité supérieur à 66 % 2/3) qui reprend une activité salariée,
- du titulaire d'une pension d'invalidité dont la pension est supprimée, mais qui retravaille,
- de la veuve de guerre remariée, dont le conjoint est salarié,
- etc.

Dans de telles situations, il convient bien entendu avant toute intervention auprès de l'établissement de soins de prendre contact avec l'assuré de façon à obtenir les pièces permettant de ne pas interrompre la prise en charge, en soulignant les conséquences d'une non-réponse de sa part.

Le droit n'est interrompu que lorsque l'assuré après changement, ne se retrouve pas dans une situation équivalente :

- rentier AT dont l'incapacité redevient inférieure à 66 % 2/3 et qui ne retravaille pas,
- arrêt définitif de l'activité salariée,
- pension d'invalidité supprimée, assuré sans activité,
- inscription au chômage plus d'un mois après la cessation d'activité salariée,
- droits non ouverts après six mois d'arrêt de travail.

4.4 - Changement de Caisse au sein du régime général

Tout changement de caisse d'affiliation, intervenant au sein du régime général, ne doit pas entraver, ni retarder le règlement des états de frais présentés par l'établissement de soins.

Dans de telles situations et quelle que soit la périodicité retenue par l'établissement pour la facturation de ces frais hospitaliers, il importe peu que ces dépenses soient supportées par l'un ou l'autre des deux organismes concernés ; en conséquence, la fin effective de prise en charge par l'organisme cédant devra toujours coïncider avec la prochaine échéance retenue par l'établissement pour la facturation des frais de séjour.

Il ne saurait être question, notamment, de rechercher la date exacte du changement d'affiliation en vue de ventiler proportionnellement les dépenses en cause, ni de les régler au titre de la subsistance.

5 - REGLEMENT DES FRAIS DE SEJOUR

5.1 - Etablissements conventionnés pratiquant le système du tiers-payant

Le règlement des frais de séjour se fera sur présentation d'une part, des états de frais établis par l'établissement et, d'autre part, en cas d'hospitalisation dépassant la durée initial accordée médicalement; après vérification des accords médicaux de prolongation.

Si l'accord de prise en charge n'a pas été interrompu, la Caisse n'ayant pas eu connaissance de l'expiration d'un droit, elle prend en charge la totalité de l'hospitalisation.

Si une partie de celle-ci avait dû être prise en charge par un autre régime, la régularisation se ferait entre les deux régimes concernés dans les conditions indiquées au § 42.

5.2 - Etablissements agréés, non conventionnés

Les établissements de soins agréés, mais non conventionnés qui ne sont pas visés par le système du tiers-payant, ne bénéficient pas d'accord de prise en charge pour le règlement des frais de séjour. Seules les formalités relatives aux prolongations **médicales** de séjour (article L. 280 du code de la Sécurité Sociale) leur sont applicables.

De ce fait, les présentes dispositions relatives à la notion de traitement global du malade associée à la notion de prise en charge couvrant, sur le plan administratif, l'ensemble du séjour, ne peuvent être étendues aux établissements de soins non conventionnés.

Pour ces établissements, le remboursement des frais consécutifs au séjour d'un malade est effectué directement à l'assuré sur présentation des factures dûment acquittées et, éventuellement, après vérification des accords médicaux de prolongations délivrés par le Contrôle Médical.

En cas de prolongation de séjour, les droits administratifs devront toujours être examinés au moment du remboursement, dans les conditions habituelles (application stricte de l'article L. 253 du code de la Sécurité Sociale entre l'admission et la sortie du malade).

6 - DATES D'APPLICATION DES PRESENTES INSTRUCTIONS

6.1 - Procédure de l'annualisation des droits

Les dispositions susmentionnées relatives à la mise en place de la procédure d'annualisation des droits, s'appliquent à toutes les prises en charge délivrées à compter de la diffusion des présentes instructions, dès lors que les établissements de soins disposent bien des documents visés au § 211.

6.2 - Caractère non limité des droits administratifs

Les dispositions concernant les droits administratifs non limités en matière d'hospitalisation feront, par la suite, l'objet d'un avenant modifiant en conséquence la convention-type des établissements de soins (privés et publics).

Sans attendre cette modification, les organismes devront cependant mettre en application ces nouvelles procédures de manière progressive, c'est-à-dire après information complète et approfondie des établissements relevant de leur circonscription et dès que l'accord des intéressés aura été obtenu au plan local.

En tout état de cause, l'application des présentes directives devra être généralisée, à titre obligatoire, à compter du 1er juillet 1974.

6.3 - Changement de régime de protection sociale

Les instructions du paragraphe 42 seront également mises en place progressivement afin de recevoir une application généralisée dans les meilleurs délais possibles.

6.4 - Cas des séjours en cours à la date d'application des instructions

Pour les séjours en cours à la date de diffusion de la présente circulaire, il conviendra d'appliquer les dispositions prévues ci-dessus à l'occasion de la prochaine demande de prolongation médicale présentée par l'établissement de soins, dans les conditions antérieures.

Après l'examen des droits administratifs, une prise en charge non limitée administrativement sera accordée ; les demandes de prolongation ultérieures seront ensuite examinées par le Contrôle Médical de la Caisse, sans transiter par les Services Administratifs.

Bien entendu, il ne devra pas être tenu compte des mentions d'ordre administratif figurant sur les documents actuels (SP. 10, F.387, etc.) qui seront supprimés ultérieurement.

6.5 - Transferts d'établissements de soins

Ainsi qu'il est indiqué ci-dessus, une circulaire ultérieure - dont la diffusion sera assurée dès que possible - précisera :

- les dispositions pratiques relatives aux opérations de transferts d'établissements et les modifications apportées à certains imprimés,
- la date d'application de cette nouvelle procédure.