

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

14/01/76

Origine :

SDAM

MMES et MM les Directeurs

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Réf. :

SDAM n° 502/76

Plan de classement :

2520

Objet :

TARIF DE REMBOURSEMENT A RETENIR EN CAS DE CHANGEMENT DE REGIME TARIFAIRE.

Le tarif de remboursement applicable est celui à la date où naît la créance du praticien ou de l'auxiliaire médical, c'est-à-dire, au moment où les soins sont achevés, quelle que soit la date où ils ont été commencés ou réglés et sans prendre en considération la date à laquelle la Caisse s'est éventuellement engagée à prendre les soins en charge.

Pièces jointes :

--	--

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

14/01/76

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

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

N/Réf. : SDAM n° 502/76

Objet : Tarif de remboursement à retenir en cas de changement de régime tarifaire.

Mon attention ayant été appelée au sujet du tarif de remboursement à retenir lorsqu'il y a changement de régime tarifaire en cours de traitement ou entre la date à laquelle la Caisse d'Assurance Maladie a délivré l'accord de prise en charge et la date de paiement des honoraires, il m'a paru utile de rappeler les solutions préconisées pour régler les problèmes ainsi posés, particulièrement en cette période de conclusion ou de renouvellement de conventions nationales (chirurgiens-dentistes, médecins, masseurs-kinésithérapeutes...)

I - RAPPEL DU PRINCIPE

Pour la détermination du tarif applicable au remboursement des dépenses de soins exposées par les assurés sociaux, il y a lieu de retenir la date à laquelle le praticien a établi la feuille de soins attestant le paiement (cf. lettres ministérielles n° T - I - 666 et n° S I N 1947 - bulletin juridique 1 a) D 41 jaune - 11 et 19/61).

Cette position prise par le Ministère du Travail concerne en particulier, les soins et prothèses dentaires pour lesquels la date du paiement, coïncide,

d'une manière générale, avec la date d'exécution des soins ou celle de l'appareillage. C'est également la solution à retenir pour le remboursement des dépenses entraînées par un traitement orthodontique (remboursement fractionné : cf II c) ci-dessous).

II - SOLUTION APPLICABLE EN CAS DE MODIFICATION DU REGIME DES TARIFS

a) Détermination du tarif applicable

La question de la détermination du tarif applicable se pose lorsque, au cours de la période des soins ou de celle séparant l'accord de prise en charge donné par la Caisse d'Assurance Maladie et l'exécution des soins, survient une modification du régime tarifaire telle, par exemple, l'application d'un tarif d'autorité après une période de tarif conventionnel.

Dans cette hypothèse, le tarif servant de base du remboursement des dépenses par les Caisses d'Assurance Maladie est celui en vigueur à la date à laquelle naît la créance du praticien ou de l'auxiliaire médical qui a dispensé les soins c'est-à-dire au moment où les soins sont achevés, quelle que soit la date de commencement d'exécution des soins ou de règlement des honoraires.

b) Portée de l'accord de prise en charge délivré par les Caisses d'Assurance Maladie

Selon la jurisprudence établie en ce domaine, l'accord de prise en charge délivré par la Caisse au vu d'une demande d'entente préalable n'a pas pour effet de fixer le tarif de remboursement. Au moment de l'accord, la Caisse se borne à accepter de prendre en charge des actes, mais ne s'engage pas à les rembourser selon un tarif déterminé, qui serait celui en vigueur à l'époque de la délivrance de l'accord.

c) Fractionnement des remboursements

La solution visée au a) ci-dessus et dégagée par les tribunaux (cf bulletin juridique 1 a) D 41 rose et jaune 25/66 et 4/87) ne fait pas échec à la possibilité, pour certains traitements, de procéder à des remboursements fractionnés en fonction de la part de traitement déjà effectuée et en considérant chaque fraction isolément : dans ce cas, la créance du praticien ou de l'auxiliaire médical naît au moment où il atteste avoir dispensé les soins correspondant à la fraction déterminée. Ainsi, en matière de traitement orthodontique, le tarif de remboursement peut varier selon la fraction remboursée (cf bulletin juridique D 41 jaune 10/87).

Il est possible d'étendre cette solution au remboursement des soins dentaires lorsque l'ensemble du traitement peut être fractionné en distinguant la partie pouvant être isolée c'est-à-dire en séparant les dents

pour lesquelles les soins sont achevés de celles pour lesquelles les soins sont en cours. En conséquence, un traitement commencé avant la mise en vigueur de la convention nationale provisoire du 16 juillet 1975 par un chirurgien-dentiste n'ayant pas accepté de se placer sous le régime de cette convention sera pris en charge :

- sur la base du tarif conventionnel, pour la fraction du traitement pouvant être considérée comme achevée si celle-ci intervient avant la date de mise hors convention du chirurgien-dentiste.

- sur la base du tarif d'autorité, pour la partie du traitement achevée après l'option faite par le chirurgien-dentiste de se placer hors convention.

Par contre, les prothèses étant considérées comme un traitement global, il faut se placer à la date d'achèvement de celle-ci pour déterminer le tarif applicable.

Je vous prie de bien vouloir me faire part des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente circulaire.

Ch.. PRIEUR