

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

05/10/76

Origine :

SDAM

AC

Mrs les Directeurs

Mrs les Agents Comptables

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Réf. :

SDAM n° 584/76 - AC n° 56/76

Plan de classement :

21

Objet :

LA SITUATION ACTUELLE EN MATIERE DE DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS.

S'il existe des procédures dans lesquelles l'assuré est dispensé de l'avance de frais, la "délégation" au contraire, suppose le paiement préalable.

Certaines règles précises doivent être observées pour l'application de l'article L. 288-1er alinéa du Code de la Sécurité Sociale et de l'article 85, § 3 du RAP du 29 décembre 1945.

Pièces jointes :

--	--

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

SDAM
AC

05/10/76

Mrs les Directeurs
Mrs les Agents Comptables
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Origine :
SDAM
AC

N/Réf. : SDAM n° 584/76 - AC n° 56/76

Objet : La dispense d'avance des frais.

L'utilisation extensive de certains textes, les tolérances longtemps admises, voire les imprécisions de vocabulaire ont entraîné, dans le domaine de la dispense de l'avance des frais par l'assuré, une confusion à laquelle la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie a cherché à remédier depuis plusieurs années : c'est ainsi, notamment, que la convention-type avec les entreprises privées de transports sanitaires par ambulances agréées, et le protocole d'accord avec les Syndicats de Pharmaciens en matière de prestations pharmaceutiques, s'inscrivent dans cette optique.

La présente circulaire a pour but de faire le point de la situation actuelle.

A - PRINCIPE ET EXCEPTIONS

Le remboursement à l'assuré des frais effectivement payés par celui-ci, constitue l'un des **principes de base** du régime français de Sécurité Sociale.

Certes, il n'existe plus de disposition législative générale, posant ce principe pour l'ensemble des prestations en nature de l'Assurance Maladie ou de l'Assurance Maternité. Si, en effet, dans la rédaction primitive de l'article L. 288 du code de la Sécurité Sociale (article 25 de l'ordonnance du 19 octobre 1945) il était stipulé :

"Dans l'assurance maladie, la part garantie par les Caisses de Sécurité Sociale est remboursée à l'assuré".

La rédaction résultant de la loi n° 68-698 du 31 juillet 1968 n'a pas repris cette disposition générale d'une manière aussi catégorique.

Toutefois, de nombreux textes y font référence, explicitement ou implicitement. C'est ainsi que :

- l'article L. 257 du code de la Sécurité Sociale (loi n° 71-525 du 3 juillet 1971) et l'article 11 du Règlement Intérieur des Caisses (arrêté du 6 avril 1962) mentionnent le paiement direct des honoraires des médecins par les malades ;
- l'article L. 266 du code de la Sécurité Sociale (Loi n° 68-691 du 31 juillet 1968), l'article L. 267-3 (loi n°75-603 du 10 juillet 1975) et l'article 17 du Règlement Intérieur des Caisses prévoient implicitement le paiement direct des produits et fournitures pharmaceutiques ;
- l'article 7 de l'arrêté du 30 septembre 1975 sur les frais de transport sanitaire terrestre vise le règlement direct du transport par les assurés sociaux et le remboursement ultérieur à ceux-ci.

En outre, toutes les Conventions Nationales conclues entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et les Syndicats représentatifs des Professions de Santé, stipulent explicitement que le malade paie directement les honoraires au praticien, au chirurgien-dentiste ou à l'auxiliaire médical (Conventions Nationales avec les médecins, les chirurgiens dentistes, les masseurs kinésithérapeutes, les infirmiers, les orthophonistes, les orthoptistes).

Bien que le principe du paiement direct des soins ait donc été affirmé à diverses reprises, il est cependant apparu nécessaire de prévoir des cas dans lesquels l'assuré n'aurait pas à régler les sommes dues.

B - LES PROCEDURES DANS LESQUELLES L'ASSURE EST DISPENSE DE FAIRE L'AVANCE DES FRAIS

I - Le tiers payant stricto sensu

Une exception au principe du paiement direct a été prévue dès l'origine : le tiers payant, qui consiste à régler directement à un tiers les prestations dues, alors même que les frais correspondants n'ont pas été préalablement payés par l'assuré social, sauf pour celui-ci à régler directement le montant de sa participation, le ticket modérateur. Ce système s'applique soit à un risque défini, soit à des situations bien déterminées.

- Les accidents du travail et les maladies professionnelles

Le législateur a prévu que les prestations en nature afférentes aux accidents du travail et aux maladies professionnelles sont réglés par les Caisses aux praticiens et auxiliaires médicaux selon la procédure de tiers payant (articles L. 435 et L. 437 du code de la Sécurité Sociale).

La même procédure est également appliquée en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles aux frais d'hospitalisation, honoraires médicaux compris, dans les établissements publics (article L. 438 du code de la Sécurité Sociale) ; dans les établissements privés, la part garantie par la Caisse est limitée aux tarifs de l'établissement de même nature le plus proche (article L. 439 du code de la Sécurité Sociale).

Il en est de même en ce qui concerne l'appareillage et la réadaptation fonctionnelle (articles L. 441 à L. 445 du code de la Sécurité Sociale).

- L'hospitalisation dans les établissements publics et privés

Dans sa rédaction primitive (article 25 de l'ordonnance du 19 octobre 1945), l'article L. 288 du code de la Sécurité Sociale prévoyait que la part garantie par les Caisses "peut être versée directement à l'établissement dans lequel les soins sont donnés".

Par référence à cette disposition, la convention type entre les Caisses Régionales de Sécurité Sociale et les hôpitaux publics, annexée à l'arrêté du 27 novembre 1961, organisait (articles 5 et 9) le tiers payant des frais de séjour et des honoraires hospitaliers.

De même, le modèle de convention entre les Caisses Régionales de Sécurité Sociale et les maisons de santé privées, annexé à l'arrêté du 25 juin 1946, prévoyait (article D) le paiement par les Caisses à l'établissement de la part des frais de séjour garantie par celles-ci. Ce texte ne visait pas les honoraires médicaux.

La loi n° 68-698 du 31 juillet 1968 a supprimé la possibilité de verser les prestations directement à l'établissement. Le tiers payant hospitalier n'a donc plus aucune assise juridique depuis 1968, bien qu'il soit toujours aussi largement appliqué sans incident notable. Au demeurant, on voit mal qu'il puisse être remis en cause.

Remarque importante : Seules les Caisses d'Assurance Maladie peuvent faire le "tiers payant" dans la limite fixée par les textes, les mutuelles, par exemple, n'ont aucune possibilité d'organiser le "tiers payant".

II - Quatre procédures particulières : "l'autorisation d'avance", le paiement des frais d'appareillage, le "titre médecin", la subrogation

- La procédure de "Dû, autorisation d'avance"

Toutes les Conventions Nationales actuellement en vigueur, ont repris les dispositions déjà consignées dans les clauses facultatives complémentaires à la convention-type annexée au décret n° 60-451 du 12 mai 1960, relatives à la procédure de "dû, autorisation d'avance".

Cette procédure n'est utilisée que pour les actes donnant lieu à remboursement à 100 %. Le praticien ou l'auxiliaire médical demande à la Caisse d'avancer à l'assuré les prestations correspondant aux soins médicaux dispensés, sans que l'assuré ait préalablement réglé les honoraires. Il porte sur la feuille de soins la mention "dû, autorisation d'avance" dans la colonne réservée à l'acquit des honoraires. L'avance est réalisée par l'émission par la Caisse d'un chèque à l'ordre de l'assuré, endossé ensuite par celui-ci au profit du praticien ou de l'auxiliaire médical.

Ce mécanisme est assez peu utilisé, les praticiens et les auxiliaires médicaux faisant remarquer qu'il est difficile d'obtenir ensuite des assurés en cause l'endos du chèque, ceux-ci n'ayant plus d'intérêt personnel dans le règlement des sommes dues.

Dans le texte de la Convention Nationale négociée en 1975 entre les Caisses Nationales et les Syndicats Nationaux de sages-femmes, il a été prévu que le chèque serait libellé directement à l'ordre de la sage-femme, sous certaines conditions et limites. Toutefois, l'approbation de l'ensemble des dispositions conventionnelles, par les Services Ministériels, n'est pas encore intervenue.

- **Le paiement des frais d'appareillage**

L'article 12 J du décret n° 45-179 du 29 décembre 1945 (modifié par décret du 14 juin 1957) précise que "la Caisse peut consentir à l'assuré une avance de ses frais d'appareillage". Toutefois, ces textes n'ont pas prévu selon quelle procédure cette avance pourrait être réalisée. D'ailleurs la rédaction de cette disposition ne permet pas d'instaurer un véritable tiers payant, puisque l'avance est consentie à **l'assuré**.

En ce qui concerne le grand appareillage, un glissement a cependant été opéré du point de vue juridique puisque la convention-type (article 7) annexée à l'arrêté du 1er octobre 1948 prévoit que les frais d'appareillage sont payés directement **au fournisseur**, soit par la Caisse Primaire, soit par le Centre d'Appareillage.

- **Le "titre médecin"**

La Convention Médicale Nationale de 1976, dans son article 4 § 2, prévoit la dispense de l'avance des frais pour les actes de chirurgie, de radiologie ou de biologie dont le coefficient inscrit à la nomenclature (ou la somme des coefficients pour les actes accomplis au cours d'une même séance) est égal ou supérieur à 50 pour la chirurgie, 70 pour la radiologie et 350 pour la biologie, soit une dépense de l'ordre de 350 à 400 francs. Dans cette situation, l'assuré peut régler le médecin, pour la part prise en charge par la Caisse, en lui remettant en paiement un "titre médecin" délivré sur demande par la Caisse, sorte de chèque non endossable.

Cependant, ce mécanisme est d'une application difficile car il présente l'inconvénient d'obliger l'assuré social à demander, au coup par coup, à la Caisse dont on relève, la délivrance du titre de paiement, préalablement à la fourniture des soins, et à un moment où il peut être difficile d'évaluer avec précision le montant de la dépense.

D'ailleurs, les modalités pratiques d'émission, d'encaissement et de règlement du "titre médecin" ne sont pas encore définitivement mises au point.

- **La subrogation conventionnelle**

Soucieuse de mieux organiser les systèmes existants et de mettre en place des moyens dispensant les assurés de supporter des dépenses trop onéreuses, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie a recherché l'accord des professions de santé sur un mécanisme juridique acceptable.

Cet effort a abouti, sur le plan national, à la signature de la convention-type avec les entreprises privées de transports sanitaires par ambulances agréées d'une part, d'un protocole d'accord avec les Syndicats de pharmaciens d'autre part.

Dans les deux cas - et quelles que soient par ailleurs les modalités pratiques retenues (par exemple, quant à la transmission des dossiers ou les conditions particulières imposées (par exemple quant aux catégories de bénéficiaires) - le fondement juridique de la dispense d'avance des frais est celui de la subrogation conventionnelle (article 1249 et suivants du Code Civil).

Dès lors qu'il en fait la demande, la Caisse dispense l'assuré de régler les frais correspondant au service dont il a bénéficié (transport, délivrance de médicaments), mais lui reconnaît cependant, par convention, un droit aux prestations relatives à ces frais. L'Assuré subroge alors le prestataire de service dans la créance dont il est titulaire vis-à-vis de la Caisse.

Malgré les apparences, cette procédure ne doit pas être confondue avec le système du tiers payant proprement dit.

Enfin, la Caisse d'Assurance Maladie ne paye pas directement au fournisseur le prix du service rendu, elle lui verse seulement **le montant des prestations** dues à l'assuré dont le droit naît dès que le prestataire de service s'est exécuté. Cette exception à la règle de l'avance des frais résulte du dispositif conventionnel accepté par les Caisses et les professionnels.

Remarque importante : Les quatre procédures décrites ci-dessus ne peuvent être utilisées que par les organismes de Sécurité Sociale qui **seuls** sont habilités pour les organiser.

C - LES PROCEDURES DANS LESQUELLES L'AVANCE DES FRAIS EST RIGOREUSEMENT OBLIGATOIRE

Les systèmes qui suivent, **ne dispensent pas l'assuré de faire l'avance des frais**, ce sont des systèmes qui, au contraire, impliquent que le prestataire de service soit désintéressé par l'assuré ou par un tiers : mutuelles, organismes divers, particuliers, **avant** que la Caisse d'Assurance Maladie soit en mesure de verser les prestations. Tout versement de prestations qui anticiperait sur le règlement préalable du prestataire de service est illégal.

Il faut donc affirmer que les systèmes décrits ci-après sont exactement à l'opposé du tiers payant ou des formules ci-dessus exposées que **seules** les Caisses d'Assurance Maladie sont habilitées à mettre en place.

- La délégation - caractère juridique

Dans un arrêt du 7 janvier 1972, la Cour de Cassation a considéré que la délégation donnée par l'assuré dans le cadre du décret du 29 décembre 1945, constitue non une cession de créance, mais un mandat (articles 1984 et suivants du Code Civil).

A l'évidence, ce caractère juridique définit également la délégation prévue par l'article L. 288 du code de la Sécurité Sociale.

Le mandat ne pouvant transmettre au mandataire plus de droits qu'il n'en détient, le droit à remboursement de l'assuré n'existe que s'il a, conformément à la règle générale, **réglé préalablement les frais occasionnés par les soins qu'il a reçus**.

L'utilisation de la délégation en faveur du fournisseur est donc contestable sur le plan juridique, cela pour deux raisons :

Dans cette hypothèse, en effet, la signature du praticien, de l'auxiliaire médical ou du prestataire de service attestant sur la feuille de soins qu'il a perçu le montant des sommes qui lui sont dues, précède, en réalité, l'encaissement de ces sommes. Cette signature est donc un faux.

On verrait mal, d'ailleurs, pourquoi un assuré déléguerait son droit à remboursement entre les mains d'un fournisseur qu'il aurait effectivement honoré.

J'ajoute que l'acquit donné frauduleusement rend son signataire passible de sanctions, notamment celles prévues à l'article 409 du code de la Sécurité Sociale qui vise "...quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations pour ... faire obtenir ... des prestations qui ne sont pas dues".

Je rappelle, en outre que, suivant un avis du Conseil d'Etat, le médecin traitant ne peut, en qualité de prescripteur, recevoir mandat de l'assuré.

Enfin, le prestataire de service se rend coupable d'aider l'assuré à contrevenir aux dispositions générales sus-rappelées, qui veulent que le droit aux prestations n'existe que si les services sanitaires dont a bénéficié le malade, ont été rémunérés préalablement.

- **La délégation prévue par l'article L. 288 du code de la Sécurité Sociale**

Dans sa rédaction actuelle, ce texte précise :

"La part garantie par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ne peut excéder le montant des frais exposés. Elle est remboursée soit directement à l'assuré, soit à l'organisme ayant reçu délégation de l'assuré dès lors que les soins ont été dispensés par un établissement ou un praticien ayant passé convention avec cet organisme, et dans la mesure où cette convention respecte la réglementation conventionnelle de l'Assurance Maladie.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et limites dans lesquelles l'assuré peut déléguer un tiers pour l'encaissement des prestations qui lui sont dues."

Cet article pose donc le principe de l'avance des frais, ceux-ci étant réglés soit par l'assuré lui-même, soit par un tiers en faveur duquel l'assuré donne délégation.

On peut certes remarquer que le Décret en Conseil d'Etat qui, aux termes du second alinéa, doit fixer les conditions et les limites de la procédure, n'est pas encore paru.

Il paraît cependant exclu que ce décret remette en cause les principes posés par le premier alinéa qui, en effet, se suffit à lui-même pour être appliqué.

A l'examen attentif de ce premier alinéa, on constate tout d'abord que sont seuls visés des "organismes", c'est-à-dire uniquement des

personnes morales (mutuelles, caisses chirurgicales, Compagnie d'Assurance, etc...) sans qu'aucune distinction soit faite entre celles-ci.

Par ailleurs, l'article L. 288 est formel sur deux points :

- . d'une part, la délégation de l'assuré n'est valable que si l'organisme qui consent l'avance des frais, **a passé convention** avec l'établissement ou le praticien ayant dispensé les soins ;
- . d'autre part, cette convention doit **respecter la réglementation conventionnelle de l'Assurance Maladie**.

Cette double précision apporte aux Caisses une assurance quant au respect des tarifs, et quant à la limitation à deux catégories de contractants possibles, puisque **seuls** les établissements et praticiens conventionnés peuvent passer convention avec les organismes tiers.

Sur le plan pratique, les dispositions suivantes doivent être prises :

- a) Toute délégation donnée par un assuré dans le cadre du 1er alinéa de l'article L. 288 du code de la Sécurité Sociale, doit faire référence à ce texte et préciser les prestations auxquelles elle se rapporte.
Elle doit être établie **obligatoirement et uniquement en faveur d'une personne morale nommément désignée par sa raison sociale, à l'exclusion de toute personne physique** (voir modèle en Annexe I).
- b) Si le praticien ou l'établissement dispensateur de soins n'est pas conventionné au sens de la réglementation de Sécurité Sociale, la Caisse ne devra pas donner suite à la délégation. Les prestations dues seront versées directement à l'assuré, l'organisme tiers faisant son affaire du recouvrement de sa dette.
- c) La Caisse **exigera** de l'organisme tiers la liste, régulièrement tenue à jour, des praticiens et établissements avec lesquels il a passé convention dans le cadre de l'article L. 288, 1er Alinéa du code de la Sécurité Sociale.

Si le praticien ou l'établissement dispensateur de soins ne figure pas sur cette liste, la Caisse refusera la délégation et réglera directement l'assuré.

- d) La Caisse **exigera** d'avoir connaissance des dispositions du contrat passé entre le prestataire de service et l'organisme tiers, afin de s'assurer que la condition du **paiement préalable** au règlement des prestations par la Caisse est bien explicitement prévue.

En cas de doute sur ce point, des contrôles pourraient être effectués et s'il apparaissait que les dispositions contractuelles sont "lettre morte", il y aurait lieu d'avertir les intéressés que la Caisse ne saurait, dans ces conditions, accepter la "délégation".

A ce sujet, je rappelle que le règlement direct entre les mains de sociétés telles que "Europ'Assistance", "France-Secours International" ou toute autre société similaire, ne pourrait intervenir que si l'adhérent recevait des soins dispensés précisément par un praticien ou un établissement ayant passé convention avec ladite société. Il ne saurait s'agir que de cas particuliers, ne serait-ce qu'en raison du champ d'activité de ces organismes qui visent essentiellement à garantir les risques survenus à l'étranger.

- **La délégation prévue par l'article 85 du Règlement d'Administration Publique du 29 décembre 1945**

Cet article énonce, dans son § 3 : "L'assuré ... peut déléguer un tiers pour l'encaissement des prestations.

"Cette délégation n'est valable que pour les prestations dont le remboursement est demandé dans le délai de trois mois à compter de la date à laquelle elle a été établie par l'assuré.

"La délégation ne fait pas obstacle au droit de la Caisse de surseoir au paiement pour procéder aux vérifications nécessaires et de payer les prestations par la poste".

"Un employé d'une Caisse ne peut être délégué par l'assuré pour l'encaissement de prestations que s'il a été spécialement accrédité à cet effet par le Conseil d'Administration de la Caisse".

Je rappelle à nouveau qu'une délégation n'a de valeur si le prestataire de service a été préalablement désintéressé.

D'autre part, ce texte a été utilisé de façon extensive, et même abusive.

En effet, dans l'esprit de son rédacteur, il s'agissait d'une possibilité offerte aux assurés se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer, de percevoir leurs prestations aux guichets de leur Caisse par l'intermédiaire d'un parent ou d'un voisin.

Cette facilité, qui doit donc rester de portée limitée, respecte d'ailleurs le principe général, puisque l'assuré a consenti l'avance des frais.

S'il est impossible de ne pas tenir compte de certaines situations sociales, il est cependant indispensable de limiter ces délégations qui ne peuvent répondre qu'à des cas particuliers.

En premier lieu, si l'on se réfère à l'esprit du texte, il n'est guère concevable qu'une telle délégation puisse être établie en faveur d'une personne morale. Au surplus, l'organisme ainsi désigné devrait avoir passé convention avec le praticien ou l'établissement dispensateur de soins et l'on se trouve ramené à l'application du 1er alinéa de l'article L. 288 du code de la Sécurité Sociale.

D'autre part, s'agissant par définition d'assurés dont la situation sociale est précaire, ces délégations ne devront, en principe, concerner que des règlements **à vue**.

Afin d'éviter les fraudes éventuelles, il conviendra d'exiger :

- une pièce d'identité légale de la personne qui reçoit les fonds,
- la délégation établie par l'assuré,
- la carte d'immatriculation de l'assuré,
- une pièce d'identité légale de l'assuré et de comparer les signatures figurant sur les divers documents (pièce d'identité de l'assuré, délégation, feuille de maladie, etc).

De plus, et sauf si le délégataire est le conjoint de l'assuré, la Caisse ne devra pas hésiter à refuser de donner suite à la délégation si le même mandataire apparaît de façon fréquente.

En effet, sauf situation très exceptionnelle (assuré grabataire, isolé et faisant appel systématiquement, par la force des choses, à l'aide d'une même personne), il serait à craindre que ce mandataire agisse, en réalité, pour le compte d'une société, d'un établissement de soins, d'un fournisseur, etc..., permettant ainsi le fonctionnement d'un "tiers payant" déguisé. Une enquête devra alors être effectuée, afin de déterminer avec précision la situation de fait.

La délégation accompagnant une demande de règlement par voie scripturale ne pourra être que **très exceptionnelle** et les mesures prévues aux deux alinéas ci-dessus encore renforcées.

- **Les procédures mises au point par des établissements de crédit**

Un certain nombre de banques ont monté un mécanisme particulier : le praticien ou le prestataire de service fait souscrire par l'assuré une demande d'avance auprès de la banque intéressée.

Un compte de passage est ouvert par la banque au nom de l'assuré et ce compte est immédiatement débité du montant de l'avance (correspondant au montant des prestations dues par l'Assurance Maladie) qui est porté au crédit du compte du médecin ou du prestataire. L'assuré demande le remboursement des prestations à son compte dans ladite banque. Ce remboursement permet d'apurer l'opération, la banque débitant, par ailleurs, le compte du praticien ou du prestataire des agios afférents à l'avance consentie.

Ce système se caractérise par le fait que l'assuré se borne à donner un ordre de paiement à son compte ouvert auprès de l'établissement de crédit.

Il ne peut être considéré comme licite qu'à la double condition :

- a) que l'établissement de crédit ait le **statut de banque**, la Caisse devant s'en assurer en sollicitant toutes précisions utiles auprès de la Banque de France,
- b) que le compte du praticien soit effectivement crédité **antérieurement** à la demande de remboursement de prestations, ce qui exclut l'existence d'un compte bloqué quel qu'il soit.

L'observation des règles énoncées dans la présente circulaire doit permettre de clarifier la situation et de mettre fin aux disparités constatées d'un régime à un autre.

Vous voudrez bien me tenir informé de toutes les difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de ces dispositions.

Le Directeur

Ch. PRIEUR

D E L E G A T I O N

(Article L. 288, 1er alinéa du code de la Sécurité Sociale)

Je soussigné,

NOM

Prénom

N° d'immatriculation

donne pouvoir à (raison sociale de l'organisme tiers)

pour percevoir en mes lieu et place, les prestations qui me sont dues par la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie de

en raison des soins dispensés à

NOM

Prénom

par (Nom du praticien ou de l'établissement dispensateur de soins)

le (date) (1)

du (1)

(1) Rayer la mention inutile.

Signature de l'assuré,