Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

14/12/81

Origine :

DGR

MM les Directeurs

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Réf. :

DGR n° 1225/81

Plan de classement :

24

Objet :

Hospitalisation dans les établissements privés conventionnés.

La présente circulaire précise le mode d'utilisation de la partie "Honoraires médicaux" du bordereau 615, expose les modifications de l'article 4 du protocole d'accord et transmet le questionnaire nécessaire à la Caisse Nationale pour faire le point sur la mise en place de l'imprimé actuellement en cours d'homologation.

Pièces jointes :

0 3

Liens :

Com.circ DGR 1030/80

Com.circ DGR 1049/81

Com.circ ENSM 424/81

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

14/12/81 MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)

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

MM les Médecins-Conseils Régionaux
(pour information)

N/Réf. : DGR N° 1225/81

Objet : Hospitalisation dans les établissements privés conventionnés.
Mise en place du nouvel imprimé de facturation.

Par circulaire n° 1049/81 du 5 janvier 1981, la CNAMTS vous a adressé le nouveau modèle de facturation des soins (bordereau 615 a) dans les établissements de soins privés et a précisé les modalités d'utilisation de cet imprimé. La présente circulaire a pour objet de compléter les instructions déjà données, notamment en ce qui concerne la partie "Honoraires médicaux".

1) Il est précisé que "pour les actes de laboratoire", il est nécessaire de "joindre la prescription codifiée".

L'expression "prescription codifiée" signifie que l'ordonnance doit comporter la cotation détaillée de chaque analyse médicale demandée.

Je rappelle que cette cotation (effectuée d'après la Nomenclature des Actes de biologie) doit être précédée du chapitre de la Nomenclature auquel se rapportent lesdites analyses. (Ce chapitre est désigné par une

lettre). Cette disposition résulte de l'application de l'arrêté du 23 septembre 1980 (cf. circulaire DGR n° 1041 du 18 décembre 1981).

2) Cet imprimé est actuellement en cours d'homologation et devrait être certifié prochainement. A toutes fins utiles, je confirme - pour répondre aux questions posées par des Caisses - que cet imprimé a été établi en collaboration avec les Syndicats Médicaux. Dans un premier temps, la Fédération des Médecins de France, seule signataire de la Convention Nationale, avait donné son accord sur la partie "honoraires médicaux". A la suite de son adhésion à la Convention Nationale de mai 1980, la Confédération des Syndicats Médicaux Français a donné son aval au modèle qui lui a été soumis compte tenu des simplifications administratives en résultant.

En effet, la partie intitulée "relevé des honoraires" remplace les feuilles de soins puisqu'elle comporte toutes les rubriques figurant sur celles-ci, y compris les dépassements. Elle constitue un justificatif des actes dispensés par les praticiens et des honoraires payés par la Caisse. L'imprimé sert notamment à établir les relevés d'honoraires pour l'Administration Fiscale.

3) Le praticien est libre d'accepter ou non le mode de règlement proposé avec le bordereau 615. Cependant, comme cet imprimé s'inscrit dans le cadre des mesures de simplification administrative voulues par le Gouvernement, il est bien certain que les Caisses ne peuvent appliquer plusieurs procédures de règlement sans alourdir considérablement leur gestion.

Si par exception, des praticiens estimaient ne pas devoir recourir à cette procédure, il est évident, dans l'intérêt des malades et des établissements que les Caisses seraient amenées à prendre toutes dispositions utiles pour organiser la seule dispense d'avance des frais de séjour. Il est également évident que la généralisation de cette hypothèse risquerait de remettre en cause le dispositif convenu.

4) En ce qui concerne le protocole, la Fédération des Médecins de France a fait observer que, dans sa rédaction actuelle, ce texte ne permettait pas au médecin de revenir sur son choix avant un an. Estimant cet engagement trop long, la Fédération des Médecins de France a demandé un assouplissement du texte sur ce point.

La Caisse Nationale a fait droit à cette demande et accepté une modification de l'article 4 du protocole qui est ainsi rédigé (cf annexe 1) : "le présent accord peut être dénoncé à tout moment par les parties sous réserve de respecter un préavis d'un mois".

5) Cette procédure qui a également reçu l'accord de la Confédération des Syndicats Médicaux Français permet aux médecins qui estiment s'être

engagés trop vite dans cette procédure, de s'en dégager. Par contre, il n'a pas été possible d'aller plus loin dans l'assouplissement de la procédure pour permettre au médecin d'appliquer celle-ci au coup par coup, en fonction du malade qu'il soigne. Ce serait la négation même du système.

6) Enfin, à la demande de la Fédération des Médecins de France, je vous transmets un modèle de lettre qui explique le contenu du protocole et qui pourrait être transmis aux médecins en même temps que celui-ci. (cf annexe 2).

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés souhaitant faire le point sur la mise en place et l'utilisation de cet imprimé, tant au niveau de la partie "Frais de séjour" que de la partie "relevé d'honoraires", je vous serais obligé de bien vouloir me retourner (dans les meilleurs délais) le questionnaire ci-joint, dûment rempli.

Dominique COUDREAU

ANNEXE 1**PROTOCOLE D'ACCORD**

Entre les soussignés :

- la CPAM représentée par
- la CMR représentée par
- la CMSA représentée par

d'une part,

et M. (désignation du praticien, de l'auxiliaire médical
ou du directeur de laboratoire) intervenant dans le cadre de son exercice
habituel dans, ou pour (désignation de l'établissement de
soins)

d'autre part.

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1er

Dans le cadre des dispositions (1) de la Convention Nationale
(référence de la convention applicable au dispensateur de soins), les
assurés sociaux sont dispensés de faire l'avance de la part remboursable
des honoraires dus au signataire du présent protocole, pour les soins reçus
au cours de leur hospitalisation dans l'établissement visé ci-dessus, sous la
réserve expresse de la prise en charge du séjour hospitalier par un
organisme d'assurance maladie.

Par exception, cette procédure s'applique également aux actes de médecin
effectués dans l'établissement concerné, ayant nécessité l'utilisation de la
salle d'opération, sans séjour hospitalier.

(1) préciser : "de l'article 4 § 2 - délégation de paiement"
pour la Convention Nationale des Médecins

ARTICLE 2

La constatation des soins reçus ou des examens pratiqués s'effectue au moyen de l'imprimé référence 615 a, établi conformément aux dispositions du décret n° 72-480 du 12 juin 1972 et de la convention nationale

ARTICLE 3

La part garantie par l'organisme d'assurance maladie dont relève l'assuré social est versée directement au mandataire habilité par le dispensateur de soins désigné par l'ensemble des praticiens exerçant dans l'établissement.

ARTICLE 4

Le présent accord est conclu pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction, dans la limite de la durée de la convention nationale applicable au dispensateur de soins.

ARTICLE 5

Le présent accord peut être dénoncé à tout moment par les parties sous réserve de respecter un délai de préavis d'un mois.

Il cesse de produire ses effets en cas de dénonciation de la convention liant l'établissement précité aux organismes d'assurance maladie.

ANNEXE 2

LETTRE-TYPE AUX DISPENSATEURS
DE SOINS EXERCANT A TITRE HABITUEL
DANS OU POUR LES ETABLISSEMENTS PRIVES
CONVENTIONNES

Les conventions nationales régissant les rapports entre les Caisses d'Assurance Maladie et les professions de santé ont posé le principe du règlement direct des honoraires par le malade.

Elles ont prévu en outre que, lorsque la nature ou le coût des soins le justifient, le règlement des honoraires pouvait être effectué sans que l'assuré ait à faire l'avance des frais correspondant à la part garantie par la Caisse.

Conformément à ces dispositions, les parties signataires ont mis au point une procédure de dispense d'avance des frais, qui a été concrétisée par la mise en place du nouvel imprimé de facturation dans les cliniques privées conventionnées (imprimé référence 615 a).

Comme vous pourrez le constater, cet imprimé regroupe sur un même support, mais en deux parties nettement distinctes et matériellement séparées par des encadrés :

. la facture des frais de séjour qui est établie sous la responsabilité de la clinique,

. le relevé des honoraires médicaux, para-médicaux et des actes de laboratoire, qui est établi sous la responsabilité des dispensateurs de soins exerçant habituellement dans, ou pour l'établissement.

Cette présentation a l'avantage de simplifier notablement les relations entre établissements privés, dispensateurs de soins et Caisses d'Assurance Maladie. Il convient de souligner qu'elle n'implique pas de confusion entre les règlements destinés à l'établissement et ceux dus aux dispensateurs de soins, puisqu'il est prévu que la Caisse règle séparément les frais de séjour à l'établissement et les honoraires à la personne habilitée par les dispensateurs de soins.

En cas de dispense d'avance des frais, le relevé des honoraires médicaux, para-médicaux et actes de laboratoire se substituera aux feuilles de soins préidentifiées. C'est pourquoi cet imprimé reprend l'ensemble des mentions figurant sur les feuilles de soins (identification du prescripteur ou de l'exécutant - secteur conventionnel - date et désignation des actes - motifs de dépassement...), les signatures attestant la prestation des actes, l'exactitude du montant des honoraires indiqués et la dispense d'avance des frais devant être apposées dans la case correspondant à la ligne où sont mentionnés les actes du dispensateur de soins concerné.

Telle est la procédure que les Caisses d'Assurance Maladie, conformément au souhait des parties signataires, vous proposent d'utiliser pour les soins donnés, dans le cadre de votre exercice habituel, en établissement privé conventionné. Afin de vous permettre d'opter clairement soit pour la dispense d'avance des frais, soit pour le règlement direct des honoraires par l'assuré, un protocole d'accord que vous trouverez ci-joint, a été élaboré par les parties signataires.

Ce protocole - qui comporte 5 articles - définit d'une part le champ d'application de la procédure de dispense d'avance des frais (soins et traitements dispensés au cours d'une hospitalisation ou sans hospitalisation), d'autre part, les conditions d'utilisation du bordereau (article 2). Il prévoit, en outre, la désignation du mandataire auquel les honoraires seront versés.

Il est important de souligner que cette procédure demeure facultative. Vous conservez donc le choix soit de faire régler vos honoraires par l'intermédiaire du bordereau 615 a, soit de refuser le protocole et de continuer à vous faire honorer directement par le malade. Si vous optez pour la dispense d'avance des frais, vous pourrez éventuellement modifier votre option initiale et dénoncer le protocole d'accord à tout moment, en respectant un délai de préavis d'un mois.

Si vous décidez d'opter pour cette procédure, vous voudrez bien m'en informer dans le délai d'un mois, en me retournant le protocole d'accord revêtu de votre signature et en me précisant l'identité et la domiciliation bancaire ou postale de la personne que vous aurez - en accord avec les autres dispensateurs de soins exerçant dans l'établissement - habilitée à percevoir les honoraires correspondant à la part garantie par l'assurance maladie.

ANNEXE 3**CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE de****A - MISE EN PLACE DE L'IMPRIME DANS LES CLINIQUES**

- A1 - Nombre d'établissements privés conventionnés dans votre circonscription
- A2 - Nombre d'établissements utilisant les deux parties de l'imprimé 615 a
- A3 - Nombre d'établissements n'utilisant que la partie "frais de séjour"

En cas de non utilisation de cet imprimé (partie "frais de séjour" et partie "honoraires"), en préciser les motifs.

B - UTILISATION DE LA PARTIE "RELEVÉ D'HONORAIRES"

- B1 - Nombre de praticiens (1) exerçant à titre habituel dans les établissements privés conventionnés de votre circonscription
- B2 - Nombre de praticiens ayant adopté le protocole d'accord
- B3 - Parmi les praticiens ayant adhéré au protocole d'accord
- . combien utilisent la partie "relevé d'honoraires" ?
- . combien ne l'utilisent pas

Pour ces derniers, préciser le support employé pour la dispense d'avance des frais.

- (1) par praticien on entend, médecins, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoire.