

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

24/03/83

Origine :

DGR

DGA

AC

ENSM

Messieurs les Directeurs

Messieurs les Agents Comptables

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Messieurs les Médecins Conseils Régionaux

(pour attribution)

Réf. :

DGR n° 1418/83 - DGA n° 38/83 -

AC n° 274/83 - ENSM n° 721/83

Plan de classement :

2520	2414				
------	------	--	--	--	--

Objet :

PRISE EN CHARGE DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE

Pièces jointes :

-	2
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

**Direction de la
Gestion du Risque**

24/03/83

Origine :

DGR
DGA
AC
ENSM

Messieurs les Directeurs
Messieurs les Agents Comptables
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
Messieurs les Médecins Conseils Régionaux
(pour attribution)

N/Réf. : DGR n° 1418/83 - DGA n° 38/83 - AC n° 274/83 - ENSM
n° 721/83

Objet : Prise en charge des interruptions volontaires de grossesse.

La loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982 (JO du 1er janvier 1983) a prévu la couverture, par les régimes d'assurance maladie, des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et les modalités de financement de cette mesure.

Différents arrêtés en date du 22 février 1983 ont modifié la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ainsi que la nomenclature générale des actes de biologie médicale et fixé les prix des soins et de l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

Il résulte de l'ensemble de ces textes que la date d'effet du remboursement par les organismes d'Assurance Maladie est fixée au 27 février 1983.

La circulaire ministérielle n° 4705 du 23 février 1983 du Ministère de la Santé (Cf. circulaire DGR n° 1405/83 du 1er mars 1983) complète les informations destinées aux établissements d'hospitalisation.

La présente instruction a pour objet de fixer les conditions d'application du dispositif au niveau des organismes du Régime Général.

1°) RESPECT DE L'ANONYMAT

L'attention des Caisses est attirée sur l'application très stricte de ce principe posé par les directives ministérielles. L'obligation de respect du secret professionnel, au demeurant observée dans l'immense majorité des cas, implique sur le point particulier de l'application de la loi précitée, afin d'éviter le risque de divulgation, que soit aménagé le stade de la vérification de l'ouverture des droits à prestations.

Pour permettre le respect de l'anonymat, c'est le Contrôle Médical de la Caisse Primaire - dont les membres sont tenus au respect du secret professionnel de droit commun et des obligations de secrets spécifiques à leurs fonctions - qui sera le correspondant obligatoire des différents établissements d'hospitalisation. A cet effet, il recevra de ceux-ci, d'une part un bordereau de facturation des soins et de l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse (Cf. modèle en annexe 1) et, d'autre part, les factures individuelles (en double exemplaire) ne comportant aucune information relative à l'assuré(e) ainsi qu'à la bénéficiaire. Il appartient aux Caisses Primaires de diffuser ces bordereaux aux établissements concernés par les interruptions volontaires de grossesse.

Pour permettre de déterminer l'organisme de prise en charge, l'établissement devra obtenir la carte d'immatriculation ainsi que les éléments permettant l'ouverture des droits (carte d'assuré social, attestation annuelle, bulletins de paie, etc.). Ces éléments seront reportés sur le bordereau visé supra. Ils permettront au service du Contrôle Médical de procéder aux vérifications utiles. L'établissement devra fournir obligatoirement des bordereaux complets comportant **toutes** les informations nécessaires au contrôle des factures individuelles. En cas de rejet d'une facture (assuré inconnu au fichier, absence d'ouverture des droits, défaut d'information, etc.), l'organisme d'Assurance Maladie notifiera les motifs du rejet à l'établissement et lui retournera uniquement l'imprimé de facturation.

Les Caisses Primaires organiseront, en accord avec le Médecin-Chef départemental, les modalités du contrôle d'ouverture des droits qui sera effectué par sondage. Le concours d'un agent délégué de l'Agent-Comptable pourra utilement être envisagé à cet effet.

2°) **PROCEDURE DE REMBOURSEMENT**

Après contrôle dans les conditions évoquées ci-dessus et rejet éventuel des factures non susceptibles d'être prises en charge, le Service Médical transmet au Service Administratif les factures ne comportant aucune identification de l'assuré(e) et de la bénéficiaire pour remboursement à l'établissement.

a) **Ticket modérateur**

Il est rappelé que la circulaire ministérielle précise que l'accueil et l'hébergement liés à l'interruption volontaire de grossesse effectuée tant en établissement d'hospitalisation public qu'en établissement privé sont considérés par l'arrêté du 23 février 1983 comme une hospitalisation même lorsque leur durée est inférieure à 12 heures. En conséquence, les frais de soins et d'analyses entraînent une participation de l'assuré(e) selon les règles applicables aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation et aux analyses biologiques afférentes à des soins dispensés dans les mêmes conditions. Le taux de prise en charge est donc de 80 % dans tous les cas, sauf pour les personnes déjà exonérées du ticket modérateur.

b) **Le tiers-payant**

La procédure de tiers-payant et de transmission de documents évoquée ci-dessus vise l'ensemble des établissements et services pratiquant les interruptions volontaires de grossesse et qui utilise habituellement la dispense d'avance des frais pour les honoraires. S'agissant de l'activité de clientèle privée des praticiens à plein temps dans les établissements d'hospitalisation publics, de l'activité en clinique ouverte des établissements d'hospitalisation publics, des médecins intervenant dans les cliniques non conventionnées ainsi que des praticiens exerçant dans les cliniques privées conventionnées mais qui n'utilisent pas le bordereau 615 pour la partie "honoraires", la dispense d'avance des frais n'est pas admise et les assurés seront remboursés sur présentation d'une feuille de soins délivrée par le(s) praticien(s) et complétée dans les conditions habituelles.

En ce qui concerne les établissements privés non conventionnés, il appartiendra aux Caisses Régionales de passer un protocole d'accord conforme au modèle joint pour permettre le tiers-payant pour les frais d'accueil et d'hébergement relatifs à l'interruption volontaire de grossesse.

c) Modèle et contenu des factures

Le support pour la facturation aux organismes de prise en charge sera celui qui est utilisé habituellement par chacun des établissements. Il devra comporter :

- l'identification de l'établissement en clair et avec son numéro FINESS,
- un numéro de titre,
- un numéro de bordereau,
- la date d'entrée (avec l'heure),
- la date de sortie (ou l'heure),
- le risque et le code bénéficiaire,
- l'organisme de prise en charge,
- le détail de la facturation.

En aucun cas, ne figureront les indications relatives à l'assuré(e) (nom, prénom, n° de Sécurité Sociale, adresse, etc.) et à la bénéficiaire.

3°) MODALITES D'APPLICATION DE LA NOMENCLATURE

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels et la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale ont été complétées par arrêté, afin de tenir compte des dispositions de la loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.

Un arrêté du 22 février 1983 (JO du 25 février 1983) prévoit l'adjonction, au titre XI, Chapitre II, paragraphe 2 de la NGAP, après la fin du paragraphe relatif à l'interruption volontaire de grossesse, du paragraphe suivant :

"Les honoraires dus à raison des actes d'anesthésie générale qui accompagnent une interruption pratiquée avant la fin de la dixième semaine, dans les conditions prévues à la Section I du Chapitre II bis du Titre 1er du Livre II du Code de la Santé Publique, sont calculés sous forme d'un forfait".

Il convient de noter que cette disposition vaut uniquement pour l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique (acte médical non inscrit à la NGAP) et a pour but de différencier les honoraires d'anesthésie selon qu'ils accompagnent une interruption volontaire de grossesse thérapeutique ou non thérapeutique :

- en cas d'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique, pratiquée avant la fin de la 10ème semaine de grossesse, les honoraires d'anesthésie sont calculés sur la base d'un forfait (voir arrêté BOSP du 22.02.83),
- en cas d'interruption volontaire de grossesse pratiquée pour motif thérapeutique, les honoraires d'anesthésie accompagnant l'acte médical coté K 30 selon nomenclature, sont calculés sur la base de K 25 (K plancher anesthésie).

Un autre arrêté du 22 février 1983 (JO du 25 février 1983) modifie de la même façon la première partie (Dispositions Générales) de la NABM, en ajoutant un article 11 intitulés "Actes Préliminaires à une interruption volontaire de grossesse" et libellé de la façon suivante :

Les investigations biologiques préalables à une interruption volontaire de grossesse pratiquée avant la fin de la 10ème semaine, dans les conditions prévues à la Section I du chapitre III bis du Titre 1er du livre II du Code de la Santé Publique font l'objet d'un forfait comprenant au minimum les investigations suivantes :

- temps de saignement,
- temps de céphaline activée,
- taux d'hémoglobine,
- numération des plaquettes,
- numération des globules blancs.

Ce forfait est coté B 50".

Le montant de ce forfait est fixé dans l'arrêté BOSP du 22 février 1983 et ne doit être facturé par l'établissement qu'en cas d'investigations biologiques préalables à une interruption volontaire de grossesse non thérapeutique, pratiquée avant la fin de la 10ème semaine de grossesse.

4°) RESPONSABILITE DES DIRECTEURS ET AGENTS COMPTABLES

La question a été posée par plusieurs organismes de savoir quelle était l'étendue de la responsabilité de l'ordonnateur et de l'agent-comptable, s'agissant de factures anonymes.

Pour inhabituelle que soit cette procédure, il n'en reste pas moins qu'elle découle d'instructions ministérielles précises. Il est nécessaire mais suffisant qu'un contrôle par sondage des ouvertures de droit soit effectué dans les conditions indiquées ci-dessus. Par ailleurs, les factures anonymes dûment répertoriées par numéro de référence au bordereau de transmission, constitueront globalement les éléments de facturation.

5°) PROCEDURES INFORMATIQUES

Des négociations sont en cours avec la Direction des Hôpitaux sur les modifications à apporter aux systèmes informatiques. En ce qui concerne tout spécialement les organismes sociaux, la Direction de la Gestion Administrative fournira dès que possible les indications utiles.

Dans l'attente de ces modifications, les Caisses procéderont au règlement des actes et séjours en compte d'attente, contact préalablement pris avec les établissements intéressés afin que les procédures et circuits décrits ci-dessus soient respectées.

6°) IMPUTATION COMPTABLE

Les dépenses réglées par les Caisses seront imputées au compte 440188 CNAM-IVG et donneront lieu à remboursement par extrait de compte sur production d'un état récapitulatif trimestriel dont le modèle sera fourni ultérieurement.

Dominique COUDREAU

PROTOCOLE D'ACCORD
RELATIF A LA COUVERTURE DES FRAIS AFFERENTS
A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE PRATIQUEE
DANS LES ETABLISSEMENTS PRIVES NON CONVENTIONNES

ENTRE LES SOUSSIGNES :

- la CRAM, représentée par _____
- la CMR, représentée par _____
- la CMSA, représentée par _____

d'une part,

et _____ (désignation de la personne physique ou morale
gestionnaire) éventuellement représentée par _____ intervenant
pour _____ (désignation et adresse de l'établissement).

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1er

Le présent accord s'applique à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans l'établissement visé ci-dessus sur des assurées ou ayants droit relevant d'un régime légal ou réglementaire d'assurance maladie.

Article 2

Les dispositions du présent accord sont applicables sous réserve de l'agrément de l'établissement prévu par la législation en vigueur et du respect des prix limites fixés par arrêté interministériel.

En cas de suspension ou de retrait de cet agrément, le présent accord cesse son effet de plein droit.

Article 3

La facturation des frais d'hospitalisation s'effectue au moyen de l'imprimé référence 615a ne comportant aucune information permettant l'identification de l'assuré(e) et de la bénéficiaire.

L'établissement mentionne sur cet imprimé :

- l'identification de l'établissement ;
- le numéro de la facture ;
- le numéro du bordereau de facturation ;
- les dates et heures d'entrée et de sortie de l'hospitalisée ;
- l'Organisme d'Assurance Maladie destinataire ;
- le code bénéficiaire et la nature d'assurance ;
- la domiciliation bancaire de l'établissement ;
- la facturation des frais de séjour, avec l'indication de la discipline, du mode de traitement et de la prestation.

L'assuré(e) ou la bénéficiaire règle directement les honoraires au médecin ayant pratiqué l'interruption volontaire de grossesse, au directeur du laboratoire et, le cas échéant, à l'anesthésiste-réanimateur, qui lui délivrent une feuille de soins établie conformément à la réglementation en vigueur.

Article 4

L'établissement adresse la (les) facture(s) d'hospitalisation, sous pli confidentiel, au médecin-chef de l'Organisme d'Assurance Maladie, accompagné(s) d'un bordereau de facturation au modèle annexé au présent accord et mentionnant :

- l'identification de l'établissement ;
- le numéro de la facture ;
- le numéro d'immatriculation et le nom de l'assuré(e) ;
- les nom et prénom de la bénéficiaire ;

- le rang de la bénéficiaire ;
- la période d'hospitalisation ;
- le risque ;
- les documents relatifs à l'ouverture du droit aux prestations, présentés par l'assuré(e) ou la bénéficiaire ;
- le nom à la charge de l'Organisme d'Assurance Maladie.

Article 5

La part garantie par l'Organisme d'Assurance Maladie dont relève l'assuré(e) est versée en ce qui concerne les frais d'hospitalisation directement à l'établissement.

En cas de rejet d'une facture, l'Organisme d'Assurance Maladie notifie les motifs de rejet à l'établissement et lui retourne l'imprimé de facturation.

Article 6

Lors du versement par l'assuré(e) de la part des frais d'hospitalisation restant à sa charge, l'établissement lui remet une facture acquittée ne comportant aucune information relative à la nature de l'intervention pratiquée.

Article 7

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 8

En cas de manquement grave ou répété de la part de l'une de ces parties contractantes à l'une de ses obligations, l'autre partie a la faculté de résilier unilatéralement la présente convention.

Dans ce cas, le demandeur signifie son intention à l'autre partie par lettre recommandée avec avis de réception, en indiquant les motifs sur lesquels il estime devoir fonder sa décision. Celle-ci est applicable à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date de réception de cette lettre recommandée.