

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
17/05/83

Origine :
DGR

MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MM les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

Réf. :

DGR n° 1441/83

Plan de classement :

2430					
------	--	--	--	--	--

Objet :

CONVENTION POUR L'ADMISSION DES ASSURES SOCIAUX DANS LES ETABLISSEMENTS
DE SOINS DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES.
ANNULE ET REMPLACE CONVENTION-TYPE DE SEPTEMBRE 1965.

Une nouvelle convention relative aux relations administratives et financières et à la pratique de la dispense
d'avance des frais pour les assurés sociaux hospitalisés dans les hôpitaux militaires est intervenue entre la
Direction centrale du Service de Santé des Armées et la CNAMTS.

Pièces jointes :

0	4
---	---

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

17/05/83

Origine :
DGR

MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour attribution)

N/Réf. : DGR n° 1441/83

Objet : Nouvelle Convention Nationale relative à la pratique de la dispense d'avance des frais pour les assurés sociaux hospitalisés dans les hôpitaux des Armées entre la Direction Centrale du Service de Santé des Armées et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

J'ai l'honneur de vous informer que la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie a signé avec la Direction Centrale du Service de Santé des Armées une nouvelle convention relative aux relations administratives et financières et à la pratique de la dispense d'avance des frais pour le traitement des assurés sociaux civils dans les établissements de soins du Service de Santé des Armées (document en annexe I).

Cette convention a été approuvée par le Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité par lettre du 27 juillet 1982 référencée Bureau P1 - GEN 7859 (annexe II). Elle est applicable dans tous les hôpitaux militaires y compris ceux situés en Allemagne (voir liste en annexe III).

1 - La signature de la convention est intervenue au niveau national

Compte tenu d'une part de la spécificité des établissements de soins du Service de Santé des Armées sur le plan de la gestion administrative et financière et, d'autre part, de l'implantation des hôpitaux militaires dans quelques régions seulement mais qui sont amenés à recevoir des malades de la France entière, la Direction Centrale du Service de Santé des Armées a souhaité que la convention soit passée au niveau national. Chacun des trois grands régimes de Sécurité Sociale a passé séparément une convention avec la Direction Centrale du Service de Santé des Armées.

2 - Les raisons qui ont conduit à la signature d'une nouvelle convention

a) Diverses mesures réglementaires permettent un accès plus grand d'assurés sociaux civils dans les établissements de soins des Armées :

- les établissements d'hospitalisation des Armées participent au service public hospitalier ;
- les jeunes gens atteints d'une affection ou victimes d'un accident au cours de leur service national et radiés des contrôles de l'Armée sont pris en charge par les régimes civils d'Assurance Maladie au titre des dispositions de la loi n° 79-1130 du 29 décembre 1979. Les intéressés dans cette situation sont hospitalisés ou soignés dans les Hôpitaux des Armées.

b) Il est apparu nécessaire de simplifier et d'harmoniser les procédures administratives hospitalières des établissements de soins des Armées ;

c) La convention nationale doit faciliter les rapports des hôpitaux des Armées avec les Organismes de Sécurité Sociale ;

d) l'activité des soins externes dans les établissements de soins des Armées est très importante. Un avenant à la Convention a été signé qui prévoit la pratique de la dispense d'avance des frais pour les actes pratiqués à titre externe dans les hôpitaux militaires.

3 - Le contenu de la nouvelle convention

Cette nouvelle convention annule et remplace la convention-type de 1965.

Par rapport à la rédaction de ce texte plusieurs points sont à souligner :

a) concernant les procédures administratives d'admission pour l'assuré et ses ayants-droit si les règles habituelles de demande de prise en charge sont maintenues, il a été inclus l'utilisation de la carte d'assuré social qui donne l'application du principe "avis d'admission" (articles 4 et 5) ;

b) les conditions de durée de prise en charge et de prolongation de séjour sont inchangées ;

c) la facturation est adaptée au plan statistique hospitalier (article 9).

La validation des codes nationaux, en particulier des codes disciplines médico tarifaires à faire figurer dans les fichiers établissements des CRAM et des CPAM sera assurée conjointement par la CNAM et le Ministère de la Défense. En conséquence la CNAMTS diffusera aux CRAM concernées la liste des DMT et de leurs tarifs affectés aux hôpitaux militaires.

Dans l'immédiat la CRAM n'a pas à intervenir auprès des hôpitaux militaires. Au niveau de la liquidation les CPAM forcent les tarifs.

d) il a été prévu un article relatif à la résolution des litiges (article 13).

Seuls les litiges ayant trait au règlement de cas particuliers, telle que la liquidation individuelle des dossiers d'assurés et l'exécution des remboursements peuvent être traités directement par les Caisses avec les établissements de soins des Armées.

Pour les litiges portant sur des questions d'ordre général, de réglementation, de procédure ou de tarification, les Caisses ne doivent pas s'adresser directement aux hôpitaux militaires. Il leur appartient de saisir simultanément la Direction Centrale du Service de Santé des Armées et la Caisse Nationale du litige.

e) concernant les actes dispensés à titre externe, l'avenant à la Convention prévoit la dispense d'avance des frais pour les consultations et soins externes selon les conditions habituelles. Les tarifs applicables sont ceux fixés annuellement par le ministre chargé des Armées. Cette information est transmise par l'intermédiaire de la Caisse Nationale (voir annexe IV).

P/le Directeur, le D/Adjoint
chargé de la DGR

J. GOURAULT

ANNEXE 1

CONVENTION

Relative aux relations administratives et financières
et à la pratique de la dispense d'avance des frais

Entre le Ministre de la Défense représenté par

Monsieur le Médecin général inspecteur JUILLET

et La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

représentée par Monsieur COUDREAU, Directeur

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIV

TITRE I

CONDITIONS GENERALES

ARTICLE 1er - OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les conditions de prise en charge et de remboursement des frais d'hospitalisation et de soins externes engagés à l'occasion de soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux ou de spécialités dispensés aux bénéficiaires ou ayants droit relevant d'un régime légal ou réglementaire d'assurance maladie, ainsi qu'aux bénéficiaires des lois sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, quel que soit l'établissement de soins du service de santé des armées dans lequel pourront être traités ces malades.

ARTICLE 2 - CONDITIONS DE DISPENSE DES SOINS

Les établissements de soins du Service de Santé des Armées reçoivent dans la mesure où le prévoient les textes réglementaires concernant l'admission dans les hôpitaux des armées, les malades ou accidentés civils.

Les soins médicaux, chirurgicaux et paramédicaux sont donnés par les médecins, chirurgiens, spécialistes et personnels paramédicaux de l'établissement de soins sous la responsabilité des médecins chefs de service.

ARTICLE 3 - ORGANISATION DU CONTROLE MEDICAL

Le médecin-chef de l'hôpital donnera les facilités nécessaires pour les opérations de contrôle effectuées par les praticiens conseils (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens), dûment accrédités et astreints au secret médical ou professionnel.

La liste des médecins, chefs de service, sera tenue à la disposition des médecins-conseils des organismes payeurs.

TITRE II

HOSPITALISATION

ARTICLE 4 - JUSTIFICATION DE LA QUALITE DE BENEFICIAIRES

La malade hospitalisé, ou son représentant, doit, dès son admission dans l'établissement, faire connaître notamment au moyen de sa carte d'immatriculation, sa qualité de bénéficiaire d'un régime obligatoire d'assurance maladie, des lois sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles, ou d'un régime légal d'assurance personnelle.

A cet effet, et à défaut de prise en charge préalable, l'administration hospitalière s'efforce d'obtenir de celui-ci la production de toute pièce justificative du droit aux prestations (notamment la carte d'assuré social faisant mention des droits en cours de validité, l'attestation annuelle d'activité salariée, les fiches de paie, le titre de pension ou de rente etc...)

Pour une hospitalisation d'ayant droit, l'assuré doit justifier de sa qualité à l'établissement.

En cas de refus de production de la (ou des) dite (s) pièce (s), l'administration hospitalière est fondée à poursuivre le recouvrement des divers frais afférents à l'hospitalisation, directement auprès du malade ou de ses débiteurs d'aliments, à charge pour lui (ou eux), en cas de régularisation ultérieure, d'en obtenir le remboursement des organismes compétents pour le versement des prestations.

ARTICLE 5 - PROCEDURE ADMINISTRATIVE DE L'ADMISSION

La demande de prise en charge est établie conformément au modèle en vigueur dans le cadre du système de gestion des malades hospitalisés du service de santé des armées ; elle est accompagnée au besoin des pièces justificatives nécessaires.

Cet imprimé comporte l'ensemble des renseignements administratifs nécessaires à l'organisme payeur pour statuer.

L'établissement atteste sur ce document avoir pris connaissance des pièces justificatives visées aux alinéas 2 et 3 de l'article 4.

En principe la demande de prise en charge est établie au moment de l'admission par l'établissement qui l'adresse à l'organisme présumé compétent, dans un délai de deux jours ouvrables, sauf cas de force majeure. Elle peut toutefois être adressée à cet organisme directement par l'assuré, préalablement à l'admission.

Si les documents présentés par l'établissement sont insuffisants pour l'examen des droits et si l'organisme compétent ne détient pas le dossier de l'assuré, il appartient à cet organisme d'obtenir les pièces complémentaires.

La décision de l'organisme doit être notifiée à l'établissement dans un délai de 20 jours à compter de la réception de la demande. A défaut de réponse dans ce délai, la prise en charge est réputée acquise.

En ce qui concerne le régime général et le régime agricole, lorsque l'établissement a attesté sur la demande de prise en charge, la production d'une carte d'assuré social faisant mention de droits en cours de validité pour le malade concerné, l'accord administratif de l'organisme payeur est réputé acquis sans qu'il y ait réponse de sa part.

A défaut de carte d'assuré social, la formule simplifiée d'ouverture des droits (attestation annuelle, droits permanents ou semi-permanents), lorsqu'elle existe, présentée par l'hospitalisé, constitue à cet effet pour l'établissement la preuve suffisante de sa qualité d'assuré social et de ses droits aux prestations de l'Assurance Maladie, sans qu'il soit nécessaire d'exiger la production de documents complémentaires.

Dans tous les cas autres que celui de l'utilisation de la carte d'assuré social, les organismes payeurs se chargent d'attester l'ouverture des droits.

ARTICLE 6 - DUREE ADMINISTRATIVE DE LA PRISE EN CHARGE

La demande prévue à l'article 5 de la présente convention est complétée par la décision administrative portée par l'organisme dont relève l'assuré. Cette décision engage définitivement l'organisme payeur sous réserve de la constatation ultérieure d'erreurs imputables à l'établissement.

La durée de la prise en charge administrative n'est pas limitée dans le temps sauf dispositions réglementaires contraires. Si tel est le cas, la date limite d'acceptation est mentionnée sur l'accord de prise en charge qui doit alors être retourné à l'hôpital.

Toutefois, si un élément nouveau survient dans la situation de l'assuré ou de l'ayant-droit, l'organisme prenant en charge se réserve le droit de mettre fin à tout moment aux effets de l'accord qu'il a délivré. Dans ce cas, notification doit être obligatoirement faite à l'établissement au moins un mois à l'avance par lettre recommandée avec accusé de réception.

Enfin pour les malades ayant bénéficié d'une prise en charge partielle et dont la situation médico-administrative ouvre le droit à une prise en charge totale, l'hôpital peut demander à l'organisme payeur une révision du taux de participation, dès qu'il a connaissance des éléments la justifiant.

ARTICLE 7 - DUREE MEDICALE DE LA PRISE EN CHARGE

La durée médicale initiale de la prise en charge est de vingt jours.

Des prolongations peuvent être accordées pour une durée qui est déterminée par le service du contrôle médical des organismes d'assurance maladie.

Il peut être mis fin à tout moment par ce même service aux hospitalisations initiales ou à leurs prolongations. Cette décision prend effet deux jours après réception de la notification écrite par l'établissement.

Les demandes de prolongation médicale établies sur des imprimés prévus à cet effet (dans le cadre du système de gestion des malades hospitalisés du service de santé des armées), doivent être adressées directement au service du contrôle médical de l'organisme payeur par l'établissement au plus tard le 12ème jour de l'hospitalisation initiale ou neuf jours avant l'expiration de la précédente prolongation. Lorsqu'il existe un médecin-conseil spécialement affecté à l'établissement, les demandes lui sont adressées, ou éventuellement visées par celui-ci, sur place à l'hôpital.

Si l'établissement n'accomplit pas les formalités prévues à l'alinéa précédent, l'organisme payeur est fondé à refuser tout ou partie de l'ensemble des frais correspondant à l'hospitalisation, au-delà de la période couverte par l'accord de prolongation donné par le service du contrôle médical et l'assuré ne doit en aucun cas s'en voir réclamer le paiement, sauf cas motivé par l'état de santé inopiné du malade admis et après avis du médecin-conseil.

La demande de prolongation de séjour doit faire l'objet d'un contrôle strict du chef du service où les assurés sont hospitalisés. Le volet médical des demandes de prolongation est rempli et signé par le chef de service ou ses assistants.

Lorsque le médecin-conseil rejette une demande de prolongation de séjour, cette dernière ne peut donner lieu à remboursement par l'organisme payeur, sauf décision médicalement justifiée de transfert dans un autre service du même établissement. Préalablement à la notification de rejet, il en avise le médecin chef du service et le médecin chef de l'établissement.

Le défaut de réponse de l'organisme à la demande de prise en charge ou de prolongation présentée par l'établissement dans les délais susmentionnés ou avant l'expiration de la durée de prise en charge initiale, vaut automatiquement accord implicite pour prolongation de 15 jours au cours desquels l'organisme doit notifier sa décision.

L'établissement s'engage à ne pas maintenir dans les services recevant des malades aigus, toute personne justiciable d'un transfert en section de moyen séjour ou de long séjour ou dont l'état de santé ne nécessite pas un séjour hospitalier mais un hébergement social. Pour les assurés ne relevant pas d'un séjour en service actif, l'établissement doit en conséquence, s'il ne possède pas de sections de moyen séjour et long séjour, rechercher le placement dans des établissements classés dans ces catégories.

ARTICLE 8 - TARIFS DE REMBOURSEMENT

Les frais de séjour pour les bénéficiaires de l'assurance maladie admis dans les hôpitaux des armées, dans la mesure où le prévoient les textes réglementaires, sont décomptés selon les tarifs de remboursement fixés par le Ministre de la Défense.

Ces tarifs sont nationaux et applicables à l'ensemble des formations du service de santé correspondant aux catégories citées.

Ils s'entendent comme un "tout compris", aucune prestation supplémentaire effectuée en cours d'hospitalisation ne pouvant être facturée en sus.

Ils constituent les tarifs de responsabilité conventionnels et sont publiés annuellement par circulaire du Ministre chargé des armées.

Ils sont notifiés aux caisses nationales d'assurance maladie qui se chargent de l'information des organismes de base.

Ils sont révisables semestriellement, mais seulement dans le cas où le prix de revient subit une augmentation ou une diminution supérieure à 5 %.

En cas de révision, le nouveau tarif de remboursement est porté à la connaissance des caisses nationales et prend effet au premier jour du semestre suivant.

ARTICLE 9 - FACTURATION ET REGLEMENT

L'organisme payeur verse directement à l'établissement sa participation calculée sur les bases prévues par la réglementation en vigueur.

Les états de frais sont transmis au moins tous les mois. Les titres présentés plus de deux ans après l'échéance du mois de référence ou la date de délivrance de la prise en charge lorsque celle-ci a été effectuée après la fin du séjour, ne peuvent donner lieu à règlement.

Le règlement des frais intervient sur présentation des avis de sommes à payer établis par l'établissement, à l'exclusion de toutes autres pièces (prise en charge, prolongation, volet de maternité, etc...).

L'avis des sommes à payer est établi conformément au modèle en vigueur. Il fait apparaître, outre les montants à payer, le numéro FINESS de l'établissement, les libellés et codes conformes aux nomenclatures nationales des disciplines médico-tarifaire, mode de traitement, catégorie et statut juridique de l'établissement etc... Il comporte également mention de la prise en charge délivrée (date de l'accord - caisse ayant délivré la prise en charge - taux) ou de la carte d'assuré social avec la date de validité.

Le règlement des sommes dues à l'établissement est fait dans le délai maximum d'un mois après réception des états, date de la poste.

L'assuré verse directement à l'établissement le montant de sa participation due au titre du ticket modérateur, sous réserve de la couverture de celle-ci par un autre organisme débiteur disposant d'une convention pour la dispense d'avance des frais.

L'établissement communique au malade un relevé individuel faisant apparaître notamment le coût total de son hospitalisation.

ARTICLE 10 - SEANCES DE DIALYSE

Les séances de dialyse pratiquées en séance ambulatoire sont facturées au tarif forfaitaire en vigueur dans les hôpitaux des armées fixé annuellement par le Ministre chargé des armées.

Elles donnent lieu aux formalités de prise en charge et de facturations identiques à celles des hospitalisations décomptées en nombre de séances. La facturation est liquidée trimestriellement.

TITRE III

CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES

ARTICLE 11 - FORMALITES

Sous réserve de l'existence d'un avenant particulier de dispense d'avance des frais, annexé à la présente convention, il y a lieu à paiement direct par l'assuré ou son représentant des frais, à la caisse du régisseur d'avance et de recettes de l'hôpital.

ARTICLE 12 - TARIFS APPLICABLES ET COTATION DES ACTES

Les valeurs des lettres-clés sont fixées annuellement par le ministre chargé des armées et constituent les tarifs de responsabilité conventionnels applicables à tous les établissements de soins du service de santé des armées.

Ils sont notifiés aux caisses nationales d'assurance maladie qui se chargent de l'information des organismes de base.

La cotation des actes est effectuée conformément à la nomenclature générale des actes professionnels et à la nomenclature des actes de biologie médicale.

TITRE IV

RESOLUTION DES LITIGES

ARTICLE 13 - LITIGES

Les organismes payeurs ne peuvent correspondre directement avec les hôpitaux que pour le règlement des cas particuliers, la liquidation individuelle des dossiers d'assurés et l'exécution des remboursements.

L'absence d'autonomie administrative des hôpitaux des armées interdit aux organismes payeurs, en cas de litige sur des questions d'ordre général, de réglementation, de procédure ou de tarification, de traiter directement avec les établissements de soins.

Dans ce dernier cas, les organismes payeurs doivent saisir simultanément la Direction Centrale du Service de Santé, d'une part, et la Caisse Nationale du régime concerné, co-signataire de la convention d'autre part, afin d'apporter une solution au litige.

TITRE V

DISPOSITIONS PARTICULIERES

ARTICLE 14 - LIAISONS ADMINISTRATIVES

La Caisse Nationale co-signataire s'engage à informer le service de santé des armées (DCSSA), de toutes évolutions dans la réglementation relative aux procédures de dispense d'avance des frais et à associer le service de santé des armées à l'élaboration de toutes procédures administratives et financières pouvant avoir des conséquences directes sur le fonctionnement hospitalier.

TITRE VI

DUREE DE LA CONVENTION

ARTICLE 15 - DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention qui a effet du 1er jour du mois qui suit la signature est valable pour une durée de 1 an.

A cette date, elle se renouvellera par tacite reconduction pour une période d'une année et ainsi de suite, sauf préavis par lettre recommandée, trois mois à l'avance, par la partie qui désirerait la dénoncer.

Fait à Paris le 11 avril 1983

Pour : Pour le Ministre de la Défense

La Caisse Nationale
de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés

Le Médecin Général Inspecteur P. JUILLET
Directeur Central du Service de Santé des Armées

Le Directeur,

Dominique COUDREAU

AVENANT ADDITIF

relatif à la dispense d'avance des frais
en matière de "Consultations et Soins externes "

EN APPLICATION DE L'ARTICLE 11 DE LA CONVENTION
IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIIT
entre les parties signataires :

ARTICLE 1er - DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS

Le système de dispense d'avance des frais est étendu aux actes dispensés à titre externe dans les hôpitaux des armées.

ARTICLE 2 - JUSTIFICATION DES DROITS

Pour bénéficier de la dispense d'avance des frais, l'assuré doit justifier auprès de l'hôpital de son affiliation à un organisme d'assurance maladie, de l'ouverture des droits et de l'exonération éventuelle du ticket modérateur. Cette justification est assurée notamment par la présentation de la carte d'assuré faisant mention de droits en cours de validité, ou des autres documents prévus par l'article 4 de la convention.

En ce qui concerne le régime général et les régimes qui lui sont rattachés, la caisse du lieu d'implantation de l'hôpital fournit à celui-ci une liste aussi complète que possible et actualisée des pièces justificatives nécessaires selon les cas.

La nature des justificatifs présentés est mentionnée sur l'état de frais.

ARTICLE 3 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

La facturation est faite individuellement pour chaque bénéficiaire.

Les avis des sommes à payer du modèle en vigueur dans le système de gestion des malades du service de santé, sont transmis mensuellement à chaque organisme payeur, ils comportent toutes les informations nécessaires à leur exploitation.

Ils sont accompagnés de l'ordonnance ou de la prescription des examens ou soins pratiqués.

Le règlement des frais par les organismes payeurs concernés doit intervenir dans un délai d'un mois après réception par ces organismes des avis des sommes à payer.

Les titres présentés plus de deux ans après l'échéance du mois de référence ne peuvent donner lieu à règlement.

Le règlement est effectué par l'organisme payeur directement auprès du régisseur d'avances et de recettes de l'hôpital, exception faite des soins délivrés auprès des centres d'expertises des personnels navigants qui sont rétablis au budget du service de santé par émission d'un titre de perception à l'encontre de l'organisme débiteur par l'ordonnateur secondaire de rattachement du centre d'expertise.

Fait à Paris le 11 avril 1983

Pour : Pour le Ministre de la Défense

La Caisse Nationale
de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés

Le Médecin Général Inspecteur P. JUILLET
Directeur Central du Service de Santé des Armées

Le Directeur,

Dominique COUDREAU

DF/FA

ANNEXE II

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE

REPUBLIQUE FRANCAISE

Direction de la Sécurité Sociale
----- 1, place de Fontenoy - 75700 PARIS
Sous-Direction de l'Assurance Maladie

Paris, le 27 juillet 1982

Tél : 567 55 44

BUREAU P1

GEN 7859
LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE

à

MONSIEUR LE MINISTRE DE
LA DEFENSE
Direction Centrale du Service de Santé
des Armées
Sous-Direction des Affaires Administratives
et Financières.

OBJET : Projet de convention-type à passer avec les organismes civils d'assurance maladie, pour le traitement dans les établissements de soins du service de santé des armées des assurés sociaux civils.

REFERENCES : N° 000764/DEF/DC SSA/4/MA du 17 mars 1982.

Vous avez bien voulu me faire parvenir un projet de convention relative à la pratique du tiers-payant entre le service de santé des armées et les organismes civils de sécurité sociale.

J'ai l'honneur de vous informer que je n'ai aucune objection à formuler à l'encontre du projet tel qu'il m'est soumis dans votre correspondance du 17 mars 1982.

Directeur de la Sécurité Sociale

Jean MARMOT

ANNEXE III
LISTE DES HOPITAUX MILITAIRES

VILLE	NOM ET ADRESSE	TELEPHONE	N° FINESS
BASTIA - 2 B	ROSA GUITI 27 boulevard Pascal Paoli	(95) 31 25 38	2B 0 0 0323 0
BORDEAUX - 33	ROBERT PICQUE 145, route de Toulouse VILLENAVE D'ORNON	(56) 80 84 22	33 0 78 130 3
BOURGES - 18	BAUDENS 1 rue Ranchot	(48) 70 32 61	18 0 00 219 8
BREST - 29	CLERMONT-TONNERRE Rue du Colonel Fon Ferrier	(98) 80 80 80	29 0 00 072 8
CHERBOURG - 50	RENE LE BAS 61, rue de l'Abbaye	(33) 52 61 45	50 0 00 004 7
COLMAR - 68	BAUR 12, rue Edmont Benès	(89) 41 24 35	68 0 00 110 4
DIJON - 21	HYACINTHE VINCENT 2, rue du Stade	(80) 65 31 01	21 0 7 8059 9
GRENOBLE - 38	EMILE PARDE Avenue du Maquis Grésivaudan LA TRONCHE	(76) 42 04 79	38 0 78 032 0
LILLE - 59	SCRIVE 43, rue de l'Hôpital Militaire	(20) 93 56 61	59 0 79 171 1
LORIENT - 56	ALBERT CALMETTE Rampe de l'Hôpital	(97) 21 14 01	56 0 00 022 6
LYON - 69	DESGENETTES 108, boulevard Pinel	(7) 854 90 21	69 0 78 009 3
MARSEILLE - 13	LAVERAN Impasse des Lauriers	(91) 66 68 11	13 0 78 674 2
METZ - 57	LECOUEST 27 avenue des Plantiers	(8) 775 49 15	57 0 00 059 6
NANCY - 54	SEDILLOT 50 rue du Sergent Blandau	(8) 328 09 06	54 0 00 070 0
NANTES - 44	BROUSSAIS Place Eugène Trarieux	(40) 49 49 51	44 0 00 499 2
PARIS	BEGIN 69 avenue de Paris 94 SAINT MANDE	(1) 374 12 40	94 0 1 2001 7
	PERCY 101 avenue Henri Barbusse 92 CLAMART	(1) 645 21 04	92 0 12 001 1
	VAL DE GRACE 74 boulevard Port Royal 75005 PARIS	(1) 329 12 31	75 0 1 2001 6

VILLE	NOM ET ADRESSE	TELEPHONE	N° FINESS
RENNES -35	AMBROISE PARE 11 rue d'Echange	(99) 79 16 40	35 0 0 0257 2
ROCHEFORT - 17	AMEDEE LEFEVRE Cours d'Ablois	(46) 99 36 00	17 0 78 123 1
STRASBOURG - 67	LYAUTEY	(88) 34 61 31	67 0 78 010 5
TOULON - 83	SAINTE ANNE	(94) 22 90 20	83 0 1 0057 4
TOULOUSE - 31	HYPOLYTE LARREY 4 PLACE Saint Pierre	(61) 80 35 05	31 0 78 072 1
VERSAILLES - 78	DOMINIQUE LARREY 1 rue de l'Indépendance Américaine	(1) 953 96 16	78 0 80 075 1
BUHL - SP 62 253	FRANCIS PICAUD Buhl Rittersbach	241	99 0 5 0004 3
TREVES - SP 69 503	ANDRE GENET Am. Petrisberg	3255	99 0 5 0006 8
BERLIN - SP 69 254	LOUIS PASTEUR Quartier Napoléon Reinickondorf Kurt - Shumacherdamn	1611	99 0 5 0010 0
FRIBOURG SP 69 502	ALAIN LIMOUZIN Engelbergstrasse 41	2521	99 0 5 0005 0

ANNEXE IV
LEC/NP

MINISTERE DE LA DEFENSE
DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTE
DES ARMEES
Sous-Direction Affaires
Administratives et Financières

PARIS Le 30 décembre 1982

N° 3434/DEF/DCSSA/4/B

Bureau Budget

14, rue Saint Dominique
75997 PARIS ARMEES

TEL : 555 92 30 P 33 395

CIRCULAIRE

OBJET : Tarif de remboursement de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux des armées.

REFERENCE : Message n° 3 416/DEF/DCSSA/4/B du 27 décembre 1982.

Le tarif de remboursement de la journée de traitement dans les hôpitaux des armées, applicable à compter du 1er janvier 1983, est fixé à :

TR 1 A * - 2 498 francs (Deux mille quatre cent quatre-vingt-dix huit francs)
pour les hospitalisations dans les services de "spécialités coûteuses" ;

TR 1 B * - 3 600 francs (Trois mille six cents francs)
pour les hospitalisations au centre des brûlés de l'hôpital d'instruction des armées "PERCY"
;

TR 2 * - 582 francs (Cinq cent quatre-vingt deux francs)
pour les hospitalisations dans les services courants des hôpitaux d'instruction des armées ;

TR 3 * - 398 francs (Trois cent quatre-vingt dix-huit francs)
pour les hospitalisations dans les services courants des autres hôpitaux des armées et des infirmeries-hôpitaux outre-mer ;

* Nouvelle nomenclature des frais de séjour
des formations du service de santé des armées.

TR 4 * - 264 francs (Deux cent soixante quatre francs)
pour les hospitalisations au centre de convalescence pour personnes âgées de TOULON.

La présente circulaire fera l'objet d'une insertion au BO.

Pour le MINISTRE de la DEFENSE
et par délégation
Le Médecin Général F SCLEAR
Directeur Adjoint du Service de Santé des Armées

DESTINATAIRES :

PARIS, le 22 novembre 1979

N° 3221 DEF/DCSSA/4/HA

Tél : 555 92 30

Poste 34 254

Sous-Direction des affaires

Administratives et Financières

Bureau "Hospitalisation-Administration"

CIRCULAIRE

relative

aux tarifs de remboursement des examens, analyses
soins et traitements pratiqués à titre externe dans
les Hôpitaux des Armées et les Centres d'Expertise des
personnels navigants.

1 - Valeur des lettres-clef

A compter du 1er janvier 1980 les tarifs applicables dans les Etablissement du Service de
Santé des Armées, pour les remboursements d'examens, soins et traitements pratiqués à titre
externe seront calculés sur les valeurs des lettres-clef suivantes.

Z	: radiologistes qualifiés, gastro antérologues qualifiés	5,55 Frs
Z	: rhumatologues qualifiés, pneumo-phtisiologues qualifiés	4,95
Z	: autres spécialistes et omnipraticiens	4,15
K	: service de médecine	6,05
K	: chirurgie, spécialités, soins dentaires	6,05
D	: Soins dentaires	6,05
Scp	: soins et prothèse dentaires	6,15
B	: actes de laboratoires	0,75
AMM	: kinésithérapeute	5,00
AMI	: Infirmiers	5,75
AMO	: orthophonistes	5,45
AMY	: aide-orthophonistes	5,50
AMP	: Pédicure	3,30
C	: Consultation praticien non spécialiste (1)	26,90
CS	: Consultation spécialisée (1)	46,10
CNPSY :	73,25	
Consultati		
on neuro-		
psychique		
(1)		

(1) Ces lettres ne peuvent être utilisées que sur directives particulières de l'Administration Centrale.

2 - Forfait séance de dialyse pratiquée à titre externe

A compter du 1/1/1980, les séances de dialyse pratiquées à titre externe seront facturées au tarif forfaitaire de 1 274 Frs.

3 - Tarifs applicables aux expertises des personnels navigants de l'Aéronautique :

A compter du 1/1/1980, les tarifs applicables aux expertises des personnels navigants de l'aéronautique seront les suivants :

- Forfait admission (FA)

FA 1 sans électro encéphalogramme	434,00 Frs
FA 2 avec électro encéphalogramme	615,00 "

- Forfait contrôle (FC)

FC 1 sans électro encéphalogramme	320,40 Frs
FC 2 avec électro encéphalogramme	502,00 "

- Forfait surexpertise (FS)

FS 1 sans électro encéphalogramme	114,00 Frs
FS 2 avec électro encéphalogramme	295,00 "

- Visites semestrielles à l'Unité (personnels de la Sécurité Civile et des douanes) 24,60 Frs

4 - Soins infirmiers

Il est rappelé que les soins infirmiers dispensés à titre externe en milieu hospitalier (injections, pansements, etc...) par des personnels infirmiers diplômés d'Etat, doivent être facturés et recouverts dans les conditions de droit commun.

Leur cotation est défini au titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels (2) et a été récemment modifiée par l'arrêté du 4 avril 1979 (JO du 10 mai 1979). Il convient de se reporter à ces textes pour déterminer localement les actes à facturer.

(1) Nomenclature générale des actes professionnels :

- Brochure n° 1218 édition 1979 publiée par la Direction
des Journaux Officiels 26 rue Desaix 75732 PARIS CEDEX 15
TEL : 578 61 39

- Edition à reliure mobile publiée par l'UCANSS, Tour Maine-Montparnasse
Boîte Postale 45 et 46, 33 Avenue du Maine 75655 PARIS CEDEX
(Tél : 538 82 39 et 40)

5 - Révision des tarifs :

5.1 Toute modification des barèmes de cotation des actes professionnel est applicable dès parution au Journal Officiel et sans autre avis de l'Administration Centrale.

5.2 Les tarifs définis par la présente circulaire sont susceptibles de révision en cours d'année dès modification par le Département de la Santé de la valeur de base des lettres-clef ou de leurs coefficients multiplicateurs. Dans ce cas une nouvelle circulaire définira les nouveaux tarifs applicables dans les établissements du Service de Santé, et leur date d'entrée en vigueur.

6 -Les tarifs arrêtés par la présente circulaire sont opposables aux divers débiteurs et aux organismes tiers-payants dans le cadre des conventions modifiées par les avenants prescrits par DM n° 2814/DEF/DCSSA/4/HA du 3 octobre 1979.

7 -La présente circulaire sera notifiée par les Directeurs Régionaux aux organismes tiers-payants.

Pour le Ministre de la Défense
et par délégation
Le Médecin Général Inspecteur RONFLET
Directeur Central du Service de Santé des Armées.

DESTINATAIRES