

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
19/05/83

Origine :
DGR
AC

MM les Directeurs et MM les Agents Comptables

des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Réf. :

DGR n° 1445/83 - AC n° 283/83

Plan de classement :

2431						
------	--	--	--	--	--	--

Objet :

Forfait journalier hospitalier

Pièces jointes :

--	--

Liens :

Date d'effet :
Dossier suivi par :
Téléphone :
@

Date de Réponse :

19/05/83

MM les Directeurs et MM les Agents Comptables
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
Origine :
DGR des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
AC des Caisses Générales de Sécurité Sociale

N/Réf. : DGR N° 1445/83 - AC N° 283/83

Objet : Forfait journalier hospitalier

Je vous prie de trouver en annexe la circulaire ministérielle N° 83 H 578 du 22 avril 1983 relative au forfait journalier dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux. Cette circulaire précise les dispositions contenues dans le télex adressé le 23 mars 1983 par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, qui vous a été communiqué par circulaire DGR N° 1423/83 AC N° 277/83 du 31 mars 1983.

L'attention des Caisses est appelée néanmoins sur les points suivants :

a) exonération du forfait journalier (voir annexe II) :

- bénéficiaires de l'article L 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre :

Il est rappelé que les hospitalisations pour une maladie, une blessure ou une infirmité non en rapport avec l'affection d'origine militaire sont exonérée du forfait journalier.

- bénéficiaire de l'assurance maternité :

Dès lors qu'un séjour est pris en charge au risque maternité, il ne fait pas l'objet du forfait journalier. C'est le cas notamment lors d'un accouchement par césarienne ainsi que lors d'une interruption de grossesse (ou fausse couche) par les cas ayant donné lieu préalablement à une déclaration de grossesse.

- Agents des établissements d'hospitalisation publics relevant du livre IX de la santé publique :

Le forfait est pris en charge par l'établissement hospitalier employeur. La facturation de ce forfait est effectuée directement sur celui-ci.

Le titre de recette afférent au séjour et adressé à l'organisme d'assurance maladie doit tenir compte du forfait journalier sauf exonération prévue par la loi.

- Enfants et adolescents handicapés hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle et âgés de moins de 20 ans.

Il s'agit des établissements médico-éducatifs ou d'enseignement relevant de l'article 3 de la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales. En conséquence, les enfants ou adolescents hébergés dans d'autres catégories d'établissements sanitaires ou médico-sociaux ne bénéficient pas d'une prise en charge du forfait journalier par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie. C'est le cas notamment des séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire, pouponnières, rééducation fonctionnelle, établissements psychiatriques, service de prématurés, etc...

b) Paiement du forfait journalier

Il est dû pour tous les malades admis en hospitalisation complète ou en hébergement pris en charge entièrement par l'Assurance Maladie. En conséquence, il doit être facturé dans les cas suivants :

- jour de sortie (s'il est remboursé par la Caisse),
- jour de décès,
- journées de permission (si le prix de journée est supporté par l'Assurance Maladie),
- transferts entre établissements (facturation de 2 forfaits).

c) Imprimés de prise en charge (voir annexes III) :

Les caisses devront mentionner si nécessaire sur les imprimés de prise en charge les cas d'exonération du forfait journalier. Dans l'attente d'une adaptation des imprimés, l'information "Malade exonéré du forfait journalier" devra être indiquée de la manière suivante :

Imprimés SP 4 et 614 : Information à préciser dans le cadre "Motif de prise en charge refusée le" qui sera rayé préalablement.

Imprimés 600 et 612 : Information à préciser dans le cadre "Décision de la Caisse d'Assurance Maladie" sous la ligne comportant l'indication de la "Caisse, Centre de paiement ou section ayant délivré la prise en charge administrative".

d) Imprimé de facturation 615 a (Annexes IV) :

Les établissements privés conventionnés devront faire ressortir la facturation du forfait journalier, tant pour les malades exonérés du ticket modérateur que pour ceux qui supportent le forfait journalier à l'intérieur du ticket modérateur.

A cet effet, les établissements indiqueront :

- sur la première ligne, la facturation du prix de journée ;
- sur une seconde ligne, la déduction du forfait journalier, en utilisant la codification "F.J".

Dans l'attente de la modification de l'imprimé, les établissements devront compléter le lexique prestations afin d'informer les assurés. Des exemples de facturations sont annexés à la présente circulaire.

e) Etablissements privés non conventionnés

Dans la mesure où, d'une part, il n'existe ni prise en charge, ni tiers-payant, et où, d'autre part, le remboursement est effectué sur la base d'un tarif d'autorité, les factures remises aux malades par les établissements ne porteront pas la mention du forfait journalier. Il appartiendra donc aux Caisses Primaires d'étudier, lors de la demande de remboursement, la situation du malade au regard du forfait journalier et de l'informer, le cas échéant, de l'application de cette mesure.

f) Etablissement publics et privés participant au service public hospitalier (annexes V)

La facturation présentée aux Caisses devra faire obligatoirement apparaître le prix de journée fixé par arrêté préfectoral et le montant du forfait journalier. Au niveau de la présentation des titres de recettes, il convient de distinguer les établissements utilisant le système de facturation "SIGMA" des autres établissements.

1 - Etablissements SIGMA :

En accord avec la Direction des Hôpitaux et le Centre National de l'Equipement Hospitalier, la présentation des titres est conforme depuis le 1er mai 1983 au modèle de l'annexe V.1. Elle s'applique aux malades exonérés du ticket modérateur et non exonérés du forfait journalier. Pour les malades pris en charge à 100 % exonérés du forfait journalier et ceux à 80 %, la présentation des titres est inchangée. Par contre, dans ce dernier cas, la facture adressée à l'assuré fera apparaître le forfait journalier et le ticket modérateur résiduel.

2 - Autres établissements :

Les modèles joints en annexe V.2 et V.3 sont établis à partir du titre de recettes normalisé (S.P. 3). Pour les établissements utilisant d'autres documents de facturation, il conviendra de s'inspirer de cette présentation. La règle applicable pour les établissements privés conventionnés a été retenue, à savoir que sur le titre de recettes doit apparaître la facturation du forfait journalier tant pour les malades exonérés du ticket modérateur que pour ceux qui supportent le forfait journalier à l'intérieur du ticket modérateur.

Il appartiendra à chaque Caisse d'intervenir auprès des établissements concernés pour obtenir une présentation conforme aux exemples annexés à la présente circulaire.

g) Dispositions comptables et statistiques

Les maintenances des différents systèmes informatiques permettant la prise en compte automatique des forfaits journaliers seront mises en place courant juin.

La présente partie se propose de donner les moyens de gérer une période transitoire.

Trois cas de figures s'offrent aux Caisses suivant le mode de présentation des factures :

1 - Les Caisses continuent à rembourser les établissements comme par le passé

C'est le cas notamment lorsqu'il y a échange de bandes et que les procédures informatiques ne sont pas encore mises à jour. Il appartient alors à la Caisse de s'assurer que les établissements lui reversent les forfaits dans les conditions fixées par la Circulaire ministérielle.

Lorsque les codes statistiques seront montés dans les tables, il suffira de passer le total de ces forfaits sous le code correspondant. Il sera alors pris en compte négativement dans les prestations ventilées et viendra donc en déduction du débit des comptes 65.

2 - Le montant brut et le forfait journalier apparaissent sur la facture

- La liquidation doit se faire sur le montant brut
 - La Caisse paye l'établissement pour la valeur du montant net
 - . le montant brut est inscrit au débit du compte T 492
 - . le forfait journalier est inscrit au crédit du compte T 401
 - . le solde est inscrit au crédit du compte T 5
 - Après les ventilations statistiques
 - . le montant brut sera pris automatiquement au débit du compte 65 et au crédit du compte T 492
 - A la fin de la période transitoire, c'est-à-dire lorsque les codes seront montés
 - . le total des forfaits journaliers sera passé sous le code statistique 0870 et sera donc pris en charge négativement au débit du compte 65.
- Il faudra alors inscrire le montant des forfaits au débit du compte T 401.

3 - Seul le montant net apparaît sur la facture

Il n'est pas possible de reconstituer la dépense brute, et en conséquence :

- la liquidation sera faite pour le montant net,
- comme spécifié au § d), il convient de prendre les dispositions nécessaires vis-à-vis des établissements pour qu'ils fassent apparaître à l'avenir le montant brut et le forfait journalier.

Cas particulier du régime d'Alsace-Moselle

Le Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale a décidé qu'à titre provisoire et en attente de l'aboutissement de la consultation entreprise du régime local, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie feront l'avance du forfait journalier pour les assurés ressortissants du régime local d'Assurance Maladie des départements du BAS-RHIN, du HAUT-RHIN et de la MOSELLE.

En conséquence, le forfait journalier ne donnera pas lieu à l'émission par l'établissement d'hospitalisation d'un titre de recettes complémentaires pour les assurés précités.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie imputeront le forfait journalier à récupérer au débit du compte T 4489 par le crédit du compte T 401.

Après récupération des créances et lorsque les codes statistiques auront été mis en place dans les tables, le montant des forfaits sera pris en compte négativement dans les prestations et viendra en déduction du compte 65, par le débit du compte T 401.

Simultanément, le compte T 4489 sera soldé par la constatations du recouvrement de la créance.

Codes statistiques

A titre d'information, vous trouverez ci-dessous les codes qui seront utilisés après la période transitoire dans les traitements informatiques et statistiques.

Système National	Nature PS 3	Nature du forfait
87.0	0870	Forfaits payés par l'assuré
87.5	0875	Forfaits pris en charge par le Régime Général à titre d'avance (Alsace-Moselle)
87.9	0879	Forfaits à la charge du Régime Général (maternité...) ou imputés sur le ticket modérateur (Maladie A.T.M.) - (code généré par le système à des fins statistiques

Je vous serais obligé de bien vouloir me tenir informé des difficultés rencontrées dans l'application de la présente circulaire.

L'Agent Comptable

Albert DURAND

**Pour le Directeur,
Le Directeur-Adjoint chargé
de la Gestion du Risque**

Jacques GOURAULT