

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :  
10/04/84

Origine :  
DGR  
DGA  
ENSM  
AC

MMES et MM les Directeurs  
MMES et MM les Agents Comptables  
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Réf. :

|      |    |         |   |     |    |       |
|------|----|---------|---|-----|----|-------|
| DGR  | n° | 1594/84 | - | DGA | n° | 15/84 |
| ENSM | n° | 848/84  | - | AC  | n° | 12/84 |

Plan de classement :

|     |      |  |  |  |  |
|-----|------|--|--|--|--|
| 118 | 2414 |  |  |  |  |
|-----|------|--|--|--|--|

Objet :

LA PRESENTE CIRCULAIRE A POUR BUT DE REpondre A UN CERTAIN NOMBRE DE PRECISIONS DEMANDEES PAR LES CAISSES A L'OCCASION DE LA MISE EN PLACE DE LA DOTATION GLOBALE

Pièces jointes :

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

10/04/84

**Origine :**  
DGR  
DGA  
ENSM  
AC

MMES et MM les Directeurs  
MMES et MM Agents Comptables  
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

**N/Réf. :** DRG N°1594/84 - DGA N°15/84 - ENSM N°848/84 -  
AC N°12/84

**Objet :** Relations entre les hôpitaux et les Caisses de Sécurité Sociale  
dans le cadre de la dotation globale.

La mise en application de la circulaire interministérielle du 25 novembre 1983 et de la circulaire CNAMTS DGR n° 1536/83 du 26 décembre 1983 appelle un certain nombre de précisions complémentaires touchant à différents points évoqués auprès de la Caisse Nationale par les Caisses Primaires et Régionales et les services médicaux.

La présente circulaire a pour but de répondre aux interrogations posées.

## I ADMISSION PROGRAMMEE

Un certain nombre d'établissements hospitaliers ont mis en place, afin de faciliter les procédures d'admission des malades hospitalisés, un système de pré-admission ou d'admission programmée. Dans ce cadre, lorsqu'au cours d'une consultation externe, une hospitalisation ultérieure est décidée, le bureau des entrées procède, le jour de la consultation, à l'ouverture du dossier administratif et adresse à la Caisse ou remet aux malades le formulaire d'avis d'admission - prise en charge (formulaire portant la mention "Admission programmée").

Cette organisation, présentant des avantages également pour le malade qui a ainsi connaissance de la participation de sa Caisse et notamment d'une décision de limitation à l'établissement le plus proche, doit être conservée. Toutefois, cette pratique doit se concilier avec la mise en place de nouvelles relations entre les Caisses et les hôpitaux dans le cadre du budget global. Elle implique une modification dans la procédure.

Pour les établissements en budget global, la demande d'avis d'admission - prise en charge est transmise par l'assuré ou l'établissement directement à la Caisse gestionnaire. Cette demande établie sur le nouveau formulaire SP 4 - S 3407 - comporte la date d'entrée prévue mais pas obligatoirement le numéro d'entrée.

Après examen, la décision de l'organisme gestionnaire est remise ou renvoyée au demandeur.

Lors de l'admission effective du malade, celui-ci présente la décision de sa Caisse et l'établissement utilise la procédure "avis d'admission" pour confirmer la date d'entrée et indiquer le numéro d'entrée par transmission à la Caisse-pivot soit de la bande magnétique, soit du document papier SP 4 - S 3407. Au niveau des pièces justificatives, l'établissement utilisera les codes 07 prise en charge à 100 % ou 08 prise en charge à 80 %. Les délais prévus par les différentes instructions courent à partir de cette dernière transmission.

La mise en place de cette procédure doit s'établir en concertation entre l'établissement et la Caisse-pivot. Toutefois, il paraît opportun de ne l'appliquer que lorsque la date d'entrée prévue a lieu dans un délai suffisant permettant à la Caisse gestionnaire d'examiner la demande. A cet égard, un délai minimum de huit à dix jours paraît acceptable.

## II PRISE EN CHARGE DANS DES SERVICES VISES PAR LA SUBSISTANCE

Dans le cadre de la mise en place du budget global, plusieurs Caisses Primaires d'Assurance Maladie ont demandé l'avis de la Caisse Nationale sur le maintien de l'utilisation du formulaire F 212, en cas d'hospitalisation dans les services ou établissements relevant du paragraphe 2 de l'article 11 du décret n° 67.1232 du 22 décembre 1967. Il s'agit, notamment, d'établissements ou services de psychiatrie ou de réadaptation fonctionnelle dépendant d'un Centre Hospitalier Régional.

Compte tenu des circuits adoptés pour la dotation globale, la Caisse gestionnaire doit utiliser dans tous les cas la prise en charge modèle SP selon la procédure décrite dans les diverses instructions diffusées. En aucun cas, l'imprimé F 212 n'est délivré pour un Centre Hospitalier Régional. Dès lors, l'enregistrement au fichier "assurés" des malades pris en subsistance ne se justifie plus.

## III SEJOURS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'ARTICLE L 115 DU CODE DES PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITE ET DES VICTIMES DE GUERRE

Il est rappelé que ces prestations ne sont pas dans la dotation globale prévue par la loi n° 83.25 du 19 janvier 1983. Les établissements utilisent néanmoins le formulaire SP 4 - S 3407, qui est adressé directement à la Direction des Anciens Combattants et des Victimes de Guerre, compétente.

## IV SERVICE DE LONG SEJOUR

Les séjours dans ces services ne sont pas dans la dotation globale. En conséquence, la procédure de prise en charge prévue antérieurement au 1er janvier 1984 est maintenue (sauf Centres Hospitaliers Régionaux d'AMIENS et de SAINT-ETIENNE).

## V REGLEMENT DES SEJOURS DONT LA PRISE EN CHARGE A ETE DEMANDEE AU TITRE ACCIDENT DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE

Il apparaît, au niveau des Caisses, une assez grande diversité dans les modalités d'examen des demandes de prise en charge d'hospitalisation faites au titre Accident du Travail - Maladie Professionnelle.

Aux termes de l'article L 435 du Code de la Sécurité Sociale, la Caisse verse directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements de soins, le montant des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation. L'alinéa 2 de l'article L. 437 du Code précise que les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident prévue à l'article L 473, sauf dans le cas de dépassement de tarif dans les conditions prévues à l'article L 265 et dans la mesure de ce dépassement.

Aux termes de l'article 68 du décret du 31 décembre 1946 modifié, la Caisse a la possibilité de contester le caractère professionnel de l'accident. Il s'agit là d'une mesure conservatoire permettant à la Caisse de procéder aux enquêtes et investigations nécessaires à l'appréciation du caractère professionnel de l'accident. Au cours de cette phase d'instruction et tant que la Caisse n'a pas adressé à la victime une notification de refus de prise en charge, la victime continue d'utiliser la feuille d'accident (article 68 cité supra, 8ème alinéa). Les prestations en nature continuent d'être prises en charge au titre de la législation "Accident du Travail - Maladies Professionnelles". S'agissant plus particulièrement des frais d'hospitalisation, la prise en charge doit être délivrée au titre du risque "Accident du Travail" et sur la base de 100 % du tarif de responsabilité de la Caisse.

Il conviendra de rappeler aux établissements de votre circonscription de veiller scrupuleusement à l'utilisation de la feuille d'accident prévue à l'article L. 473, laquelle devra comporter les mentions essentielles inscrites par l'employeur.

Si, ultérieurement, le caractère professionnel de l'accident n'est pas admis, il conviendra :

- a) d'en informer l'établissement, si le séjour se poursuit lors de la notification et de préciser la décision de la Caisse quant à la suite du séjour ;
- b) de régulariser le séjour auprès de l'assuré si le séjour relève du risque Maladie (remboursement total ou partiel) en veillant aux conséquences sur le forfait journalier.

Ce n'est qu'en cas d'erreur ou de négligence démontrées imputables à l'établissement que la régularisation pourra s'opérer à l'égard de ce dernier.

Toutes les dispositions ci-dessus, relatives aux Accidents du Travail, s'appliquent à l'ensemble des établissements d'hospitalisation.

Vous voudrez bien me tenir informé de toutes les difficultés que vous pourriez rencontrer pour l'application de la présente circulaire.

**Le Directeur de la CNAMTS**

**Dominique COUDREAU**