

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

02/12/85

Origine :

DGR

DGA

MMES et MM. les Directeurs

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Réf. :

DGR n° 1840/85 - DGA n° 47/85

Plan de classement :

2414					
------	--	--	--	--	--

Objet :

BUDGET GLOBAL - DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - APPLICATION DE LA REGLE DU DELAI DE 45 JOURS.

Communication de la circulaire n° 122 du 15 novembre 1985 relative aux délais de transmission des informations séjour en cas de demande de prise en charge. Application de la règle du délai de 45 jours.

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Com.circ	DGR	1753/85	DGA	18/85
----------	-----	---------	-----	-------

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

02/12/85

Origine :
DGR

Mmes et MM. les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

MM. les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : DGR n° 1840/85 - DGA n° 47/85

Objet : Budget global - Demande de prise en charge - Application de la règle du délai de 45 jours.

Par circulaire CNAMTS/DGR n° 1753/85 - DGA n° 18/85 du 24 avril 1985 - Chapitre IV, il vous a été indiqué la mise en place d'un nouveau délai de réponse des Caisses aux demandes de prise en charge, délai porté à 45 jours. La même circulaire précisait :

- les modalités de calcul de la période de 45 jours ;
- les conséquences en cas de non-réponse dans ce délai ;
- les modalités pratiques par les Organismes en cas de décision de refus.

Une instruction ministérielle n° 122 du 15 novembre 1985 jointe en annexe vient de mettre en place à effet du 1er octobre 1985 ce délai.

Cette instruction a été prise en compte dans l'action de maintenance 3 N 0 1 H du 21 octobre 1985 (Direction de la Gestion Administrative SDI - ESP - SCR n° 19/85 - DH/GC) avec mise en place au 22 novembre 1985.

S'agissant des décisions de refus, le Ministère a précisé que la notification serait adressée à l'établissement par lettre recommandée (sans accusé de

réception). A cet égard, le nouveau code décision 7 prévu dans l'action de maintenance s'intitulera :

- refus envoyé à l'hôpital avec LR au lieu de
- refus envoyé à l'hôpital avec LR + AR

Enfin, je vous rappelle qu'il convient de distinguer en matière de refus, les cas où la Caisse possède ou non le dossier d'affiliation.

Lorsque le motif du refus est "malade absent au fichier de la Caisse Gestionnaire" la notification est adressée uniquement à l'établissement (lettre recommandée).

Par contre, lorsque le motif est lié aux droits du malade, le refus est transmis, d'une part, à l'assuré avec indication des voies de recours (lettre recommandée avec accusé de réception), d'autre part, à l'établissement (lettre recommandée simple).

Cette liaison directe entre la Caisse Gestionnaire et l'Hôpital ne supprime pas la transmission de la décision selon les circuits habituels du budget global par l'intermédiaire de la Caisse-pivot. Elle a été mise en place dans un souci d'efficacité afin de la rendre opposable à l'établissement dans le délai de 45 jours et permettre notamment à ce dernier de rechercher un autre débiteur.

Par ailleurs, en cas de non réponse dans le délai de 45 jours, la prise en charge est présumée acquise au taux de base du régime et du risque concernés.

Le Directeur,

D. COUDREAU

PJ : *Circulaire ministérielle n° 122 du 15 novembre 1985*