

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
24/01/86

Origine :
CABDIR

Mrs les Directeurs
Mrs les Agents Comptables
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
Mrs les Médecins-Conseils Régionaux

Réf. :
CABDIR n° 9/86

Plan de classement :

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

Objet :

PRISE EN CHARGE DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE.

Cette circulaire apporte des précisions sur le dispositif réglementaire applicable aux Interruptions Volontaires de Grossesse.

Pièces jointes :

--	--

Liens :

Com.circ	DGR	1405/83						
Com.circ	DGR	1418/83	DGA	38/83	AC	274/83	ENSM	721/83
Com.circ	DGR	1434/83	DGA	41/83	AC	280/83	ENSM	731/83

Date d'effet : Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

Cabinet du Directeur

24/01/86	Mrs les Directeurs Mrs les Agents Comptables des Caisses Régionales d'Assurance Maladie des Caisses Primaires d'Assurance Maladie Origine : CABDIR
	Mrs les Médecins-Conseils Régionaux

N/Réf. : CABDIR n° 9/86

Objet : Prise en charge des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG).

Par circulaire des 1er et 24 mars 1983, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés vous a communiqué le dispositif applicable en matière de remboursement des Interruptions Volontaires de Grossesse. Un certain nombre de Caisses Primaires ont demandé des précisions sur divers points. La présente circulaire a pour objet d'apporter des solutions aux problèmes soulevés, ces dispositifs ayant été approuvés par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale par lettre du 19 septembre 1985 (jointe en annexe).

a) Consultation préalable :

Il s'agit de la consultation préalable telle que définie à l'article L. 162-3 du code de la Santé Publique.

Elle donne lieu à la prise en charge par les Caisses sur le compte risque Maladie dans les conditions de droit commun.

b) Tarifs applicables aux soins et à l'hospitalisation afférents à l'Interruption Volontaire de Grossesse :

L'arrêté du 22 février 1983 modifié a fixé les prix limites applicables d'une part dans les établissements d'hospitalisation privée conventionnés, dans les cliniques ouvertes des établissements d'hospitalisation publics, dans les hôpitaux locaux et à l'occasion de l'activité de clientèle privée des médecins à temps plein des établissements d'hospitalisation publics et, d'autre part, dans les établissements publics et privés soumis aux mêmes règles de tarification que les établissements publics. Les forfaits qui ont été ainsi fixés servent de base au remboursement de l'IVG par l'Etat à l'Institution et constituent un maximum qui doit être nécessairement respecté.

c) Examens complémentaires

Tous les actes non visés par l'arrêté ministériel du 22 février 1983 relatif aux prix des soins et de l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse et qui concourent à entourer l'IVG de garanties nécessaires de sécurité sont pris en charge sur le compte risque Maladie dans les conditions habituelles de droit commun.

Il y a lieu d'éviter dans toute la mesure du possible, la prescription abusive d'examens complémentaires. C'est pourquoi, tout en restant dans le cadre du dispositif prévu par les services ministériels, pourront être envisagées des actions de surveillance des examens complémentaires par les services administratifs des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et les Echelons Médicaux dans le cadre des programmes de contrôle sélectif afin d'intervenir en cas d'abus auprès des praticiens concernés.

d) Prescriptions complémentaires :

La fourniture du sang et de produits pharmaceutiques est comprise dans le forfait afférent à l'hospitalisation. Par contre, les médicaments et les produits sanguins prescrits pour une utilisation postérieure à la sortie de l'établissement donnent lieu à remboursement dans les conditions habituelles.

e) Prise en charge des séjours :

Ainsi que le prévoyait la circulaire du 24 mars 1983, l'examen des droits est effectué au niveau de l'établissement hospitalier qui en porte la mention sur le bordereau nominatif adressé aux Médecins Conseils. En aucun cas, une prise en charge administrative préalable ne doit être délivrée. Il paraît souhaitable d'attirer l'attention des établissements sur ce point. La consultation préalable doit être l'occasion pour ceux-ci d'indiquer les pièces justificatives qui devront être présentées lors de l'admission.

f) Cas des praticiens pour lesquels la procédure de dispense d'avance des frais ne s'applique pas :

Ainsi que le précise la circulaire du 24 mars 1983 (2^e b) la dispense d'avance des frais ne s'applique pas aux actes pratiqués dans le cadre de l'activité 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". Aucun moyen pratique et technique ne permet dans ce cas de garantir l'anonymat à l'assurée.

Pour ces cas où la dispense d'avance des frais n'est pas admise et où les assurées sont remboursées sur présentation d'une feuille de soins, il convient de demander aux médecins et aux biologistes qui exercent dans le ressort de votre circonscription de bien vouloir indiquer les mentions suivantes :

- forfait A pour le forfait IVG,
- forfait B pour le forfait anesthésie générale,
- forfait C pour le forfait biologie.

Cette codification se substitue à celle qui avait été précisée par télex du 5 avril 1983 (IG1, IG2, IGB).

g) Séjour supérieur à 48 heures :

En cas d'hospitalisation prolongée, pour des complications pathologiques, le remboursement des soins et de l'hospitalisation au-delà de 48 heures a lieu sur la base du prix de journée en vigueur dans le service où se trouve la personne, dans les conditions habituelles de l'Assurance Maladie (formalités de prise en charge ou d'avis d'admission - ticket modérateur - forfait journalier éventuel, etc.).

h) Arrêt de travail :

Si la durée d'incapacité de travail est supérieure à trois jours, le paiement des indemnités journalières est possible ; il se fait dans les conditions habituelles en retenant comme point de départ du délai de carence le premier jour à partir duquel l'incapacité a été médicalement constatée.

La période correspondant à l'hospitalisation consécutive à l'IVG est comptée dans le délai de carence.

i) Prise en charge dans le cadre des conventions internationales de Sécurité Sociale :

Compte tenu de la nature particulière de l'IVG, il y a lieu d'exclure, dans tous les cas, le recours à la procédure de tiers payant pour les assurées d'un régime étranger.

Les intéressées doivent avancer les frais liés à une IVG et se faire rembourser, le cas échéant, par leur organisme d'origine.

Le Directeur,

Dominique COUDREAU

**MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE**

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Sous-Direction de l'Assurance Maladie

Bureau AM 2 - GA 25 HL/JF

REPUBLIQUE FRANCAISE

Paris le 19 Septembre 1985
1, Place de Fontenoy - 75700 PARIS
Tél. : 567.55.44

**Le Ministre des Affaires Sociales et de la
Solidarité Nationale porte-parole du
Gouvernement**

à

Monsieur le Directeur de la Caisse Nationale de
l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

OBJET : Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse.

REFERENCE : Votre lettre DGR - S/Direction de l'Hospitalisation et de l'ASS CP/JR n° 64/84
du 18.01.84.

Vous m'avez soumis pour avis un projet de circulaire relatif à la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique.

Les paragraphes a) et b) n'appellent pas d'observation de ma part sauf à remplacer, dans le paragraphe b) relatif à la tarification des soins et de l'hospitalisation, la référence à l'arrêté du 22 février 1983 par une référence à l'arrêté du 4 mars 1985.

S'agissant des examens complémentaires (c), je partage votre interprétation qui tend à leur prise en charge sur le compte risque maladie dans les conditions de droit commun.

En effet, seuls les frais engagés dans le cadre de l'arrêté de prix peuvent faire l'objet d'un remboursement forfaitaire. En outre, je n'ignore pas que les prescriptions complémentaires, liées à une interruption volontaire de grossesse, échappent en pratique à toute identification dès lors qu'elles sont antérieures ou postérieures au séjour hospitalier.

Toutefois, j'attache comme vous une très grande importance à ce que les services du contrôle médical exercent, en ce domaine, une surveillance renforcée tendant à éviter, dans toute la mesure du possible, la prescription abusive d'examens complémentaires.

Le contenu des paragraphes d), e), f) et g) recueille mon accord et, notamment, votre proposition de nouvelle codification pour les cas dans lesquels la procédure du tiers-payant ne trouve pas à s'appliquer. Le calcul du délai de carence dans l'hypothèse d'une incapacité de travail consécutive à une interruption volontaire de grossesse ne comporte, par ailleurs, aucune spécificité par rapport à tout autre arrêt de travail médicalement justifié.

Enfin, il m'apparaît, conformément à votre propre interprétation, que les personnes relevant d'un régime étranger d'assurance maladie ne sont pas susceptibles de bénéficier de la procédure du tiers-payant à l'occasion d'une interruption volontaire de grossesse pratiquée en France.

Le Sous-Directeur de l'Assurance Maladie

D. POSTEL-VINAY