

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
22/10/87

Origine :
DGR
ENSM

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

MME et MM les Médecins-Conseils Régionaux

M le Médecin Chef de Service à la REUNION

Réf. :

DGR n° 2148/87 ENSM n° 1174/87

Plan de classement :

25200					
-------	--	--	--	--	--

Objet :

APPLICATION DU PLAN DE RATIONALISATION DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE EN MILIEU HOSPITALIER.

L'utilisation de la procédure déclarative n'est pas nécessaire lorsque le malade, déjà reconnu atteint d'une affection d'une longue durée, est exonéré à un autre titre.

Pièces jointes :

--	--

Liens :

Com.circ	CABDIR	20/87
Com.circ	CABDIR	21/87

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

22/10/87

Origine :
DGR
ENSM

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

MME et MM les Médecins-Conseils Régionaux

M le Médecin Chef de Service à la REUNION

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

N/Réf. : DGR N° 2148/87 - ENSM N° 1174/87.

Objet : Application du plan de rationalisation des dépenses de
l'Assurance Maladie en milieu hospitalier.

Mon attention a été appelée à différentes reprises par plusieurs Caisses, sur l'utilisation de la procédure déclarative dans les établissements d'hospitalisation, notamment, lorsque le malade bénéficie de plusieurs exonérations.

Je vous informe que, dans un but de simplification, il est admis que, pour les malades déjà reconnus atteints d'une affection de longue durée lors de leur admission, la procédure déclarative (cf. circulaires Cabinet du Directeur n° 20/87 du 10 juin 1987 et n° 21/87 du 19 juin 1987) n'est pas obligatoire si le malade est exonéré par ailleurs à un autre titre (exemple : K supérieur ou égal à 50, article 115, hospitalisation pendant les quatre derniers mois de grossesse, etc...).

MODALITES PRATIQUES :

a) En décision de prise en charge

Il ne sera plus nécessaire d'indiquer (sauf K supérieur ou égal à 50) la mention "sous réserve de procédure déclarative" (système de demande de prise en charge "papier") ou d'utiliser le code risque 18 (en liaison magnétique budget global).

S'agissant de l'exonération du ticket modérateur liée à un acte en K supérieur ou égal à 50, l'intervention n'étant pas connue ou n'ayant pas été réalisée lors de la décision de prise en charge, la mention "sous réserve procédure déclarative" doit être maintenue. Il appartiendra à l'établissement hospitalier de ne pas appliquer le dispositif de la procédure déclarative en fonction du coefficient de l'acte opératoire (le code observation 2 devra figurer dans la zone "observations" pour les établissements en budget global).

b) En information de séjour

(Etablissements en dotation globale)

Dans ce cadre, les informations de séjour seront transmises avec le code risque 10. Une modification des programmes informatiques est en cours de réalisation.

c) En facturation de séjour

(Etablissements à tarification conventionnelle)

La mention du K opératoire sur le bordereau 615, exonère l'établissement de la transmission de l'imprimé de procédure déclarative.

d) Validation du K < 50

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels étant toujours en vigueur dans les établissements publics, il importera de valider par sondage la réalité de cette cotation (K ou KC ou Z supérieur à 50, acte global avec anesthésie éventuelle).

Je vous invite à informer les établissements hospitaliers de ces dispositions.

Docteur Jean MARTY
Médecin-Conseil National

Le Directeur-Adjoint
chargé de la Direction
de la Gestion du Risque,

M. BARUBE