

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
20/04/88

Origine :
DGR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MM les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Réf. :

DGR n° 2214/88

Plan de classement :

224	258				
-----	-----	--	--	--	--

Objet :

CONVENTIONS RELATIVES A LA DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS PHARMACEUTIQUES.
PHARMACIENS D'OFFICINE ET GROUPEMENTS MUTUALISTES GERANT UNE PHARMACIE.

Les Caisses Primaires sont invitées à faire parvenir à la CNAMTS avant le 15 mai 1988 les renseignements demandés sur l'application de la convention relative à la dispense d'avance des frais pharmaceutiques dans leur circonscription.

Pièces jointes :

--	--

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

2 Mai 1988

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

Direction de la Gestion du Risque

20/04/88

MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)

MM les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

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

N/Réf. : DGR n° 2214/88

Objet : Fonctionnement de la Convention de dispense d'avance des frais pharmaceutiques - Année 1987.

La Caisse Nationale, comme les années précédentes, est amenée à effectuer une enquête sur l'application dans les Caisses Primaires de la Convention de dispense de l'avance des frais conclue avec les pharmaciens d'officine et les groupements mutualistes.

La généralisation du tiers-payant à tous les assurés sociaux sans seuil de dépenses d'une part, le développement des systèmes de transmission des données tiers-payant sur support informatique d'autre part, rendent indispensable une parfaite connaissance des conditions de fonctionnement de la procédure de dispense de l'avance des frais et des remboursements effectués à ce titre pour l'année 1987.

Je vous serais obligé de me faire parvenir pour le 15 mai 1988, le document ci-joint que vous voudrez bien remplir en suivant les explications données en annexe.

Erreur! Source du renvoi introuvable..

En cas de difficultés, vous voudrez bien en tenir informé la Division des Relations avec les Professions de Santé (Poste 90.342) à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

Il me paraît également souhaitable que chaque organisme indique le service ou le nom de la personne chargée de l'enquête.

A.BOUREZ

ANNEXE I

- une fiche de saisie concernant le fonctionnement général de la Convention de dispense d'avance des frais.

DESCRIPTION GENERALE DE LA FICHE DE SAISIE

Le document de saisie des informations à fournir dans le cadre de l'enquête sur le tiers-payant pharmaceutique est constitué d'une page.

Les informations sont groupées par "CARTES" numérotées de 1 à 3, les numéros figurant à gauche du document.

Chaque "CARTE" comporte des informations qui constituent les éléments de l'enquête.

Les informations regroupent :

- . des quantités (nombre de pharmacies, montant des dépenses pharmaceutiques).

Elles sont à inscrire à partir de la droite.

Elles concernent uniquement l'année 1987.

Les montants doivent être portés en francs, en négligeant les centimes.

- . des codes (catégorie de bénéficiaires, transmission du dossier).

ANNEXE II

DESCRIPTION DETAILLEE DU DOCUMENT

N° DE CARTE	N° DE COLONNE	LIBELLE	DESCRIPTION ET CARACTERISTIQUES
1		Nombre de pharmacies	Nombre total de pharmacies de la circonscription réparties en :
	5 à 8	OL	- nombre d'officines libérales ;
	9 à 12	MUT	- nombre de pharmacies mutualistes.
		Nombre de pharmacies conventionnées	Nombre de pharmacies conventionnées de la circonscription réparties en :
	13 à 16	OL	- pharmacies libérales conventionnées ;
	17 à 20	MUT	- pharmacies mutualistes conventionnées.
		Date d'application de la convention ou de l'avenant	
	21 à 26	OL	Indiquer la date d'application de <u>la dernière convention</u> ou <u>du dernier avenant</u> conclu avec les pharmaciens d'officine.
	27 à 32	MUT	Indiquer la date d'application de <u>la dernière convention</u> ou <u>du dernier avenant</u> conclu avec les groupements mutualistes gérant une pharmacie.
		Catégorie de bénéficiaires	Catégorie de bénéficiaires de la Convention de dispense d'avance des frais pharmaceutiques <u>en vigueur au 31 décembre 1987.</u>

N° DE CARTE	N° DE COLONNE	LIBELLE	DESCRIPTION ET CARACTERISTIQUES
			Cette information est représentée par un code. Mettre la valeur "1" dans la case correspondante chaque fois que la catégorie désignée est bénéficiaire du Tiers-Payant. <u>EXEMPLE</u> Si en ce qui concerne les officines libérales, les assurés qui ne sont pas exonérés du ticket modérateur sont bénéficiaires, mettre "1" dans la case 34. <u>REMARQUE</u> Seules les deux combinaisons suivantes sont possibles : * les deux catégories d'assurés sont bénéficiaires (exonérés et non exonérés du ticket modérateur). * seuls, les assurés exonérés du ticket modérateur sont bénéficiaires. Bénéficiaires dans les officines libérales. - assurés exonérés du ticket modérateur bénéficiant du tiers-payant ; - assurés non exonérés du ticket modérateur sont bénéficiaires. Bénéficiaires dans les pharmacies mutualistes. C'est le même mode de remplissage que pour les officines libérales. Seuil de dépenses à partir duquel le tiers-payant est accepté.
	33-34	EXO TM	
		NON EXO TM.	
		MUT	
	35	EXO TM.	
	36	NON EXO TM.	
	37 à 39	Seuil de dépenses	

N° DE CARTE	N° DE COLONNE	LIBELLE	DESCRIPTION ET CARACTERISTIQUES
		Mode de transmission des dossiers	Dans le cadre de la dispense de l'avance des frais, le dossier peut être transmis soit :
	40	ASS	- par l'assuré seulement ;
	41	PHAR	- par le pharmacien seulement ;
	42	ASPH	- tantôt par le pharmacien, tantôt par l'assuré ;
	43	Eclaté	- le dossier peut être "éclaté" : le pharmacien et l'assuré envoient à la CPAM une partie du dossier. (ex : le pharmacien transmet à la CPAM la facture subrogatoire, l'assuré transmet à la CPAM la feuille de soins et l'ordonnance). Mettre la valeur "1" dans la case correspondante, chaque fois que la condition est remplie.
	44 à 45	Délai moyen rembt	Délai moyen de remboursement du dossier tiers-payant pharmaceutique compris entre la date de réception du dossier tiers-payant à la CPAM et la date d'émission du décompte par le CETELIC.
	46 à 53	Nombre total délégations TP	Nombre de délégations en tiers-payant pharmaceutique comptabilisées durant l'année 1987.
	54 à 61	Nombre total dosTP transmis sur support informatique	Dans le cadre des échanges magnétiques entre les officines et les caisses, indiquer le nombre total de délégations en tiers-payant transmises au CETELIC, par l'officine ou l'Organisme Intermédiaire sur support informatique.

N° DE CARTE	N° DE COLONNE	LIBELLE	DESCRIPTION ET CARACTERISTIQUES
2	62 à 69	Nombre dossiers tiers-payant traités en Contentieux	Indiquer le nombre de dossiers tiers-payant pharmaceutique pour lesquels la CPAM a dû engager une action auprès de l'assuré soit : - parce que le dossier est incomplet ou erroné (absence de vignette) - parce que le pharmacien a réclamé auprès de la caisse le paiement des prestations (dans le délai prévu par la convention)
	5 à 10	Dernière date révision acompte Montant acomptes versés	Indiquer la dernière date de révision des acomptes sous la forme jour, mois, année (JJMMAA). Indiquer, pour l'année 1987 le montant des acomptes versés :
	11 à 19	OL	- aux officines libérales ;
	20 à 28	MUT	- aux pharmacies mutualistes.
	29 à 39	Montant global dépenses pharmaceutiques en Assurance Maladie	Indiquer pour les CPAM et Mutuelles réunies, le montant total des dépenses effectuées au titre des prestations pharmaceutiques en Assurance Maladie, pharmacies libérales et mutualistes confondues, en 1987 *
3		Montant des remboursements au titre de la dispense d'avance des frais	Indiquer pour les CPAM et Mutuelles réunies, le montant des remboursements effectués uniquement au titre du tiers-payant pharmaceutique (exonérés et non exonérés) en 1987 *:
	5 à 16	OL	- pour les officines libérales ;
	17 à 28	MUT	- pour les pharmacies mutualistes.

N° DE CARTE	N° DE COLONNE	LIBELLE	DESCRIPTION ET CARACTERISTIQUES
		Montant des remboursements au titre de la dispense d'avance des frais	Indiquer pour les CPAM et Mutuelles réunies, le montant total des remboursements effectués uniquement au titre du tiers-payant pharmaceutique en 1987 :
	29 à 38	à 40 %	Les informations des colonnes 29 à 58 n'ont pas été fournies, dans la mesure où la répartition des remboursements tiers-payant selon les différents taux ne peut être définie dans son intégralité pour l'instant.
	39 à 48	à 70 %	
	49 à 58	à 100 %	

Le tableau n'est pas intégré dans la base.