

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

07/11/88

Origine :

CABDIR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des CETELIC, CETEL et CNEI

MMES et MM
les Médecins-Conseils Régionaux
les Médecins-Conseils Chefs de Service

M le Médecin-Chef de la Réunion

Réf. :

CABDIR n° 37/88

Plan de classement :

25200	21				
-------	----	--	--	--	--

Objet :

AMENAGEMENT DU PLAN DE RATIONALISATION DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE.
APPLICATION DANS LES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION.

Transmission de la circulaire interministérielle n° 88 H 393 du 18 octobre 1988, portant aménagement des dispositions relatives à la mise en place de la maladie intercurrente, dans les établissements d'hospitalisation publics et privés à tarification préfectorale. Extension de la procédure aux autres établissements.

Pièces jointes :

0	2
---	---

Liens :

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

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

07/11/1988

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des CETELIC, CETEL et CNEI

MME et MM les Médecins-Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins-Conseils, Chefs de Service

M le Médecin Chef de la Réunion
(pour attribution)

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

N/Réf. : CABDIR n° 37/88

Objet : Aménagement du Plan de rationalisation des dépenses
d'Assurance Maladie. Application dans les établissements
d'hospitalisation.

J'ai l'honneur de vous faire parvenir la circulaire interministérielle n° 88 H 393 du 18 octobre 1988 portant aménagement de la maladie intercurrente dans les établissements d'hospitalisation publics et privés à tarification préfectorale (jointe en annexe I).

La présente circulaire à pour objet de :

- compléter les instructions ministérielles, lesquelles apportent des précisions sur les conditions d'application de l'arrêté du 7 septembre 1988 (JO du 9 septembre 1988) modifiant l'arrêté du 30 décembre 1986 relatif à la prise en charge du ticket modérateur pour le traitement d'une affection grave ne figurant pas sur la liste mentionnée au 3ème de l'article L-322-3 du Code de la Sécurité Sociale.
- simplifier la procédure d'admission instituée, en vue de l'exonération du ticket modérateur dans certains services spécialisés.

I - ETABLISSEMENTS EN DOTATION GLOBALE

a) Modification de l'arrêté du 30 décembre 1986

L'arrêté du 7 septembre 1988 a pour conséquence :

- la création de trois codes risque spécifiques :

14 : séjour non motivé par la polypathologie

15 : séjour non motivé par la polypathologie (régime local d'Alsace Moselle)

27 : séjour motivé par la polypathologie

- L'utilisation de ces codes et les circuits sont précisés en annexe II.

S'agissant des états de répartition des charges des dotations globales hospitalières, les montants afférents aux tickets modérateurs pris en charge par le FNASS au titre de l'article 71.4.1 (cf. création du code risque "27" dans les informations de séjour) seront ventilés dans la colonne "prestations supplémentaires" des tableaux locaux produits par la chaîne BGIR.

Un état particulier sera produit au niveau national, lors de l'établissement des états de répartition, afin d'isoler les deux prestations prises en charge au titre, soit de l'article 71.4, soit de 71.4.1.

b) Simplification du système dit de "Procédure Déclarative"

Dans un but de simplifications, il a été décidé l'exonération systématique du ticket modérateur, sans recours au dispositif de la procédure déclarative :

1) pour les services classés dans l'une des disciplines d'équipement ci-après :

- 126 - médecine carcinologique,
- 134 - radiothérapie et médecine nucléaire indifférenciées,
- 135 - radiothérapie,
- 136 - médecine nucléaire,
- 198 - lutte contre le cancer (activité des centres régionaux de lutte contre le cancer).

2) pour les unités de chimiothérapie anti-cancéreuse

3) pour les séances d'hémodialyse.

II - ETABLISSEMENTS HORS DOTATION GLOBALE

(à tarification préfectorale ou à tarification conventionnelle).

a) Modification de l'arrêté du 30 décembre 1986

Le dispositif s'applique dans ces établissements.

Aucune présomption de prise en charge ne peut être admise. La demande de prise en charge doit être adressée à la Caisse d'affiliation, accompagnée du certificat médical SP32 rempli par le médecin responsable de l'hospitalisation, sous pli cacheté.

Les circuits de demandes de prise en charge et de factures, sont ceux figurant à l'annexe C de la circulaire Cabinet du Directeur n° 20/87 du 10 juin 1987.

b) Simplifications du système dit de "Procédure Déclarative"

Les simplifications relatives à l'exonération systématique du ticket modérateur sans recours au dispositif de la procédure déclarative sont applicables, en ce qui concerne les établissements privés, aux seules activités de chimiothérapie anti-cancéreuse ambulatoire fixées par convention spécifique et d'hémodialyse, la notion de "discipline d'équipement" prévue par la circulaire interministérielle ne leur étant pas reconnue.

Il est demandé aux Directeurs des Caisses Primaires et aux Médecins Conseils Régionaux, en étroite collaboration, de diffuser les présentes instructions et d'organiser si nécessaire des réunions avec les Directeurs et les représentants des médecins des établissements publics et privés.

L'ensemble des dispositions visées supra est applicable à effet du 5 décembre 1988, date à laquelle sera mise en service pour les établissements en dotation globale l'action de maintenance 8.1.01.N.

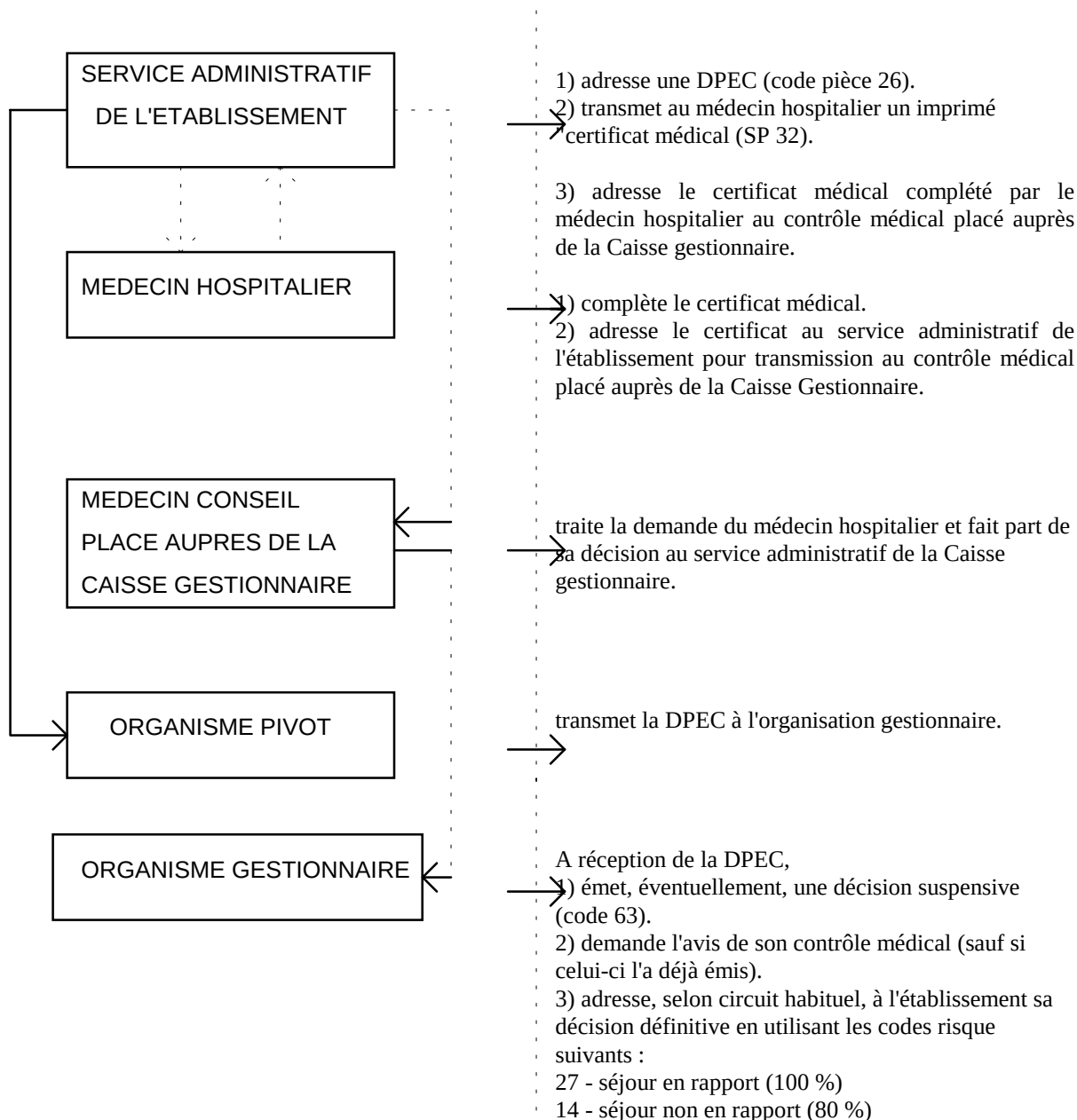
Dominique COUDREAU

PJ - ANNEXE 1 : *Circulaire interministérielle n° 88 H 393 du 18 octobre 1988*

Malade exonéré du ticket modérateur au titre d'une polypathologie

1ERE HYPOTHESE : Malade présentant une carte d'assuré social avec message. Procédure de prise en charge obligatoire.

CIRCUIT	ROLE
---------	------

a) demande de prise en charge (DPEC)

_____ circuit de la demande de prise en charge

----- circuit de l'imprimé "certificat médical"

CIRCUIT	ROLE
b) <u>Circuit informations de séjour</u>	
SERVICE ADMINISTRATIF DE L'ETABLISSEMENT ORGANISME PIVOT ORGANISME GESTIONNAIRE	adresse les informations de séjour en employant les codes suivants : - séjour en rapport : risque 27, taux 100 %, en servant, s'il y a lieu, le code "observation". - séjour non en rapport : risque 14 taux 80 % sans code observation - séjour non en rapport, avec code observation 1 ou 2 : risque 14 taux 100 % NB : Si l'organisme gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 45 jours, l'établissement transmet les informations de séjour au taux de base du régime concerné (risque 10) sauf code exonérant. A réception de la décision de l'organisme gestionnaire, il régularise les informations déjà transmises en annulant le séjour initial au risque 10 et en émettant les nouvelles informations selon le risque accordé : - 14, tuax 80 % ou 100 % si code observation - 27, taux 100 % Applique les traitements habituels d'informations de séjour. Procède pour le risque 27 à la ventilation du séjour entre le FNAM et le FNASS, sauf présence d'un code observation 1 ou 2. Réalise les traitements spécifiques à la Caisse gestionnaire.

2EME HYPOTHESE : Malade exonéré au titre d'une polypathologie, mais ne pouvant le justifier (pas de carte d'assuré social, carte d'assuré social sans message) ou n'en informant pas le bureau des entrées.

Les circuits décrits dans la première hypothèse s'appliquent, sauf en ce qui concerne les points suivants :

- la demande de prise en charge est adressée avec un code pièce correspondant à la pièce justificative présentée.
- L'organisme gestionnaire dit, à réception, envoyer une décision suspensive (code pièce 65) qui signifiera pour l'établissement l'obligation de faire parvenir au Contrôle Médical placé auprès de la Caisse gestionnaire, un certificat médical.

3EME HYPOTHESE : Utilisation de la procédure de présomption pour un malade exonéré pour une polypathologie, ce fait n'étant pas connu du bureau des entrées.

Cette situation peut se présenter :

- suite à réclamation de l'assuré à réception de la facture du ticket modérateur,
- sur signalement par la Caisse gestionnaire à réception des informations de séjour.

Dans ce cas, l'établissement adresse au Contrôle Médical placé auprès de la Caisse gestionnaire, le certificat médical. Selon l'avis du Contrôle Médical, l'organisme procède à la régularisation des informations de séjour en annulant le séjour déjà transmis au risque 10 et en émettant les nouvelles informations au risque précisé dans la décision :

- 27 taux 100 %
- 14 taux 80 %.