

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

23/07/91

Origine :

CABDIR

MMES et MM les Directeurs
MMES et MM les Agents Comptables
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
M le Médecin Chef de La Réunion

Réf. :

CABDIR n° 16/91

Plan de classement :

23

Objet :

COTATION PROVISOIRE DES ACTES DE SCANOGRAPHIE

La cotation provisoire des actes de scanographie dissocie l'honoraire du médecin du forfait technique qui rémunère les coûts techniques.

Pièces jointes :

- 4

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DMA S. PAPILLON - DESMES F. GUILLAUMAIN - ENSM Dr. ALBARET

23/07/91

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs
MMES et MM les Agents Comptables
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
M le Médecin Chef de La Réunion

N/Réf. : CABDIR N° 16/91

Objet : Prise en charge des actes de scanographie.

Je vous prie de trouver ci-joint en annexe une circulaire interministérielle, en date du 11.07.91, relative à la cotation provisoire des actes de scanographie.

Cette cotation provisoire est fixée par le Ministre en application de l'article 4 2°) des dispositions générales de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, elle est donc applicable à tous les examens effectués à l'aide d'un appareil de tomodensitométrie, avec ou sans injection de produit de contraste.

1. - COTATION DES EXAMENS

La cotation provisoire de l'examen est composée de deux éléments, l'honoraire du praticien et un forfait technique.

Dans un souci de simplification, la formalité de l'entente préalable est supprimée. Toutefois, lorsque l'examen scanographique porte simultanément sur les régions anatomiques suivantes :

- tête et thorax,
- thorax et abdomen complet (incluant l'étude du foie, des reins et du pancréas),
- abdomen complet (incluant l'étude du foie, des reins et du pancréas) et pelvis (incluant l'étude de l'appareil génital),
- membres et tête,
- membres et thorax,
- membres et abdomen,

la procédure de l'entente préalable est maintenue. Dans ce cas, l'examen scanographique peut être coté deux fois (forfait et honoraire).

1.1 - Honoraire du médecin

L'honoraire du médecin est fixé à Z 19 pour un acte de scanographie.

L'injection éventuelle d'un produit de contraste peut être cotée :

- K 2 pour la mise en place d'un dispositif intraveineux et à l'injection dans ce dispositif du produit de contraste sans qu'il y ait perfusion (Cf. application de la Nomenclature du Titre II chapitre V Section II article 1er),
- K 5 seulement s'il s'agit d'une véritable **perfusion** intraveineuse du produit de contraste.

Cet honoraire est pris en charge dans les conditions de droit commun, aussi bien en ce qui concerne le ticket modérateur, qu'en ce qui concerne la dispense d'avance des frais éventuelle (article 4 de la convention médicale).

Cet honoraire est facturé :

- soit sur la partie honoraires du bordereau 615 si le praticien exécutant est adhérent au protocole d'accord 615 de l'établissement privé exploitant de l'appareil, que le malade soit hospitalisé ou non,
- soit sur la feuille de soins pré-identifiée au nom de médecin exécutant, dans les autres cas où ce dernier exerce une activité libérale.

Dans tous ces cas, cet imprimé de facturation doit comporter, outre les mentions habituelles prévues à l'article R. 321-1 du Code de la Sécurité Sociale, le numéro d'identification de la structure où est implanté l'appareil, la date d'installation fixée à la date de la visite de conformité de ce dernier et le numéro d'ordre d'examen pour les appareils installés postérieurement au 1er août 1991.

1.2 - Forfait technique facturable par l'exploitant de l'appareil

Le forfait reste pris en charge à 100 %. Il ne tient pas compte du coût du produit de contraste. Celui-ci, lorsqu'il est facturé peut être remboursé avec le ticket modérateur applicable aux produits pharmaceutiques.

Lorsque le malade est hospitalisé dans un établissement visé par l'article L. 162-22 du Code de la Sécurité Sociale, le coût du produit de contraste est couverts par le forfait journalier de pharmacie de l'établissement.

Sur les modalités de facturation de ces produits dans le cas d'échanges de prestations, il pourra être fait référence à la circulaire DGR n° 1959/86 - ENSM n° 1072/86 du 3 juillet 1986 modifiée par le décret n° 88.925 du 14 septembre 1988, relatif au forfait pharmacie.

Le forfait technique est réglé directement à l'exploitant de l'appareil, dès lors que le patient présente les documents attestant de l'ouverture de ses droits aux prestations.

S'agissant du montant du forfait technique, il convient de distinguer, selon la date d'installation, deux catégories d'appareils :

- scanners installés antérieurement au 1er août 1991,
- scanners installés postérieurement au 1er août 1991.

A. Scanners installés antérieurement au 1er août 1991

Pour ces appareils, il existe deux montants de forfait technique variables jusqu'au renouvellement de l'appareil et au plus tard le 31 décembre 1993 :

- scanners amortis : 460 F,
- scanners non amortis : 650 F.

Le montant des forfaits techniques est pour ces catégories d'appareils au tarif plein sans effet dégressif.

Néanmoins, il appartient à l'exploitant d'apporter la preuve de la durée d'amortissement de l'appareil. Celle-ci ne peut excéder sept ans.

B. Scanners installés postérieurement au 1er août 1991

L'attention des caisses est appelée sur les nouvelles mesures ministérielles. Le montant du forfait technique est fixé selon quatre critères :

- la classe de l'appareil,
- l'implantation géographique de l'appareil,
- le nombre d'examens effectués,
- la date d'installation.

a) Classe de l'appareil

Cinq classes d'appareils sont prévues. Dans l'attente d'instructions générales sur la classification des appareils, et au cas où un appareil aurait été installé depuis le 1er août 1991, il appartient à la Caisse Primaire concernée d'entrer en contact avec la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - Département de la Médecine Ambulatoire - Division de la Nomenclature, qui précisera à quelle classe l'appareil doit être rattaché (Tél. : 42.79.33.59 ou 42.79.32.54).

b) Implantation géographique de l'appareil

Trois situations sont retenues :

- province,
- région parisienne,
- Paris.

c) Nombre d'examens effectués

Le principe introduit par cette réforme est fondé sur la distinction entre le coût total d'exploitation par acte relatif à un nombre fixé d'examens (activité de référence) qui couvre la totalité des coûts d'exploitation correspondant à cette activité, et le coût résiduel par acte qui couvre le surcoût engendré par un dépassement de l'activité de référence.

Dès lors, au cours d'une année civile, jusqu'à ce que l'activité de référence soit atteinte sur un même appareil, les coûts d'exploitation sont remboursés au forfait plein tarif. Au-delà, il n'y a lieu de rembourser que les frais résiduels occasionnés par un dépassement de l'activité de référence, d'où l'application d'un forfait minoré.

Il appartient à l'exploitant de l'appareil de prendre l'initiative de passer du forfait plein au forfait minoré lorsque l'activité de référence fixée par le Ministère est atteinte.

Les modalités de contrôle et les décisions qui pourraient être prises en cas de non respect de cette disposition seront précisées dans le cadre d'une convention entre les organismes d'assurance maladie (Caisses Régionales si l'exploitant est un établissement d'hospitalisation, Caisses Primaires dans le cas inverse), l'exploitant et les médecins utilisateurs.

Il est souhaitable que la négociation de cette convention soit achevée début novembre 1991, de sorte qu'elle puisse entrer en application au 1er décembre 1991.

Pendant la période transitoire, le forfait technique dû à l'exploitant, pour les appareils installés postérieurement au 1er août 1991, est le forfait technique à taux plein.

d) Date d'installation de l'appareil

La date à prendre en considération est celle de la visite de conformité de l'appareil prévue par l'article 7 du décret n° 72-923 du 28 septembre 1972.

1.3 - Modalités de facturation du forfait technique

Deux imprimés, à l'exemple de ceux utilisés pour l'imagerie par résonance magnétique nucléaire seront utilisés :

- un imprimé spécifique à la facturation du forfait technique relatif aux examens réalisés en structure privée non hospitalière,
- un formulaire réservé aux établissements régis par l'article L. 162-22 du Code de la Sécurité Sociale, exploitants d'un scanner, destiné à obtenir les renseignements relatifs aux examens ne pouvant figurer sur leur imprimé de facturation groupée, auquel il est obligatoirement joint.

Il est précisé que les examens réalisés sur des malades non hospitalisés font également l'objet d'une facturation sur le bordereau 615.

Dans le cas d'un malade hospitalisé dans une autre structure, ce formulaire est joint à la facture adressée à l'établissement demandeur, afin de permettre la prise en charge de l'examen selon les modalités définies par la circulaire n° 87 H 277 du 26 juin 1987, relative aux échanges de prestations entre établissements.

Lorsque le tiers-payant est suspendu, la caisse fournit à l'établissement concerné les imprimés de facturation du forfait technique prévu pour les structures privées non hospitalières, à utiliser à compter de la date qui a été notifiée.

L'utilisation de l'un de ces deux imprimés, dont modèles joints en annexe, dûment rempli par le médecin qui a effectué l'acte, et le gestionnaire de l'appareil, est impérative.

1.4 - Modalités applicables aux établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier

L'instruction ministérielle ne prévoit pas de modalités expresses d'application du dispositif dans les établissements hospitaliers publics. Cependant, s'agissant d'une application de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, celle-ci concerne l'ensemble des actes réalisés dans les structures hospitalières publiques.

Aussi, une instruction des Pouvoirs Publics précisera les modalités d'application du dispositif de la circulaire ministérielle, aux hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier.

2. - DES CONTROLES

2.1 - Du contrôle administratif et financier

Les agents des organismes d'assurance maladie ayant reçu délégation des agents comptables des caisses pourront procéder au contrôle des facturations au vu du registre que l'exploitant de l'appareil doit tenir à leur disposition.

Ce registre chronologique, établi par année civile et portant le numéro de l'appareil, la date d'installation de l'appareil, doit mentionner pour chaque examen réalisé :

- son numéro d'ordre,
- la date de sa réalisation,
- les nom et qualité du médecin l'ayant effectué,
- les nom et prénoms du patient,
- le numéro d'immatriculé de l'assuré.

Le contrôle de registre ne pourra être effectué qu'à partir de la signature des conventions entre les caisses et les exploitants.

2.2 - Du contrôle médical

Conformément à la circulaire n° 1358/90 du 5 juin 1990, le rôle du Service Médical en matière d'actes de scanographie sera essentiellement d'effectuer, dans le cadre d'un protocole d'action concerté, un (ou des) RIM (recherche(s) d'information(s) médicalisée(s)), débouchant entre autres sur des recours contentieux en cas d'infractions aux dispositions réglementaires ou quasi-réglementaires.

3. - IDENTIFICATION DE STRUCTURES NON HOSPITALIERES

La facturation des actes de scanographie s'effectuant à l'instar des examens d'imagerie par résonance magnétique nucléaire, il convient pour les structures existantes de prendre les numéros attribués dans le cadre de ces actes. S'agissant des autres structures qui possèdent un scanner, ce numéro, à l'exemple des dispensaires, sera attribué au niveau local et communiqué rapidement à la structure afin de ne pas retarder le paiement du forfait.

4. - LIQUIDATION

4.1 - Période transitoire

- Liquidation laser :

Dans l'attente de la mise en place d'une nouvelle norme des programmes informatiques, le forfait technique est liquidé en grille "HO" selon les mêmes modalités que les forfaits techniques liés à l'imagerie par résonance magnétique nucléaire :

soit code acte SD (séance de diagnostic)
discipline de prestations (DMT) "035" scanographie X
mode de traitement (MT) "19" traitements et cures ambulatoires.

- Saisie V1

Les mêmes modalités de saisie que les forfaits techniques liés à l'imagerie par résonance magnétique nucléaire sont utilisés :

code 431 forfait technique à taux plein
code 432 forfait technique à taux résiduel

La distinction entre les forfaits techniques imagerie par résonance magnétique nucléaire et les forfaits techniques scanner ne s'effectue qu'au travers de la DMT, je vous invite donc à porter une attention accrue à la qualité de la saisie de cette information.

4.2 - Nouvelles modalités d'application

- a) En même temps que cette circulaire, est diffusée au CETELIC, une nouvelle norme des programmes informatiques permettant la liquidation des forfaits techniques (imagerie par résonance magnétique nucléaire et scanner) sous les codes actes nouveaux :

- FTN : forfait technique à taux plein
- FTR : forfait technique à taux résiduel

- b) Saisie V1 sans changement.

4.3 - Statistiques

- Chaîne VAD

En ce qui concerne les informations ressaisies suite à un rejet de la chaîne VAD, ou directement saisies selon le format PS 3, il conviendra d'utiliser les codes PS 3 suivants :

- 1886 : scanner forfait technique à taux plein,
- 1887 : scanner forfait technique à taux résiduel.

5. - FOURNITURE DES IMPRIMES

Les imprimés prévus pour la mise en place du forfait technique en matière d'actes d'imagerie par résonance magnétique nucléaire ont été adaptés pour permettre leur utilisation pour le forfait technique afférent aux actes de scanographie.

Un dossier d'homologation sera présenté au Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration en complément de celui adressé pour les imprimés CNAMTS 631.07.90 et 632.12.90.

5.1 - Fourniture des imprimés pendant la période transitoire

Dans l'attente de l'homologation des nouveaux imprimés, il appartient aux caisses, par les moyens les plus appropriés, de fournir aux établissements concernés les formulaires à utiliser à compter du 01.08.91.

5.2 - Fourniture des imprimés après homologation

Dès que les nouveaux documents auront reçu l'aval du Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration et du CERFA, la fabrication sera confiée à l'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale.

Les caisses pourront alors comme à l'habitude passer commande auprès de cet organisme ou se procurer le film nécessaire à la réalisation locale de ces imprimés auprès de la Société GRAPHIFORM.

Une circulaire précisant les modalités de mise en service des formulaires officiels sera adressée aux caisses dès parution de l'arrêté d'homologation au Journal Officiel.

5.3 - Écoulement des stocks d'imprimés CNAMTS 631.07.90 et 632.12.90

Ces formulaires ayant été revus pour permettre leur utilisation en matière d'actes de scanographie, les organismes d'assurance maladie et les établissements peuvent continuer d'utiliser les anciens formulaires pour le forfait technique des actes d'imagerie par résonance magnétique nucléaire.

6. - SIGNATURE D'UNE CONVENTION

La prise en charge des honoraires et des forfaits techniques ainsi que les mesures de contrôle et les sanctions éventuelles en cas de fraude de la part des exploitants d'appareils doivent faire l'objet d'une convention entre les caisses, les exploitants d'appareils et les médecins utilisateurs de l'appareil, à compter du 1er décembre 1991.

Les modalités d'application de cotation provisoire étant identiques aux modalités prises pour l'imagerie par résonance magnétique nucléaire, le modèle de convention relative à l'imagerie par résonance magnétique nucléaire peut servir de référence aux négociations à mener avec les intéressés.

Enfin, la cotation provisoire étant applicable à compter du 10.08.1991, j'invite d'une part, les organismes de base à diffuser, dans les meilleurs délais, ces informations aux utilisateurs d'appareils, et d'autre part, pour améliorer les relations caisses - professionnels de santé, de désigner un responsable de site, dit correspondant du régime général, avec lequel l'établissement pourra prendre contact en cas de litige ou d'informations complémentaires.

Par ailleurs, je vous saurais gré de me faire connaître les difficultés rencontrées dans l'application de cette circulaire.

Le Directeur

Gilles JOHANET

PJ : *Circulaire interministérielle du 11 juillet 1991*