

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
30/10/92

Origine :
DGA

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

Réf. :
DGA n° 8/92

Plan de classement :
118

Objet :
ECHANGE D'INFORMATION AVEC LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES.
Cette circulaire définit le principe du développement des échanges d'information avec les organismes complémentaires.
Elle propose une tarification nationale du service rendu, ainsi qu'un modèle de convention-type.

Pièces jointes :

Liens :

Date d'effet : Immédiate
Dossier suivi par : M. COLLARD
Téléphone : 42.79.32.20

Date de Réponse :

@

Direction de la Gestion Administrative

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

30/10/92

Origine :
DGA

N/Réf. : DGA n° 8/92

Madame, Monsieur le Directeur,

De nombreuses caisses ont, depuis quelques années, cherché à établir une relation partenariale avec les organismes de protection complémentaire, mutuelles dans un premier temps puis compagnies d'assurances et institutions de prévoyance.

Basées sur des échanges d'informations, ces initiatives locales convergent toutes vers un même objectif : s'allier avec nos partenaires du secteur de la protection sociale pour offrir un meilleur service à l'assuré disposant d'une couverture complémentaire.

Ces nouvelles relations, parfaitement cohérentes avec les orientations de l'Assurance Maladie doivent être encouragées et développées.

Cependant, la généralisation d'échanges d'informations avec les organismes complémentaires ne peut s'opérer que suivant une stratégie commune à l'ensemble des caisses, comportant des objectifs acceptés par nos principaux partenaires et dans le respect de l'identité de chacun.

Cette circulaire a donc pour objet de préciser les bases d'un développement de relations partenariales avec les organismes d'Assurance Maladie.

I - OBJECTIF DE PARTENARIAT

Il s'agit prioritairement de proposer un meilleur service à l'assuré, en permettant un paiement plus rapide de la part complémentaire tout en simplifiant, voire en supprimant les démarches de l'assuré.

En second lieu, il s'agit de réduire les coûts de gestion de chacun des partenaires, ce qui au final bénéficiera à l'ensemble des assurés.

II - PRINCIPE

Trois options d'échanges d'information sont envisageables :

- Option 1 :** Fourniture du reflet du décompte par télétransmission à l'organisme de protection complémentaire.
- Option 2 :** Liquidation de la part complémentaire en même temps que la part légale et envoi par télétransmission à l'organisme complémentaire des informations traitées, l'édition du décompte complémentaire étant assuré par cet organisme.
- Option 3 :** Liquidation de la part complémentaire en même temps que la part légale et établissement d'un décompte commun.

Il appartient à chaque caisse de négocier ses propres conventions avec les organismes de protection complémentaire couvrant les assurés sociaux de sa circonscription.

Toutefois, au regard des objectifs exposés au paragraphe précédent, il convient de rechercher le dispositif le plus favorable pour l'assuré.

A cet égard, le décompte commun avec paiement simultané des parts assurance maladie et complémentaire sur un même décompte, c'est-à-dire sans aucune démarche des bénéficiaires, constitue la solution la plus satisfaisante pour l'assuré.

Le décompte commun constitue donc l'objectif à terme des échanges d'information, et c'est dans cette perspective que doivent s'inscrire les négociations des Caisses Primaires avec les organismes complémentaires.

Cependant, le libre choix de l'organisme complémentaire demeure, et s'il ne désire pas aller vers le décompte commun, les autres options doivent lui être proposées.

De même, il n'y a pas lieu de considérer une option comme définitive. Il s'agit d'une relation conventionnelle que chacun des partenaires peut dénoncer.

III - TARIFICATION

Ce nouveau service, qui allège considérablement les charges des organismes complémentaires, doit bien entendu faire l'objet d'une facturation.

Le principe est de répartir équitablement entre les deux partenaires, CPAM et organisme complémentaire, les économies de frais de gestion nées de ces échanges d'informations.

Après différentes études menées par la CNAMTS en collaboration étroite avec de nombreux directeurs de CPAM, il est possible de proposer la base de tarification suivante :

- Option 1 :** Fourniture du reflet du décompte : 5 F HT par bénéficiaire adhérent et par an + 0,50 F par décompte lien d'archive.
- Option 2 :** Fourniture du reflet du décompte + calcul de la part complémentaire (sans décompte commun) : 5 F HT par bénéficiaire adhérent et par an + 2 F HT par décompte lien d'archive.
- Option 3 :** Fourniture du décompte commun : 5 F HT par bénéficiaire adhérent et par an + 2 F HT par décompte lien d'archive + 50 % du coût de l'affranchissement en cas d'envoi par la Caisse.

Ces tarifs constituent une base de négociation. Chaque caisse jugera de l'opportunité de s'en écarter. Mais il est souhaitable que les caisses, pour un service identique, appliquent des tarifs comparables. Par contre, les modalités de facturation peuvent différer.

Certaines CPAM ont d'ailleurs négocié des tarifs unitaires par décompte plus élevés, mais en réduisant les coûts forfaitaires.

Ainsi, les Caisses Primaires du Nord-Pas-de-Calais ont conclu une convention avec le groupement des Assurances sur la base de 0,90 F par décompte lien d'archive sans application du forfait annuel de 5 F par bénéficiaire. Cependant, un droit d'entrée unique de 3 F par adhérent est également appliqué.

Vous trouverez, en annexe, une proposition de convention-type qu'il conviendra d'adapter à vos propres situations.

Je vous remercie de me faire part des éventuelles difficultés occasionnées par l'application de ces dispositions.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur délégué,

François POISNEUF

CONVENTION-TYPE
entre organisme complémentaire
et CPAM
~~~~~

**Préambule**

Animés par le souci commun d'un meilleur service à l'assuré social et d'une diminution des coûts de gestion, les parties susnommées ont décidé de simplifier leurs procédures de transmission de données.

La présente convention s'inscrit dans le cadre d'une collaboration reconnaissant la complémentarité des partenaires et confirmant le respect des identités et métiers respectifs des signataires.

Il est convenu que :

**Article 1**

Tout organisme complémentaire désireux d'adhérer à la procédure d'échanges proposée par la Caisse Primaire de ..... doit impérativement respecter les conditions et les procédures nationales et locales applicables en l'espèce et définies dans le cahier des charges techniques annexé à la présente convention.

En raison des circonscriptions géographiques limitées de chaque caisse primaire, la présente convention ne vaut que pour les assurés sociaux de la circonscription de la CPAM de ....., les organismes complémentaires à vocation régionale ou nationale devant souscrire autant de conventions qu'il y a de CPAM concernées.

**Article 2**

La présente convention concerne les assurés sociaux affiliés à la CPAM de ..... et leurs ayants droit, au sens de la législation de la Sécurité Sociale.

**Article 3**

Un cahier des charges annexé à la convention préciser des normes techniques à utiliser et les circuits administratifs détaillés.

#### **Article 4**

L'organisme complémentaire choisit l'une des trois options ci-dessous :

- 1) fourniture informatique des décomptes ;
- 2) liquidation de la part complémentaire en même temps que la part légale et envoi par télétransmission à l'organisme complémentaire des informations traitées ;
- 3) liquidation de la part complémentaire en même temps que la part légale et établissement d'un décompte commun.

Ce choix est matérialisé par la signature d'un avenant à la présente convention.

#### **Article 5**

Le mode de transmission de l'information émanant du Centre Informatique de la CPAM de ..... est exclusivement la télétransmission.

#### **Article 6**

L'organisme complémentaire s'engage à fournir le fichier de ses adhérents dans les conditions prévues au cahier des charges, le Centre Informatique de la CPAM de ..... n'assurant la gestion et les mouvements du fichier des adhérents à cet organisme complémentaire qu'exclusivement sur la base d'informations émanant de celui-ci.

La création et la gestion du fichier sont assurées par échange informatique suivant les normes et la périodicité figurant au cahier des charges.

L'ensemble des informations destinées à constituer le fichier doivent correspondre strictement au fichier de la norme "Noémie" et aux informations obligatoires exigées par cette norme.

Toute information non conforme sera rejetée obligatoirement.

Tout contentieux résultant d'informations erronées ou obsolètes du fichier de l'organisme complémentaire est de la responsabilité de celui-ci.

**Article 7**

L'organisme complémentaire signataire fournit également, pour constitution du fichier ad hoc, l'ensemble des éléments d'identification le concernant y compris le choix paramétré des conditions de l'échange informatique.

**Article 8**

Le service rendu à l'organisme complémentaire par la CPAM de ..... signataire de la présente convention sera tarifé dans les conditions prévues à l'avenant tarifaire.

**Article 9**

Il est créé une Commission de concertation composée de ..... (composition à prévoir avec l'organisme complémentaire).

Toutes difficultés résultant de l'application de la présente convention-type pourront être examinées à titre amiable par cette Commission.

**Article 10**

Chaque partie signataire :

- s'engage formellement à effectuer les déclarations prévues par la loi "Informatique et Libertés" ;
- s'interdit formellement tout autre usage que celui fixé par la présente convention des fichiers dont elle aura connaissance.

Conformément à l'avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés,

- l'organisme complémentaire s'engage à :
  - . détruire les fichiers dès la fin de leur utilisation aux fins de règlement à leurs adhérents ;

- . informer les adhérents au niveau du contrat ou du bulletin d'adhésion de la transmission d'informations à la CPAM de ..... par l'intermédiaire de son centre informatique,

- la CPAM s'engage à :
  - . donner la possibilité à chaque adhérent ou bénéficiaire de renoncer à tout moment par écrit à la communication des informations qui le concernent.

### **Article 11**

La présente convention est conclue pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation formelle trois mois au moins avant sa date d'échéance par l'une des parties signataires.

Toutefois, en cas d'anomalies graves ou de non-respect des règles essentielles de la présente convention, la CPAM de ..... se reconnaît le droit de suspendre l'échange informatique.

Elle en avise simultanément par lettre recommandée avec accusé réception l'organisme complémentaire et la Commission de concertation.

### **Article 12**

Le choix d'une option n'est en aucun cas définitif.

L'organisme complémentaire peut, sous réserve des délais prévus à l'article 11, modifier son choix au profit de l'une ou l'autre option, ou décider de mettre fin aux échanges d'informations avec la CPAM.

Le Directeur de la Caisse  
Primaire d'Assurance Maladie

Le Président de  
l'Organisme complémentaire