

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
14/09/98

Origine :
CABDIR

Réf. :
CABDIR n° 5/98

Plan de classement :
22

Objet :

Conséquences des arrêts rendus par la Cour de Cassation, le 17 Juillet 1998, en matière de facturation de la majoration KFA KFB des actes effectués par les anesthésistes réanimateurs.

Pièces jointes :

0 1

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

AC : M.JOUIN 01.42.79.32.47 / MOP : M.SADOUL 33.92 / DSI PIII C.MILLEAU 30.39 - JC DE VIENDT 34.34 / DPAS R.GOUEL

Téléphone :

32.05 / DRPS : F.LEVASSEUR 32.11-D.DESOUHANT 32.12-C.KERMARC 32.89 / DESMES A.F.SIMS-LAGADEC 3493

@

MMES et MM les Directeurs et Agents Comptables

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(Pour attribution)

- des Union Régionales de Caisses d'Assurance Maladie
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(Pour information)

MMES et MM les Médecins Conseils Chefs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(Pour information)

Le Cabinet du Directeur

14/09/98

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs et Agents Comptables

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(Pour attribution)

- des Union Régionales de Caisses d'Assurance Maladie
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(Pour information)

MMES et MM les Médecins Conseils Chefs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(Pour information)

N/Réf. : CABDIR n° 5/98

Objet : Conséquences des arrêts rendus par la Cour de Cassation, le 17 Juillet 1998, en matière de facturation de la majoration KFA KFB des actes effectués par les anesthésistes réanimateurs.

Par télex n° 70/98 du 03 août 1998, les caisses ont été informées des conséquences des arrêts de la Cour de Cassation relatives à l'application des forfaits KFA ou KFB aux actes d'anesthésie accompagnant un acte de chirurgie bénéficiant de cette majoration d'honoraires.

La diffusion des versions centrales et locales permettant le règlement de ces prestations aux anesthésistes réanimateurs a été effectuée le 13 août 1998.

La présente circulaire précise les solutions à adopter pour la régularisation des forfaits KFA-KFB effectués par les anesthésistes, antérieurement au 18 juillet 1998.

1 - La régularisation des dossiers

• Cas général

Il convient de prendre en charge les forfaits KFA-KFB correspondant aux actes d'anesthésie-réanimation accompagnant des actes de chirurgie ouvrant droit à ces forfaits, réalisés et facturés antérieurement au 18 Juillet 1998 par les anesthésistes-réanimateurs. Chaque praticien doit formaliser une demande expresse et dûment justifiée, et ce, dans la limite du délai de prescription instauré par l'article L 332.1 du CSS.

En effet, ce délai, qui court à compter du 1er jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent les prestations, est d'ordre public. Il n'est donc pas possible d'y renoncer.

Il est admis que l'acte qui interrompt la prescription est le dépôt initial du dossier, même incomplet, en vue d'obtenir le paiement des prestations.

Ainsi, la demande expresse du praticien, pour des actes effectués antérieurement au 18 juillet 1998, accompagnée ou non de pièces justificatives de l'établissement est recevable dès lors qu'elle est présentée dans le délai de 2 ans. La prescription ne devra pas être opposée lors de l'envoi ultérieur des pièces justificatives.

• Situations particulières

A - Les situations hors L.133-4 CSS

- Les procédures en cours

L'action en justice ayant interrompu la prescription, les forfaits KFA/KFB se rapportant à ces dossiers doivent être réglés.

Les caisses qui sont à l'origine des recours devront se désister de l'instance et en informer le professionnel concerné.

- Décisions devenues définitives

Lorsqu'un refus de paiement, notifié par la caisse, ou une décision de justice n'a pas été contesté dans les délais impartis, le principe de l'autorité de la chose décidée ou jugée, interdit leur remise en cause.

Dès lors, aucun paiement ne peut intervenir pour ces dossiers.

B - Les situations liées à l'application de L 133 4

Dans cette hypothèse, deux situations peuvent se présenter : la procédure est en cours, ou elle est achevée.

Il vous appartient d'adopter les positions ci-après :

- indus non recouvrés

Tous les indus notifiés et non réglés par le professionnel doivent être annulés, et ce qu'ils aient fait l'objet ou non d'une contestation. Il s'ensuit que la caisse doit informer les praticiens de l'abandon du recouvrement de ces indus.

- indus recouvrés

Le remboursement de ces indus pourra intervenir, sur demande expresse du professionnel, et ce dans la limite du délai de prescription de l'article L.243-6 CSS, à savoir 2 ans à compter de la date de règlement de l'indu par le professionnel de santé.

2. Présentation des pièces justificatives par les établissements

Pour être honorée, la créance doit faire l'objet d'une demande expresse. La majoration forfaitaire sera due à l'anesthésiste, lorsqu'elle a été réglée au chirurgien, et pour un montant identique.

Chaque anesthésiste devra produire aux caisses, par l'intermédiaire de chaque établissement où il a exercé, sa requête sur papier libre, indiquant les périodes d'activité concernées, ses demandes de facturation complémentaires comportant :

- Une facture 615 complémentaire précisant impérativement :

⇒ Partie Identification :	Etablissement, Bénéficiaire des soins, Assuré, Nature assurance N° de facture différent de l'initiale,
⇒ Partie Honoraires :	N° identification de l'anesthésiste Forfait KFA/KFB avec date des soins et montant Discipline de prestation DMT Mode de traitement MT.

- Un duplicata du bordereau 615 initial faisant apparaître la facturation des actes chirurgicaux - du KFA ou KFB dus aux chirurgiens, et de l'acte d'anesthésie, sera obligatoirement joint à la facture complémentaire.

Si la facture complémentaire est télétransmise, le bordereau d'envoi accompagnant la transmission doit être conforme à celui décrit en norme B2.

3. Contrôle des factures

Les modalités du contrôle préalable au paiement seront facilitées par la présentation des duplicata des facturations présentées au remboursement durant la période pour laquelle la majoration est demandée.

Dans le cadre de contrôles a posteriori, il conviendra de consulter les factures originales détenues par les caisses si elles sont toujours disponibles ou à défaut les microfiches de paiement.

En cas de doute sur la réalité de la justification d'une cotation, le service médical sera sollicité.

4. Liquidation et paiement

- **Présence de l'assuré dans le fichier assurés**

Les versions des tables du système central et LASER local BULL, diffusées mi août 1998 permettent de régler les forfaits KFA/KFB aux anesthésistes (Code spécialité 02).

Le système LASER local IBM était déjà opérationnel.

Les forfaits KFA/KFB des anesthésistes peuvent être réglés sans l'acte principal, le rejet 540-067 - Incompatibilité forfait chirurgie/Acte principal ayant été transformé en signalement.

De ce fait, le contrôle automatique entre l'acte KC et le forfait étant neutralisé, il convient de traiter ces signalements dans la phase d'ordonnancement.

Par conséquent, si le bénéficiaire des soins est présent au fichier assurés lors de la liquidation, le paiement et la ventilation dans les systèmes comptables et statistiques des forfaits KFA et KFB aux anesthésistes se feront automatiquement par les programmes informatiques.

- **Absence de l'assuré dans le fichier assurés**

En cas d'absence au fichier du bénéficiaire des soins, les systèmes informatiques ne pourront pas effectuer la liquidation de ces prestations ; le dossier (c'est à dire la facture complémentaire et le duplicata de la facture initiale) devra alors, après ordonnancement manuel, être adressé à l'Agence Comptable de la CPAM pour paiement et ventilation comptable.

Dans ce cas, une saisie manuelle dans ALCOR sera nécessaire, pour permettre l'alimentation des systèmes comptables COPENIC, Droits Constatés, OQR et OQN. Les données suivantes devront être saisies :

- Code Gestion : sera fonction du régime ou du code gestion figurant sur le duplicata de la facture initiale. En cas d'absence de l'une de ces deux données, il conviendra, dans la mesure du possible, de récupérer l'information au niveau des archives.

- N° de Compte : 656XX2113 (correspondant aux honoraires des spécialistes libéraux)

XX = correspondant au code 31 (si assurance Maladie)

XX= correspondant au code 32 (si assurance Maternité)

XX= correspondant au code 41 (si assurance AT)

- Sens = D (débit).
- Montant = celui du forfait (KFA ou KFB) facturé initialement par le chirurgien.
- Gestion du compte de contrepartie 47511 : selon la nature d'assurance concernée : 55 si maladie-maternité ou 56 si accidents du travail.
- Année de soins : celle figurant sur le duplicata de la facture initiale.
- Département prescripteur / exécutant = valeur " 0 " suivie des 2 premiers caractères du numéro de l'anesthésiste.

En cas d'impossibilité absolue d'identifier le régime de l'assuré, il conviendra d'imputer le montant du forfait au compte 656388 en gestion MOC (code 30) si la nature d'assurance concernée est maladie ou maternité, ou au compte 656412113 en gestion AN (code 37) s'il s'agit d'accidents du travail.

Par ailleurs, pour alimenter correctement les chaînes statistiques, il est également indispensable de procéder à la saisie manuelle dans TANDEM, en s'assurant de la saisie correcte de l'ensemble des informations présentées dans la grille de saisie de cette application, en particulier, la période de soins (mois et année de soins), les caractéristiques associées à l'établissement de santé (catégorie, statut juridique, mode de fixation des tarifs, mode de traitement et discipline de prestations), les informations associées à l'exécutant de la prestation (spécialité, secteur conventionnel, statut juridique).

5. Prise en compte des honoraires dans le SNIR

Tous les forfaits obtenus en sous-produits de la liquidation figureront automatiquement dans les relevés individuels d'activité et d'honoraires du deuxième semestre 98.

Toutefois, il conviendra d'informer les professionnels de la déduction des versements effectués au titre des exercices antérieurs dans le suivi des dépenses des médecins spécialistes d'une part, et de leur activité personnelle d'autre part, pour 1998.

Afin d'isoler ces éléments, les seules facturations complémentaires se rapportant à des forfaits antérieurs à 1998, et réglés jusqu'au 31 décembre 1998 inclus, devront faire l'objet, au niveau de chaque organisme de liquidation (tous régimes, y compris les sections mutualistes), d'un récapitulatif par anesthésiste, suivant le document joint en annexe.

Ces récapitulatifs annuels seront transmis le 31 janvier 1999 au plus tard, à la CNAMTS, DSI/Pôle Informatique Informationnelle Interne, pour exploitation informatique, puis adressés aux CPAM et CGSS de rattachement des professionnels pour archivage.

Dans le cas d'un reversement individuel, ces montants viendront en déduction des honoraires enregistrés au cours de l'exercice 1998.

Vous voudrez bien me faire connaître toute difficulté de mise en oeuvre.

L'Agent Comptable

Le Directeur de la Gestion du
Risque

Alain.BOUREZ

Denis PIVETEAU

SNIR - Suivi des dépenses pour les anesthésistes. Bordereau récapitulatif à transmettre au plus tard le 31 janvier 1999
à la CNAMTS, DSI - Pôle III
66, avenue du Maine
75694 Paris cedex 14

Visa organisme

Nom, prénom

Organisme de liquidation REGIME CAISSE MUTUELLE

Honoraires perçus :

Honoraires perçus : 