

Date :
25/03/1999

Origine :
CABDIR

Réf. :
CABDIR n° 6/99
n /
n /
n /

MMES et MM. les Directeurs
MMES et MM. les Agents Comptables

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale
MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
MMES et MM les Médecins Conseils Chefs de Service
des Echelons Locaux
Monsieur le Médecin Chef de Service de LA REUNION
(pour attribution)

MMES et MM les Directeurs
. des URCAM
(pour information)

Plan de classement :

50

Titre :

Convention franco-monégasque

Résumé :

Communication de la circulaire ministérielle DSS/DAEI/98 n° 666 du 10/11/1998 relative à l'application des dispositions de la convention franco-monégasque de SS du 28/02/1952 modifiée, de la circulaire ministérielle DSS/DAEI/99 n° 32 du 21/01/1999 relative à la diffusion de l'accord complémentaire de facturation et de remboursement des soins assurés par le centre d'hémodialyse de Monaco et de la circulaire DSS/DAEI/99 n° 61 du 04/02/1999 relative au comportement à adopter à l'égard des factures de soins émises par le centre cardio-thoracique de Monaco

Pièces jointes : 5

Liens :

Mod.circ	DGR	2723/92	DGR	33/98	ENSM	14/98
Mod.circ	DGR	68/98	ENSM	33/98		
Mod.circ	DGR	80/98				
Mod.circ	DGR	94/98	AC	31/98		

Date d'effet :

1er octobre 1998

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DPAS/JP ADAM - C. LEVY - AC/A. FADIER - ENSM/Dr VANDENBERGHE

Téléphone :

01.42.79.32.85 - 01.42.79.35.85 - 01.42.79.35.86 - 01.42.79.32.94

Direction Déléguée aux Risques

25/03/99

MMES et MM. les Directeurs
MMES et MM. les Agents Comptables

Origine :
CABDIR

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale
MMES et MM. Les Médecins Conseils Régionaux
MMES et MM. Les Médecins Conseils Chefs de Service
des Echelons Locaux
Monsieur le Médecin Chef de Service de la Réunion
(pour attribution)

MMES et MM. Les Directeurs des URCAM
(pour information)

N/Réf. : CABDIR – n° 6/99

Objet : Communication de la circulaire ministérielle DSS/DAEI/98 n° 666 du 10 novembre 1998 relative à l'application des dispositions de la convention franco-monégasque de sécurité sociale du 28 février 1952 modifiée et de la circulaire ministérielle DSS/DAEI/99 n° 32 du 21 janvier 1999 relative à la diffusion de l'accord complémentaire de facturation et de remboursement des soins assurés par le centre d'hémodialyse de Monaco.

Ainsi qu'il a été précisé dans la *circulaire DGR n° 94/98 et AC n° 31/98*, les autorités françaises et monégasques ont conclu le 20 juillet 1998 un accord modifiant notamment le chapitre maladie-maternité de la convention franco-monégasque de Sécurité Sociale du 28 février 1952.

Vous voudrez bien trouver, en annexe, la *circulaire ministérielle DSS/DAEI/98/666 du 10 novembre 1998* modifiant partiellement la *circulaire DSS/DCI/91/70 du 6.12.1991* qui vous avez été communiquée par *circulaire DGR n° 2723/92 du 23 mars 1992* ainsi que la *circulaire ministérielle DSS/DAEI/99 n° 32 du 21 janvier 1999*.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités d'application des principales dispositions.

I – CHAMP D’APPLICATION

Il convient de remarquer l’extension du champ d’application personnel de la convention franco-monégasque.

Le bénéfice des prestations d’assurance maladie, maternité, décès et AT/MP est étendu **à toutes les personnes assurées** au régime français ou monégasques qu’elles soient actives, inactives ou retraitées ainsi qu’à leurs ayants droit et ce quelle que soit leur nationalité.

Ce bénéfice est également étendu aux personnes couvertes par le règlement CEE n° 1408/71 dans les mêmes conditions que pour les assurés affiliés au régime général.

II – TOTALISATION DES PERIODES D’ASSURANCE

Les périodes d’assurance effectuées en France et à Monaco peuvent être totalisées pour l’ouverture, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations tant en assurances maladie et maternité qu’en assurances invalidité et décès.

Les CPAM sont invitées à faire figurer sur les relevés des périodes d’assurance qu’elles seront amenées à établir, les périodes de chômage indemnisées. En effet, ces périodes sont assimilées à des heures de travail au regard de la législation monégasque.

2.1 Abrogation du délai de 15 jours

Le délai de 15 jours qui était imposé antérieurement entre la fin de l’affiliation dans un régime et le début de l’affiliation dans l’autre régime, pour totaliser les périodes d’assurance accomplies dans les deux pays, est supprimé.

III – DETERMINATION DE LA LEGISLATION APPLICABLE

3.1 *Abrogation de la maladie préexistante*

Les dispositions prises antérieurement dans le cadre de l'ancienne convention sont abrogées. Désormais, les assurés du régime français passant au régime monégasque de Sécurité Sociale sont pris en charge totalement même pour une affection déclarée antérieurement à l'affiliation (article 6 § 2 de la convention modifiée). Ces dispositions sont applicables à compter du 1^{er} octobre 1998.

3.2 *Le maintien des droits*

3.21 *En cas de reprise d'activité*

Lorsqu'un assuré débute une activité dans l'autre Etat, il est possible qu'il ne puisse justifier d'une ouverture de droit même en faisant appel à la totalisation des périodes d'assurance.

Les dispositions de l'article 9 de l'arrangement administratif général modifié permettent de conserver le bénéfice du maintien de droit aux prestations en nature et en espèces existant dans l'ancien régime d'affiliation tant que l'ouverture de droit ne peut être trouvée dans le nouveau régime.

3.22 *En cas de chômage indemnisé*

Lorsqu'une personne est indemnisée, les dispositions antérieures demeurent applicables :

- les prestations en nature sont servies et prises en charge par l'institution de Sécurité Sociale du lieu de résidence,
- les prestations en espèces sont servies et prises en charge par l'institution de Sécurité Sociale à laquelle l'intéressé était affilié au moment de la perte d'emploi.

3.3 *Assurance maternité*

Le régime responsable des prestations de l'assurance maternité est celui qui était applicable à la date présumée de la conception.

Cette disposition n'a pas été modifiée et il appartient au régime concerné de servir tant les prestations en nature qu'en espèces de l'assurance maternité.

3.4 *Occupations simultanées*

Les dispositions en vigueur n'ont pas fait l'objet de modification. Les travailleurs occupés simultanément sur le territoire des deux Etats sont assujettis aux législations de Sécurité Sociale de chaque pays.

Les prestations en nature sont servies et restent à la charge du pays de résidence alors que les prestations en espèces sont servies par chacun des deux organismes de Sécurité Sociale français et monégasques ; il en est de même pour les prestations de l'assurance décès.

IV – DROIT AUX PRESTATIONS

Il convient de distinguer la situation des assurés résidant de façon permanente dans le département des Alpes-Maritimes de ceux résidant hors de ce département en ce qui concerne le droit aux prestations en nature.

4.1 Assurés résidant en permanence dans le département des Alpes-Maritimes ou à Monaco

Ces assurés ainsi que leurs ayants droit ont un libre accès aux structures de soins et aux professionnels de santé monégasques.

4.2 Assurés effectuant un séjour ou un passage temporaire dans la Principauté ou un séjour temporaire dans le département des Alpes-Maritimes

4.21 Soins urgents

Ces assurés ainsi que leurs ayants droit ont droit aux prestations en nature servies par leur caisse d'affiliation pour les soins reçus à Monaco, si ceux-ci revêtent un caractère d'immédiate nécessité.

4.22 Soins programmés

Hormis les dispositions visant les soins revêtant un caractère inopiné la prise en charge des soins reçus à Monaco, à l'exception des dialyses, est soumise à l'obtention d'un accord préalable donné par la Caisse d'affiliation après avis du service médical placé auprès de la CPAM des Alpes-Maritimes.

Les assurés des régimes français ou pris en charge par le régime général au titre des règlements communautaires ne peuvent donc accéder librement aux structures de soins ou avoir recours aux professionnels de santé à Monaco. Ils doivent, en conséquence, obtenir l'accord de leur caisse d'affiliation.

4.3 Personnes affiliées au régime français de sécurité sociale au titre des règlements communautaires

Les personnes affiliées au régime français de Sécurité sociale dans le cadre des règlements communautaires peuvent bénéficier du service des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pour les soins reçus à Monaco.

Les dispositions applicables sont les mêmes que pour les autres assurés du régime français.

Toutefois, s'agissant des personnes pour lesquelles la compensation financière entre Etats membres se fait sur la base de factures, les prestations en nature sont servies par la CPAM des Alpes-Maritimes pour le compte du pays d'affiliation.

4.4 Le cas des mono ou polypensionnés

Le nouvel article 10 § 1 de la convention prévoit que la charge des prestations en nature des assurances maladie et maternité relève de l'Etat de résidence du pensionné.

L'attestation délivrée par l'institution débitrice de la pension ou de la rente ou le titre de pension établissant le droit aux prestations en nature permet l'inscription du pensionné et de sa famille auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu de sa nouvelle résidence.

Si le pensionné est titulaire de plusieurs pensions françaises et monégasques, les dispositions de la coordination interne sont applicables au regard de la seule carrière en France pour déterminer le régime compétent français.

Il convient de noter que les termes "pension ou rentes" visent indifféremment les pensions d'invalidité, de vieillesse, de réversion, les rentes "AT-MP" ainsi que celles attribuées aux survivants des accidentés du travail.

Comme pour les autres assurés, les pensionnés qui résident hors du département des Alpes-Maritimes doivent obtenir une autorisation de leur caisse d'affiliation française pour recevoir des soins à Monaco lorsque ceux-ci ne revêtent pas un caractère d'urgence.

4.5 L'assurance Accidents du Travail/Maladies Professionnelles

Les dispositions prévues pour les prestations des assurances maladie et maternité en matière de soins de santé sont également applicables aux prestations en nature de l'assurance AT/MP.

V - MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES SOINS DE VILLE DISPENSES A MONACO

Les nouveaux accords maintiennent le principe selon lequel le remboursement des soins de ville est effectué aux tarifs et taux de remboursement prévus par la réglementation française.

Deux nouveautés de portée générale sont introduites dans le dispositif conventionnel :

- le conventionnement des Professionnels de Santé
- la prise en charge des frais de transport

5.1 Conventionnement des Professionnels de Santé Monégasques

Les professionnels de santé monégasques (praticiens et auxiliaires médicaux) sont soumis aux droits et obligations prévues par la réglementation française et les conventions-types les régissant, à l'exception des clauses sociales et fiscales, des quotas d'actes, des clauses de limitation de l'activité. Ils appliquent les tarifs conventionnels.

En cas de non-conventionnement, le remboursement s'effectue sur la base du tarif d'autorité.

5.2 Frais pharmaceutiques, examens de laboratoire, frais d'appareillage

Les pharmaciens, laboratoires et fournisseurs d'appareillage doivent être agréés par les Autorités compétentes monégasques.

Ils ont la possibilité d'adhérer aux Conventions françaises et sont soumis aux obligations de notre législation (Nomenclature Générale des Actes Professionnels, Codage, TIPS, etc...), clauses de tiers payant, sauf pour les fournisseurs d'appareillage monégasques qui en sont exclus

5.3 *Frais de transport*

Le remboursement des frais de transport vers ou à partir du territoire monégasque s'effectue selon les dispositions fixées par la réglementation française, sous réserve que les transporteurs français ou monégasques soient agréés par l'autorité compétente.

Les transporteurs monégasques peuvent adhérer aux Conventions françaises, à l'exception des articles relatifs à la dispense d'avance des frais, l'arrangement administratif à la Convention franco-monégasque ne prévoyant pas la possibilité de tiers payant.

Ne donnent pas lieu à remboursement les transports réalisés exclusivement à l'intérieur du territoire français par une entreprise de transport monégasque ou exclusivement à l'intérieur du territoire monégasque par une entreprise de transport français.

5.4 *Exercice occasionnel des professionnels de santé monégasque sur le territoire français*

Cette disposition concerne la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes.

Les professionnels de santé monégasques peuvent exercer dans les quatre communes limitrophes à la Principauté (Cap d'Ail, Roquebrune Cap Martin, la Turbie, Beausoleil) de façon occasionnelle (sans autorisation de s'y installer), sous réserve d'une déclaration préalable auprès du Conseil de l'Ordre ou de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales selon leur activité.

VI - MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES SOINS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE MONEGASQUES

Trois établissements agréés par l'autorité monégasque sont implantés à MONACO :

- **le Centre Hospitalier Princesse Grace** qui dispose de deux secteurs, un secteur "Hôpital Public" et un secteur "Clinique Privée" fonctionnant à l'intérieur du secteur "Hôpital",
- **Le Centre Cardio-Thoracique**, établissement privé, spécialisé dans le traitement des pathologies cardiaques,
- **Le Centre d'Hémodialyse**, établissement privé.

6.1 Principe général de remboursement

L'article 11, § 1^{er} C, de la Convention prévoit **le principe de plafonnement** du remboursement dans les établissements monégasques publics et privés.

Les remboursements réalisés suivant la législation française et selon les taux de remboursement applicables dans cet Etat sont effectués dans la limite des frais exposés sans pouvoir dépasser les tarifs plafonds des établissements français de référence :

ETABLISSEMENTS MONEGASQUES	TARIFS DE REFERENCE
Centre hospitalier Princesse Grace "Secteur Hôpital"	
- pour la plupart des disciplines d'hospitalisation ainsi que les soins externes :	Centre Hospitalier Universitaire de Nice
- chirurgie ambulatoire	Clinique Saint-George (Nice)
- chimiothérapie ambulatoire	Centre Antoine Lacassagne (Nice)
Centre hospitalier Princesse Grace "Secteur Clinique"	
- pour la plupart des disciplines d'hospitalisation ainsi que des soins externes :	Centre Hospitalier Universitaire de Nice
- chirurgie ambulatoire	Clinique Saint George (Nice)
Centre Cardio Thoracique	Centre Hospitalier Universitaire de Nice
Centre d'Hémodialyse	Institut Arnault Tzanck (St. Laurent du Var)

Le tiers payant est formalisé pour le Centre Hospitalier Princesse Grace, secteur "Hôpital" ainsi que pour le Centre d'hémodialyse.

Il peut être appliqué dans les établissements privés, sous réserve de la conclusion d'accords complémentaires.

6.2 Centre Hospitalier Princesse Grace, secteur "Hôpital"

Par dérogation au principe général, la facturation et le remboursement des séjours réalisés au Centre Hospitalier Princesse Grace, secteur "Hôpital", sont effectués dans la limite de **tarifs particuliers déterminés d'un commun accord entre les deux Etats** (cf. tarifs applicables au 1^{er} octobre 1998, page 24, de la circulaire ministérielle) :

- il s'agit de tarifs "tout compris", aucune prestation ne peut être facturée en sus,
- le jour de sortie n'est pas facturable, sauf s'il s'agit du jour de décès,
- le forfait journalier hospitalier doit être défalqué du prix de journée,
- le tiers payant est de droit.

En ce qui concerne les modalités de règlement des séjours et des actes de chirurgie ambulatoire, il convient de se reporter au chapitre "Caisse de liaison".

6.3 Centre Hospitalier Princesse Grace, secteur "Clinique"

Par dérogation au principe général, les hospitalisations sont remboursables d'après les frais exposés (prix de journée, F.S.O., forfait pharmacie plus honoraires), dans la limite des tarifs du Centre Hospitalier Princesse Grace, secteur "Hôpital".

Le règlement en tiers payant n'est pas prévu actuellement.

6.4 Centre Cardio-Thoracique

La facturation est établie sur la base des tarifs plafonds du Centre Hospitalier Universitaire de Nice. Le remboursement intervient sur cette même base.

Les factures établies par le Centre Cardio-Thoracique doivent, obligatoirement, comporter une ou plusieurs des disciplines suivantes :

- Médecine Cardio-Vasculaire "DMT 127" : le tarif de cette discipline correspond au tarif "Médecine et Spécialités Médicales" du Centre Hospitalier Universitaire de Nice.
- Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire "DMT 147" : le tarif de cette discipline correspond au tarif "Chirurgie et Spécialités Chirurgicales" du Centre Hospitalier Universitaire de Nice.
- Réanimation polyvalente, y compris soins intensifs "DMT 105" : le tarif de cette discipline correspond au tarif "Spécialités Coûteuses" du Centre Hospitalier Universitaire de Nice.

La DMT "105" ne peut que de façon très exceptionnelle être utilisée seule ; elle doit obligatoirement être associée à une des deux autres disciplines.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie doivent obligatoirement, avant paiement, se rapprocher de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes (Service Réglementation – coordonnées au chapitre Caisse de liaison) afin que celle-ci s'assure sur le plan administratif de la conformité des factures avec ces dispositions conventionnelles.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes communiquera aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie l'ensemble des éléments permettant le règlement du séjour au Centre Cardio-Thoracique.

Si les tarifs ne sont pas conformes, il appartiendra à la Caisse d'affiliation de l'assuré d'informer ce dernier des raisons de la non concordance et de la base de remboursement retenue.

Le règlement en tiers payant n'est pas prévu actuellement.

6.5 Centre d'hémodialyse

Dans le cadre de l'accord complémentaire prévu au § 3 de l'article 11 de la Convention, un tarif plafond a été négocié avec le Centre d'Hémodialyse, en contrepartie du bénéfice du tiers payant.

Le tarif de la séance de dialyse, fixé à 2 300,00 F au 1^{er} octobre 1998, est un "tout compris" incluant les produits sanguins, les actes de laboratoire, les honoraires médicaux, les produits pharmaceutiques liés à la dialyse, y compris l'Erythropoietine. Aucune autre prestation ne peut donc faire l'objet de facturation en sus.

Concernant les modalités de règlement, il convient de se reporter au chapitre Caisse de liaison.

VII - MODALITES D'EXERCICE DU CONTROLE MEDICAL ET ADMINISTRATIF

L'exercice du Contrôle Médical est renforcé dans les nouvelles dispositions conventionnelles. Il vise aussi bien les assurés sociaux que les établissements de santé et professionnels de santé monégasque.

Il convient de souligner le rôle particulier du Service Médical placé auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes en ce qui concerne les soins programmés et les soins d'immédiate nécessité dispensés à Monaco pour les assurés des régimes français de sécurité sociale résidant hors du département des Alpes-Maritimes ou hors de Monaco.

En dehors de ces cas particuliers, les Médecins-Conseils de chacun des régimes conservent leurs prérogatives pour le contrôle des bénéficiaires de prestations.

7.1 Contrôle des assurés

Les assurés recevant des soins à Monaco sont soumis aux mêmes règles que les assurés recevant des soins en France (procédures administratives et médicales).

7.2 Contrôle des professionnels de santé

Les professionnels de santé monégasque dispensant des soins aux assurés sociaux du régime français sont soumis aux dispositions régissant le contentieux du contrôle technique et aux sanctions découlant des obligations conventionnelles les concernant en cas de non respect.

Il y a lieu de préciser que seuls les professionnels de santé monégasques qui ont opté pour l'exercice d'une activité occasionnelle dans les quatre communes limitrophes de Monaco peuvent encourir des sanctions ordinales.

7.3 Contrôle des établissements

La mise en œuvre par le service médical des contrôles dans les établissements monégasques est soumise au respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale. Les médecins conseils, devront être en mesure de contrôler l'ensemble des documents permettant d'évaluer les durées effectives de séjour, le contrôle de l'adéquation du malade dans le service, et en conséquence devront avoir accès au dossier médical de l'assuré et aux comptes rendus d'hospitalisation ainsi qu'à tous les éléments de facturation.

7.4 Procédures de récupération des indus

L'organisme de prise en charge peut procéder au recouvrement d'un indu auprès du professionnel de santé ou de l'établissement, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire.

7.5 Contrôle des soins programmés et des soins d'immédiate nécessité exposés à Monaco

Ce contrôle relève exclusivement de la compétence de **l'Echelon Local du Service Médical placé auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes** qui connaît bien l'offre de soins de Monaco et ses complémentarités avec l'offre française.

Sont visés par ces dispositions les assurés résidant hors du département des Alpes-Maritimes ou hors de Monaco, et ce, quel que soit leur régime de sécurité sociale, hospitalisés ou ayant reçu des soins de ville à Monaco :

7.51 Les soins programmés

La demande de soins programmés à Monaco ne doit pas être adressée au Médecin-Conseil National mais être transmise par l'Echelon Local du Service Médical de la Caisse d'affiliation de l'assuré à la:

Direction du Service Médical
 "Nice Pessicart"
 Bâtiment Dufy – Bureau 108
 Service des Soins à Monaco
 48, avenue du Roi-Robert, Comte de Provence
 B.P. 2085
 06102 NICE CEDEX 2

Téléphone : 04.92.09.43.90

Télécopie : 04.92.09.43.73

L'avis (accord ou refus) du Service Médical de Nice sera adressé à l'Echelon Local du Service Médical de la Caisse d'affiliation concernée, à charge pour lui de le transmettre au service administratif.

En cas de refus, les voies de recours devront être indiquées à l'assuré par la Caisse d'affiliation, soit l'expertise au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Il peut s'agir de soins pris en charge en tiers payant ou hors tiers payant.

7.52 Les soins d'immédiate nécessité

Les soins dispensés lors d'un passage ou d'un séjour temporaire à Monaco ou dans le département des Alpes-Maritimes doivent revêtir un caractère inopiné.

Le remboursement de ces prestations ne nécessite pas un avis formel du Service Médical lorsqu'il s'agit de soins de ville.

Toutefois, pour les hospitalisations hors tiers payant ou en tiers payant, un certificat médical d'urgence établi par le Médecin-Chef du service où a été admis l'assuré devra être joint à la facturation.

L'Echelon Médical placé auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes doit examiner le caractère d'immédiate nécessité des séjours hospitaliers à Monaco pour des assurés en séjour ou de passage temporaire dans la Principauté ou en séjour temporaire dans le département des Alpes-Maritimes.

En cas de refus, les voies de recours devront être indiquées à l'assuré par la Caisse d'affiliation, soit l'expertise au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Il peut s'agir de soins pris en charge en tiers payant ou hors tiers payant.

VIII ROLE DE LA CAISSE DE LIAISON

Pour l'ensemble des dépenses d'assurance maladie-maternité, accidents du travail-maladies professionnelles liées à une hospitalisation, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes, dans le cadre d'une mission nationale, a été désignée "Caisse de liaison", pour les organismes du régime général et ceux des autres régimes (cf. *circulaire CNAMTS du 23 octobre 1998, AC – n°31/98 et DGR - n°94/98*).

Elle exerce à ce titre un rôle de contrôle et de centralisation comptable et statistique, ainsi qu'un rôle de coordination et de liaison entre les Institutions de Sécurité Sociale françaises et monégasques.

8.1 *Ses attributions*

Pour les ressortissants de l'ensemble des régimes français de sécurité sociale, la Caisse de liaison est chargée :

➤ **de la gestion des dépenses d'hospitalisation prises en charge en tiers payant :**

☞ elle procède au contrôle de la tarification des factures, informe les organismes payeurs, centralise et contrôle le paiement, règle les sommes dues aux établissements monégasques, effectue le suivi statistique de ces dépenses,

➤ **de la centralisation des informations relatives aux dépenses hors tiers payant :**

☞ elle procède au suivi statistique des dépenses d'hospitalisation remboursées par les organismes français de l'ensemble des régimes,

➤ **du suivi comptable et statistique de l'application de la Convention :**

☞ elle centralise les données comptables et statistiques, réalise des études, le suivi de l'application des conventions avec les établissements monégasques.

8.2 Son organisation et son fonctionnement

Pour les assurés relevant du régime général (hors ressortissants de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes), y compris les sections locales et autres régimes, la Caisse de liaison :

- contrôle la tarification des factures en tiers payant,
- centralise les données relatives au paiement des factures hors tiers payant.

8.21 Le contrôle de la tarification des dépenses d'hospitalisation en tiers payant

Deux établissements monégasques bénéficient actuellement du tiers payant :

- ☞ le Centre Hospitalier Princesse Grace, secteur "Hôpital",
- ☞ le Centre d'Hémodialyse privé.

■ **Les deux établissements monégasques :**

Transmettent à la Caisse de liaison les factures de frais de séjour (hospitalisation complète, incomplète ou chirurgie ambulatoire ou forfait de séance) accompagnées des pièces justificatives de l'affiliation et des droits de l'assuré (attestation de droits ou prise en charge), de l'exonération du ticket modérateur s'il y a lieu, procédure déclarative....

Concernant les hospitalisations au Centre Hospitalier Princesse Grace, secteur "Hôpital", le dossier doit comporter en plus :

☞ soit un certificat médical émanant du Médecin-Chef de Service où le malade a été admis en cas d'immédiate nécessité des soins (urgence médicale),

☞ soit l'accord préalable administratif et médical de l'organisme de rattachement lorsque l'hospitalisation a été programmée.

Ces dispositions ne sont pas applicables au Centre d'Hémodialyse, pour lequel l'assuré doit adresser à sa Caisse d'affiliation, au moins quinze jours avant la date prévue du départ, une information indiquant le motif du séjour, sa durée, l'identité et l'adresse du Centre d'Hémodialyse de Monaco.

■ La Caisse de liaison :

Réalise la saisie des éléments facturés et édite la tarification de la facture qui sera prise en compte par l'organisme d'affiliation pour la liquidation du dossier.

■ L'organisme d'affiliation de l'assuré :

☞ procède à la liquidation du dossier sur la base des accords tarifaires indiqués par la Caisse de liaison,

☞ règle la Caisse de liaison (par avis de cession pour les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, par virement sur le compte bancaire ouvert au nom de l'Agent Comptable de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes pour les autres Caisses),

☞ transmet à la Caisse de liaison, un double du décompte comportant les références de la facture. Ce document doit être adressé à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes "Service Relations Internationales".

■ La Caisse de liaison :

Règle l'établissement monégasque et comptabilise ces sommes dans un compte particulier.

8.22 *La centralisation des dépenses d'hospitalisation hors tiers payant*

Deux établissements privés ne bénéficient pas actuellement du tiers payant :

- le Centre Hospitalier Princesse Grace, secteur "Clinique",
- le Centre Cardio-Thoracique.

Les factures établies par ces établissements sont remboursées, suivant les principes définis au point 7 de la présente circulaire, par chaque organisme débiteur de la prestation.

Toutefois, afin de permettre à la Caisse de liaison de procéder au suivi statistique de toutes les dépenses d'hospitalisation, les organismes tiers doivent obligatoirement communiquer à la **Caisse de liaison, Service Relations Internationales, la copie du décompte de règlement.**

Par ailleurs, au cas où l'organisme tiers aurait des difficultés pour procéder au règlement de la facture, celui-ci peut s'adresser à la Caisse de liaison (Service Réglementation) pour tout conseil utile en matière de tarification ou point réglementaire particulier.

8.3 *Coordonnées de la Caisse de liaison*

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES ALPES-MARITIMES	
Service Réglementation Bâtiment "Matisse"	Service Relations Internationales Bâtiment "Léger"
48, avenue du Roi-Robert, Comte de Provence 06100 NICE	
Téléphone : 04.92.09.40.16 Télécopie : 04.93.98.02.42	Téléphone : 04.92.09.41.56

Vous voudrez bien tenir informé la Division des Prestations et de l'Accès aux Soins de toutes difficultés d'application des présentes instructions.

Le Directeur

Gilles JOHANET

P.J. 5

