

Date :
21/01/2000

Origine :
DDRI
AC

Réf. :
DDRI n° 12/2000
AC n 4/2000
 n /
 n /

Mesdames et Messieurs les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Mesdames et Messieurs les Agents Comptables
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(Pour Attribution)

Plan de classement :

25	22	258				
----	----	-----	--	--	--	--

Titre :

Tiers payant coordonné - Couverture Maladie Universelle

Résumé :

Tiers payant coordonné - Couverture Maladie Universelle
Texte de la convention-type - Procédure A - CMU

Pièces jointes : 2

Liens :

Date d'effet :

Dossier suivi par :

Téléphone :

Date de Réponse :

S Lepeu DDRI/CAB - S Restout AC - B Moreau DDRI/DRIO - M Sadoul DAR/MOP
01.42.79.33.94 - 01.42.79.34.26 01.42.79.34.36 01.42.79.33.92

@

**Direction Déléguée aux Risques
Agence Comptable**

21/01/2000 Mesdames et Messieurs les Directeurs
 ▫ des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
 ▫ des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine : Mesdames et Messieurs les Agents Comptables
DDRI ▫ des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
AC ▫ des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Pour attribution

N/Réf. : DDRI n° 12 / 2000 – AC n° 4 / 2000

Objet : Tiers payant coordonné – Couverture Maladie Universelle

Nous vous prions de bien vouloir trouver, ci-joint, le texte de la convention-type Procédure A – Couverture Maladie Universelle, élaboré par les représentants de la Caisse Nationale et des Organismes Complémentaires (CTIP, FFSA, FMF, FNIM, FNMF, GEMA).

Il a été transmis pour signature à tous les partenaires. Les instances de la FNMF et la FMF ont donné leur accord sur ce texte.

Les documents cités à l'article 421 sont : le cahier des charges version 12/1999 qui a déjà été diffusé et le cahier des conditions techniques qui est le même que celui annexé à la convention-type Procédure A Médecin Référent.

Une circulaire d'application vous sera transmise prochainement, précisant certains points d'application.

Cet accord concerne les organismes complémentaires qui sont inscrits sur la liste établie par le Préfet et qui ont déjà des échanges Noémie avec la caisse primaire.

Cependant, chaque caisse pourra l'étendre, si elle le souhaite, à d'autres organismes qui sont ses correspondants habituels.

En cas de non-signature des accords, il y aura tiers payant, mais avec deux paiements séparés, comme cela vous a déjà été précisé dans la note du 11 janvier 2000.

Nous vous rappelons également que dès lors qu'un accord local est signé entre la caisse et l'organisme complémentaire, le tiers payant coordonné peut être mis en œuvre sans attendre la parution de l'arrêté.

**Le Directeur Délégué
aux Risques**

L'Agent Comptable

Denis PIVETEAU

Alain BOUREZ

CONVENTION DE TIERS PAYANT COORDONNÉ

- PROCÉDURE A -

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)

Entre d'une part,

L'organisme complémentaire

représenté par son

et d'autre part,

la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de

la Caisse Générale de Sécurité Sociale de

représentée par son Directeur

PRÉAMBULE

En application de l'article L 861-3 du Code de la Sécurité Sociale et dans le cadre du protocole de mise en œuvre du tiers payant coordonné, deux procédures (A et B) permettant l'application de ce tiers payant coordonné aux professionnels de santé qui souhaitent en bénéficier, ont été définies.

La présente convention a pour but de mettre en œuvre le tiers payant coordonné selon la procédure A, applicable à tous les professionnels et établissements de santé **dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle (CMU)**. Elle ne remet pas en cause les conventions de tiers payant existantes, lorsque les professionnels et établissements de santé souhaitent les appliquer.

La procédure B donnera lieu à une autre convention-type CMU qui sera signée par les parties désignées ci-dessus, dès qu'elle sera disponible (31 mars 2000) et qui aura vocation à se substituer à la procédure A.

L'Organisme complémentaire et la Caisse Primaire conviennent que :

Article 1 Objet de la convention

Elle a pour objet de fixer les modalités techniques d'échange d'informations par les parties signataires afin de mettre en œuvre le tiers payant coordonné dans le cadre de la couverture maladie universelle selon la procédure A.

Article 2 Champ d'application du tiers payant coordonné dans la Couverture Maladie Universelle

Bénéficiaires concernés

Sont visés : les membres d'un foyer (au sens RMI) dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé par décret et qui ont de ce fait droit à une couverture complémentaire pour un an et qui ont choisi la gestion par l'organisme complémentaire signataire.

Article 3 Durée

La procédure du tiers payant coordonné est mise en œuvre pendant la durée d'inscription de l'organisme complémentaire sur la liste des Organismes Complémentaires (OC) participant à la gestion de la couverture complémentaire CMU.

En cas de radiation de l'organisme complémentaire de la liste par le préfet de région, cette convention est annulée

Article 4 Procédures et modalités de mise en œuvre des échanges de données informatisées

4.1. Accès au dispositif de tiers-payant coordonné

Il est accessible à l'ensemble des professionnels et des établissements de santé lorsque les soins concernent un bénéficiaire justifiant son droit à la CMU complémentaire, géré par un OC signataire de cet accord.

Ce droit est justifié par présentation des justificatifs suivants : l'attestation de droit CMU et la carte VITALE ainsi que la carte émise par l'OC à titre transitoire sur laquelle est indiquée notamment l'adhésion à une convention d'échanges informatisés avec la caisse primaire.

4.2. Rôle de chaque partenaire

4.2.1 L'organisme complémentaire

Adhère préalablement à la convention d'échanges informatisés avec la ou les CPAM et s'engage à respecter les conditions et les procédures nationales définies dans le cahier des charges et le cahier des conditions techniques annexés.

Conformément aux spécifications techniques du cahier des charges reprises dans le cahier des conditions techniques annexé, l'organisme télétransmet au Centre informatique de la Caisse le fichier de ses adhérents bénéficiant de la CMU et ses mises à jour à réception des imprimés de choix transmis par la CPAM. Cette procédure pourra évoluer pour permettre l'immédiateté des droits : la CPAM, en accord avec l'organisme complémentaire concerné (formalisé en annexe à la présente convention), enregistre au fichier Assuré l'adhésion à l'OC et elle lui transmet en norme NOEMIE avec une nouvelle référence définie en Inter Régimes les créations et mises à jour relatives aux adhérents CMU. Chaque transmission d'information donne lieu à un accusé de réception.

L'organisme complémentaire délivre à ses adhérents, après transmission des informations à la caisse et constat de la bonne prise en compte de ces informations par l'organisme gérant le régime obligatoire, un justificatif de droits avec une date de validité permettant la dispense d'avance des frais dans le cadre de la CMU et conformément aux textes réglementaires.

Toute erreur résultant d'informations erronées ou obsolètes du fichier de l'organisme engage la responsabilité de celui-ci si les mises à jour sont assurées par ses soins. A l'inverse, toute erreur de paiement résultant de la non prise en compte ou l'altération d'informations de mise à jour télétransmises par l'organisme engage la responsabilité de la CPAM.

Le règlement de la part de l'organisme complémentaire s'impute sur un compte d'avance alimenté par ce dernier ou par le délégataire de gestion agréé.

Lors de l'adhésion à la convention de tiers payant coordonné, l'organisme complémentaire s'engage à verser une avance à la Caisse Primaire de 200 F. par bénéficiaire de la CMU.

Le montant de l'avance sera révisé en fonction du profil de trésorerie constaté lors des premiers remboursements effectués au titre de la part complémentaire.

L'avance est abondée tous les 7 jours d'un montant égal au remboursement des prestations réalisé au titre de la part complémentaire au cours des 7 derniers jours écoulés.

4.2.2. La Caisse Primaire

1. - Gère l'adhésion des organismes complémentaires à la procédure A au niveau du fichier des organismes complémentaire, répertoriés au Centre de Traitement Informatique.
2. - Assure le contrôle de la consommation des forfaits définis dans le cadre du panier de biens et services prévu pour la CMU à l'article L 861-3 et mettra en place, le cas échéant, des procédures qui permettront aux organismes complémentaires de gérer les forfaits.
3. - Liquide et procède au règlement du destinataire concerné.

Le paiement de la part complémentaire par la Caisse Primaire s'effectuera suivant les règles fixées par la loi et ses décrets d'applications dans la limite du tarif conventionnel des actes délivrés pour le Ticket Modérateur (TM), le forfait journalier sans limite de durée et les forfaits à régler en sus du TM figurant dans le panier de biens, ceci dans la mesure où la trésorerie correspondant au montant des prestations affectées à la part complémentaire aura été mise à disposition de la Caisse Primaire.

La CPAM met quotidiennement à la disposition de l'organisme l'information sur le montant de la part complémentaire due par celui-ci. Cette information sera détaillée par bénéficiaire, en précisant la nature de la prestation et les références du professionnel ou établissement de santé qui a effectué ou facturé la prestation.

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

L'ensemble des informations destinées à constituer le fichier doit correspondre strictement au fichier de la norme Noémie figurant au cahier des charges inter-régimes et aux informations obligatoires exigées par cette norme.

Toute information non conforme sera rejetée obligatoirement sans redressement de l'information erronée.

Article 5 Procédures techniques

Le cahier des charges IRIS inter-régimes relatif à la télétransmission entre les organismes d'Assurance Maladie et les organismes complémentaires déjà diffusé et le cahier des conditions techniques joints au présent protocole précisent :

- les références choisies par l'organisme pour l'enrichissement des fichiers magnétiques de la caisse et pour la récupération de l'image des décomptes payés
- le dessin des fichiers, leur contenu
- les sécurités relatives aux liaisons entre les deux organismes

Toute modification du contenu de cette annexe devra obtenir, au préalable, l'accord des parties signataires, sauf pour ce qui concerne les évolutions de normes nationales.

- les conditions de mise en œuvre des tests préalables par l'organisme complémentaire et la caisse primaire à la transmission et au traitement des données
- les conséquences en cas de difficultés, rejets ou d'impossibilité de traitement.

Article 6 Rémunération du service rendu

6.1. Le tarif

La rémunération du service rendu à l'organisme complémentaire par la CPAM signataire sera facturée par cette dernière à partir des dénombrements établis par le Centre de Traitement Informatique.

La tarification fixée sur la base d'une rémunération par décompte lien d'archives s'élève, à titre provisoire, à 0,85 F. au vu des premières informations disponibles sur le coût réel de cette prestation de service.

Ce tarif Hors Taxe par décompte lien d'archives exclut les frais de télétransmissions qui restent à la charge de l'organisme complémentaire.

6.2. Le règlement

La rémunération du service rendu est réglée trimestriellement à terme échu sur présentation d'un état justificatif dressé par la Caisse. Après accords entre les signataires et en cas de facturation dont le montant est peu important, la périodicité d'émission peut être fixée à l'année.

L'organisme complémentaire procède au règlement de ces sommes dans le mois qui suit la présentation de l'état justificatif.

Article 7 Contentieux

Les parties signataires s'accordent pour admettre que toute difficulté résultant de l'application de la présente convention-type sera examinée à titre amiable par une Commission Paritaire de Concertation constituée comme suit :

- deux représentants de la CPAM
- deux représentants de l'organisme complémentaire

Article 8 Sécurités et droit de l'informatique

8.1 Respect des dispositions CNIL

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 transmis par la CPAM dès la fin de leur utilisation.

Article 9 Durée de la convention

Le présent accord est conclu pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation formelle six mois 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, chaque partenaire peut suspendre immédiatement l'échange informatique.

Il en avise simultanément par lettre recommandée avec accusé de réception l'autre signataire.

Le présent protocole serait par ailleurs résilié de plein droit, en cas de dispositions législatives ou réglementaires modifiant de façon substantielle les conditions d'intervention des organismes d'assurance maladie et des organismes complémentaires, modifications susceptibles d'en affecter gravement l'économie ou l'intérêt.

Dès lors que la procédure B est disponible, elle peut se substituer à la procédure A, sans avoir à respecter le délai prévu au paragraphe 1. L'organisme complémentaire demande à la Caisse Primaire de signer la convention-type concernant cette nouvelle procédure. Son application effective est fixée par les parties signataires.

En cas de constat du non-respect des conditions ou des délais prévus pour la mise en œuvre de la procédure B, les organismes complémentaires auront la faculté de dénoncer l'ensemble des engagements contractés par eux dans le cadre de la présente convention.

Le Directeur de la Caisse		Le Président ou le
Primaire d'Assurance Maladie		Directeur de l'Organisme
		Complémentaire
L'Agent Comptable de la Caisse		
Primaire d'Assurance Maladie		

ANNEXE 2

INFORMATION DES CPAM SUR LA MISE EN ŒUVRE DU TIERS-PAYANT DANS LE CADRE DE LA CMU

Tiers-payant lorsque la caisse primaire gère la part complémentaire pour le compte de l'Etat :

La caisse primaire paie la part obligatoire et la part complémentaire. Des instructions ont été données par lettre circulaire de l'Agence comptable le 5 janvier 2000.

Tiers-payant lorsque la part complémentaire est assurée par un organisme complémentaire :

Rappel des textes :

Le décret n° 99-1079 du 21 décembre 1999 détermine les modalités d'application de la dispense d'avance des frais de soins de santé pour les bénéficiaires de la CMU, lorsque les organismes servant les prestations du régime de base et les prestations complémentaires sont différents.

Ce décret prévoit, dans son article D-861-3, que la dispense d'avance des frais est mise en œuvre par une procédure établie entre les professionnels et établissements de santé, les organismes servant les prestations de base de l'assurance maladie et les organismes servant les prestations complémentaires.

Dans le cadre de la **procédure A**, l'organisme servant les prestations du régime de base liquide la part prise en charge par le régime de base et la part restant à payer au titre de l'organisme complémentaire.

Dans le cadre de la **procédure B**, l'organisme de base liquide seulement la part prise en charge par lui et l'organisme complémentaire assure sous sa responsabilité la liquidation de la part qui le concerne.

L'article D.861-6 renvoie à un arrêté la précision des conditions dans lesquelles, dans le cadre de la procédure a, l'organisme de protection complémentaire alimente un compte d'avance. Cet arrêté doit également préciser les délais maximum de paiement des professionnels et établissements de santé ainsi que le contenu, les supports et les délais d'envoi des relevés de prestations à adresser par les organismes de base.

Mise en œuvre :

Dans l'attente de la sortie de cet arrêté qui pourrait intervenir en février 2000, les caisses d'assurance maladie n'ont pas d'obligation d'assurer de procédure coordonnée de tiers-payant, permettant le paiement unique des professionnels de santé. Seules peuvent s'appliquer les procédures actuellement en cours : échanges de type NOEMIE 1 ou 3 selon les accords existant actuellement ou qui seront conclus au niveau local entre les CPAM et les complémentaires concernés.

Des négociations se poursuivent au niveau national entre la CNAMTS et les fédérations d'organismes complémentaires pour élaborer une convention-type de tiers-payant coordonné dans le cadre de la **procédure A**. Ce texte qui s'inspire des dispositions adoptées pour le tiers-payant dans le cadre de l'option médecin référent est en voie de finalisation.

Il vous sera adressé dans les tous prochains jours pour vous permettre de devancer la publication de l'arrêté en passant des conventions avec les organismes complémentaires de votre circonscription.