

Date :
28/06/2000

Origine :
DDRI
AC

Réf. :
DDRI n° 81/2000
AC n 31/2000
 n /
 n /

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

Pour attribution

Plan de classement :

2	25	258				
---	----	-----	--	--	--	--

Titre :

Tiers payant coordonné - Procédure A - Parution d'un arrêté d'application

Résumé :

Parution d'un arrêté d'application relatif au tiers payant coordonné
Procédure A - CMU
(Journal Officiel du 15/06/00 - arrêté du 26/05/00)

Pièces jointes : 4

Liens :

Date d'effet :

Dossier suivi par :

Téléphone :

Date de Réponse :

S.LEPEUDDRI/CAB B.MOREAUDDRI/DRIO M.JOUINACA M.SADOULDAR/DMO

01.42.79.33.94

01.42.79.34.36

01.42.79.32.47

01.42.79.33.92

**Direction Déléguée aux Risques
Agence Comptable**

28/06/2000

Mesdames & Messieurs les Directeurs
Mesdames & Messieurs les Agents Comptables

Origine :
DDRI
AC

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

Pour attribution

N/Réf. : DDRI n° 81/00
AC n° 31/00

Objet : Tiers payant coordonné Procédure A – Parution d'un arrêté d'application.

I. LES TEXTES

1. Le dispositif conventionnel

Dès la parution de la *Loi n°99-641 du 27 juillet 1999*, qui faisait bénéficier du tiers payant intégral les personnes relevant de la CMU et celles qui s'étaient inscrites auprès d'un médecin référent, les Fédérations des Organismes Complémentaires et la CNAMTS ont établi deux procédures de tiers payant permettant au médecin de recevoir un seul paiement pour les actes et prestations effectués.

L'accord du 2 décembre 1999 en précise le cadre, le contenu et les dates de mise à disposition des procédures A et B.

Dans la procédure A, la caisse primaire liquide la part obligatoire, mais également la part complémentaire, l'organisme complémentaire lui ayant donné délégation. Le paiement au professionnel de santé est effectué par l'organisme de base.

Cette démarche a été concrétisée par la rédaction et la signature au niveau national de deux conventions-types Procédure A, l'une pour le médecin référent, l'autre pour la Couverture Maladie Universelle, qui ont été diffusées aux caisses primaires pour être proposées à la signature des organismes complémentaires locaux.

Ces documents ont permis, lorsque les organismes complémentaires les ont signés, la mise en œuvre du tiers payant coordonné avant la parution de l'ensemble des textes réglementaires d'application.

2. Le dispositif législatif et réglementaire

En application de la loi susvisée, le décret du 21 décembre 1999 explicite le dispositif qui prévoit, à l'instar des conventions signées, deux procédures de tiers-payant coordonné.

Certaines conditions d'application devaient être précisées par arrêté.

Deux arrêtés ont été publiés au Journal Officiel des 15 et 16 juin 2000. Ils concernent :

- la mise en œuvre de la dispense d'avance des frais dans le cadre de la procédure A/CMU
- le contenu de l'attestation remise au bénéficiaire de la CMU.

Le premier arrêté ne prévoit plus le versement d'avances par les organismes complémentaires, ce qui simplifie le dispositif pour les Caisses. Une convention financière sera signée entre le Fonds de Financement de la protection complémentaire et la CNAMTS qui prendra en compte l'avance de trésorerie faite par les organismes de base aux organismes de protection complémentaire.

L'arrêté de mise en œuvre de la dispense d'avance des frais dans le cadre de la procédure B est en cours de publication.

a) Conséquences pratiques

Les organismes complémentaires doivent appliquer le dispositif prévu par l'arrêté paru le 15 juin 2000 dans l'attente de la publication de celui concernant la procédure B. Ils pourront alors choisir l'une ou l'autre des procédures.

Le paiement unique simplifie les contraintes administratives du professionnel de santé car il n'a en matière de paiement qu'un seul interlocuteur et une seule procédure à gérer.

Cependant, il peut souhaiter ne pas en bénéficier pour tout ou partie de son activité. Il l'indique lors de sa facturation, en utilisant la procédure en vigueur pour les pharmaciens : en positionnant à la valeur R le numéro de l'organisme complémentaire dans la norme de télétransmission B 2.

Cependant, en application de l'article R 161-42 et conformément à l'accord bilatéral signé le 8 juillet 1999 avec les organismes complémentaires, les informations télétransmises au régime obligatoire doivent correspondre à l'intégralité de la dépense de soins engagés.

La lettre-type à adresser aux professionnels de santé vous sera adressée ultérieurement, qui notamment les sensibilisera sur la nature des informations non médicalisées pouvant être transmises.

b) Les modifications à apporter au dispositif défini dans la convention-type

Pour la CMU

L'arrêté explicitant l'ensemble des aspects permettant la mise en œuvre de la procédure A, le maintien d'une convention ne se justifie plus, et il n'est plus nécessaire de signer des accords particuliers au niveau local. Dès la parution de l'arrêté, la procédure A est donc applicable.

L'alinéa 4 de l'article 9 de la convention-type a prévu en ce cas la résiliation de l'accord.

La convention n'existant plus, une fiche de renseignements, dont un modèle est joint en **annexe 1**, devra être complétée par votre organisme puis transmise à chaque organisme complémentaire ayant des bénéficiaires de la CMU dans votre Caisse. Les organismes complémentaires devront vous retourner cette fiche dûment complétée.

Le droit à la CMU et au bénéfice de la dispense d'avance des frais est justifié par la présentation au professionnel de santé de la carte Vitale et de l'attestation CMU. Lorsqu'un assuré a choisi un organisme complémentaire, la caisse primaire procède à l'enregistrement au fichier assuré de l'adhésion à l'organisme complémentaire et l'en informe sans délai.

Pour le médecin référent

Il n'existe pas de dispositif qui puisse prendre en charge au niveau national les avances qui seraient faites par les organismes de base pour le compte des organismes complémentaires. La position à adopter vous sera précisée ultérieurement.

II. LES MODALITÉS COMPTABLES ET FINANCIÈRES D'APPLICATION DU DISPOSITIF

L'arrêté ministériel relatif à la procédure A de tiers payant coordonné applicable dans le cadre de la CMU introduit les évolutions suivantes en matière comptable et financière :

1. Suppression des avances versées par les organismes complémentaires préalablement au démarrage de la procédure

A compter de la date de parution de l'arrêté, excepté en cas de dérogations prévues à l'article D. 861-5 du code de la sécurité sociale, les organismes complémentaires inscrits sur la liste établie par le Préfet qui mettront en œuvre la procédure A, le feront sans effectuer au préalable une avance de trésorerie.

Le système d'avance étant supprimé, les Caisses d'Assurance Maladie devront reverser aux organismes complémentaires concernés, les montants des avances versées.

Toutefois, des accords avec les organismes complémentaires peuvent être convenus au niveau local pour imputer sur ces avances les montants des prestations dus au titre de la part complémentaire jusqu'à compensation partielle ou totale du montant de l'avance.

L'impact sur la trésorerie du régime général sera pris en compte au niveau de la CNAMTS, par le fonds de financement de la protection complémentaire de la CMU.

Afin de mesurer l'incidence sur la trésorerie, les CTI devront adresser quotidiennement à la CNAMTS de nouveaux fichiers nommés APC, constitués par l'application ARC et comportant les données suivantes, par date PM, par Caisse et par organisme complémentaire concerné par la procédure A :

- montant des prestations complémentaires liquidées pour le compte de l'organisme complémentaire,
- montant et date des remboursements effectués par l'organisme complémentaire.

Le montant des parts complémentaires liquidées par la Caisse est enregistré automatiquement dans l'application ALCOR, en débit du compte de l'organisme complémentaire. En revanche, il appartient aux Caisses de saisir dans la grille ALCOR correspondante (Cf. modèle en **annexe 2** de la circulaire) la somme versée par l'organisme complémentaire en remboursement des prestations liquidées, le sens de cette opération (crédit), le numéro de l'organisme complémentaire payeur et la date de versement figurant sur le relevé bancaire ; suite à cette saisie, la somme remboursée par l'organisme complémentaire sera imputée automatiquement par l'application ALCOR au crédit du compte 4578884x – "Organismes Complémentaires – CMU – Procédure A – Virements".

Un rapprochement à la CNAMTS des montants liquidés, des montants remboursés et des dates de versement permettra de réaliser le suivi de trésorerie pour chaque organisme complémentaire concerné.

2. Aménagement des délais de remboursement de la part complémentaire

Un seuil de 3000 F. est instauré, qui détermine le délai de remboursement des sommes dues par l'organisme complémentaire :

- lorsque le montant cumulé dû par l'organisme complémentaire atteindra 3000 F., l'organisme devra régler la somme à la Caisse dès la connaissance du dépassement de ce seuil, qui se fera
 - soit au vu des relevés des prestations complémentaires reçus quotidiennement des Caisses via NOEMIE,
 - soit au vu des états journaliers issus du programme TARMUT TXJ510, transmis par la caisse dans le cas où l'organisme complémentaire ne procéderait pas à des échanges informatisés.
- en revanche, si le montant dû par l'organisme complémentaire est inférieur ou égal à 3 000 F., le règlement à la Caisse pourra s'effectuer à la fin du mois civil concerné, au vu d'un état mensuel récapitulatif des parts complémentaires liquidées. Cet état, issu du programme TARMUT TXM520, sera donc à transmettre aux organismes complémentaires à des fins de remboursement.

Cet état mensuel, ainsi que l'état journalier issu du programme TARMUT TXJ510 font apparaître une ligne spécifique intitulée "opérations à régulariser" et correspondant aux montants des indus constatés et non recouvrés.

En effet, il est apparu plus juste d'un point de vue financier d'obtenir des organismes complémentaires le remboursement des prestations effectivement décaissées et non des prestations enregistrées en comptabilité qui intègrent les montants des indus non récupérés financièrement.

Ainsi, il conviendra de demander aux organismes complémentaires de régler le montant des prestations complémentaires réellement payé par la Caisse au cours du mois considéré (dans le cas où le seuil de 3000 F. n'est pas atteint) ; ce montant est isolé sur l'état TARMUT. Lorsque les indus auront été récupérés, les montants devront être reversés aux organismes complémentaires concernés ou déduits des sommes que l'organisme complémentaire devra rembourser.

Il est à noter que le retour NOEMIE effectué quotidiennement vers les organismes complémentaires est le reflet exact de la liquidation et donc intègre les montants négatifs ; il n'y a pas une ligne spécifique correspondant aux opérations à régulariser.

La nouvelle version 00.03 de l'application ALCOR prend en compte cette notion de seuil : un nouvel état intitulé "Bilan des seuils" (dont un modèle est joint en **annexe 3**) permet de comparer, par rapport au seuil de 3000 F., le solde (cumul débit moins cumul crédit) observé au niveau de chaque organisme complémentaire appliquant la procédure A. En cas de dépassement du seuil, les montants apparaîtront en rouge à l'écran sur l'état ALCOR (et seront précédés d'un astérisque à l'édition) et la Caisse devra en informer l'organisme complémentaire pour obtenir rapidement le remboursement des sommes dues.

3. Détermination des délais de remboursement du professionnel ou de l'établissement de santé

Excepté dans les cas mentionnés dans l'article 2 de l'arrêté, le délai maximum de remboursement est fixé à :

- 8 jours ouvrés en cas de transmission de feuilles de soins électroniques,
- 21 jours ouvrés dans le cas de feuilles de soins papier, ce délai étant augmenté de 15 jours ouvrés lorsque l'organisme d'Assurance Maladie dont relève le bénéficiaire des soins est différent de celui dont dépend le professionnel ou l'établissement de santé.

Il est précisé que la procédure de paiement tiers différé que vous auriez paramétrée dans l'application PM s'applique à toutes les prestations, donc y compris celles relatives à la CMU.

Aussi, votre attention est attirée sur cette procédure qui pourrait conduire à ne pas respecter les délais de paiement fixés dans l'arrêté, compte tenu des paramètres pris en compte.

4. Rémunération du service rendu différente selon le support (électronique ou papier) utilisé lors des échanges d'informations entre l'organisme de base et l'organisme complémentaire

La convention-type relative à la procédure A – CMU, qui devient caduque du fait de la parution de l'arrêté, prévoyait de rémunérer le service rendu par la Caisse à l'organisme complémentaire, sur la base d'un tarif unique fixé à 0,85 F. (hors taxes et hors frais de télétransmission) par décompte lien d'archives. En effet, la mise en œuvre de la procédure A par un organisme complémentaire impliquait obligatoirement l'adhésion de cet organisme à la convention d'échanges informatisés NOEMIE.

L'arrêté autorise à présent les organismes complémentaires à utiliser jusqu'au 1^{er} mars 2001 un support papier dans leurs échanges avec les Caisses ; par conséquent, un tarif différent est prévu par l'arrêté dans le cas d'échanges non informatisés, égal à 6 F. hors taxes par décompte. Néanmoins, le tarif fixé à 0,85 F. reste inchangé dans le cas d'échanges informatisés.

Les modalités de facturation prévues initialement dans la convention sont maintenues, à savoir : le règlement par l'organisme complémentaire dans le mois qui suit la présentation de la facture établie trimestriellement à terme échu, l'allongement de la périodicité d'émission de la facture en cas de faibles montants et d'accord avec les organismes complémentaires concernés.

La facture à présenter aux organismes complémentaires pour rémunération du service rendu devra être établie à partir des états mensuels issus du programme TXM520 et totalisant les décomptes traités ; un modèle de l'état est joint en **annexe 4**.

III. AUTRES ÉVOLUTIONS RELATIVES À LA PROCÉDURE A

Les versions informatiques qui prennent en compte les évolutions liées à l'arrêté et analysées ci-dessus, intègrent également d'autres évolutions concernant la comptabilisation des parts complémentaires liquidées par la Caisse pour le compte des organismes complémentaires.

En effet, depuis la mise en place de ces versions informatiques, les parts complémentaires réglées dans le cadre de la CMU selon la procédure A de tiers payant coordonné, ne sont plus ventilées dans un compte unique 4578884x (x dépendant de la catégorie de l'organisme complémentaire) mais dans un des trois comptes suivants :

- "4578884x - Organismes complémentaires - CMU – Procédure A - Virements",
- "45788861x - Organismes complémentaires - CMU – Procédure A - Paiements manuels Agence Comptable",
- "45788862x - Organismes complémentaires - CMU – Procédure A - Constats d'indus".

Le premier compte enregistre les montants des parts complémentaires qui ont fait l'objet d'un paiement automatique par les systèmes informatiques.

Le deuxième compte correspond aux montants des prestations complémentaires payés manuellement par l'Agence Comptable de la Caisse (Sans règlements positifs).

Le troisième compte enregistre les parts complémentaires qui ont fait l'objet d'une régularisation négative et donc d'un constat d'indu. Il correspond au montant des sans règlements négatifs qui figure sur la ligne "opérations à régulariser" des états TXJ510 et TXM520.

Exemples d'opérations :

Prestation payée par les systèmes informatiques	PO = 100	PC = 40
<i>Prestation ayant fait l'objet d'un sans règlement positif</i>	<i>PO = 80</i>	<i>PC = 20</i>
Régularisation négative (SAN < 0)	PO = -50	PC = -10
<u>Récupération de l'indu et reversement à l'organisme complémentaire concerné</u>	<u>PO = -50</u>	<u>PC = -10</u>

PO = part obligatoire

PC = part complémentaire

Il est à noter que dans les exemples cités, la somme demandée en remboursement aux organismes complémentaires représentera 60 F. (40+20).

Traduction comptable de ces opérations :

- Flux PRESTIJ :

classe 6	180 (=100+80)
4578884x	40
45788861x	20
47511	60 (=50+10)
à 47511	190 (=100+80+40+20)
45788862x	10
classe 6	50

- Flux financier :

47511	140 (=100+40)
à T5	140 (=100+40)

- Ecritures relatives au sans règlement positif (paiement manuel Agence Comptable) :

47511	100 (=80+20)	
à 406	100 (=80+20)	
406	100 (=80+20)	} Lors du paiement Agence comptable
à T5	100 (=80+20)	
4578884x	20	} Lors du remboursement par l'organisme complémentaire du montant relatif au SAN > 0 (1)
à 45788861x	20	

(1) Cette écriture permet de solder le compte 45788861x ; en effet, la totalité du montant versé par l'organisme complémentaire en remboursement des prestations payées pour son compte, qui inclut les sans règlements positifs, est imputée au crédit du compte 4578884x.

Écritures relatives à la gestion de l'indu :

406	60 (=50+10)	
à 47511	60 (=50+10)	
46111	60 (=50+10)	} Lors du constat de l'indu
à 406	60 (=50+10)	

T5		60 (=50+10)	}	
			}	Lors de la récupération de l'indu
à	46111	60 (=50+10)	}	
45788862x		10	}	
			}	Lors du reversement à l'organisme
à	T5	10	}	complémentaire du montant de l'indu

En conclusion, les schémas d'écritures comptables pour ces quatre opérations sont les suivants :

656xxx		4578884x		45788861x	
100**	50**	40**	60◇	20**	20◇
80**		20◇			
45788862x		46111		406	
<u>10•</u>	10**	50•	<u>50•</u>	50•	80◆
		10•	<u>10•</u>	10•	20◆
				80◆	50•
				20◆	10•
47511		5			
100°	100**	<u>50•</u>	100°		
40°	40**	<u>10•</u>	40°		
80◆	80**	60◇	80◆		
20◆	20**		20◆		
50**	50•		<u>10•</u>		
10**	10•				

** Flux PRESTIJ

° Flux financier

◆ Comptabilisation du sans règlement positif

• Comptabilisation du sans règlement négatif

◇ Comptabilisation du montant remboursé par l'organisme complémentaire

Remarque sur la procédure relative aux médecins référents :

Les montants relatifs à la procédure A des médecins référents font également l'objet d'une ventilation entre l'un des trois comptes "Virements", "Paiements manuels Agence Comptable", "Constats d'indus" ; seuls les numéros de compte changent, comme suit :

- "4578883x - Organismes complémentaires – Médecins référents – Procédure A - Virements"
- "45788851x - Organismes complémentaires - Médecins référents – Procédure A - Paiements manuels Agence Comptable"
- "45788852x - Organismes complémentaires - Médecins référents – Procédure A - Constats d'indus"

Dès la parution de l'arrêté concernant la procédure B, une circulaire d'application vous sera diffusée.

Nos services sont à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Le Directeur,

L'Agent Comptable,

Gilles JOHANET

Alain BOUREZ

N° (1) :

Adresse :

Contact téléphonique ⁽²⁾ :

Nom :



Procédure informatique ⁽³⁾ :

OUI ☐

NON ☐

Etablissement	Codes	Guichet	N° de compte	Clé RIB

- (1) Numéro NOEMIE à 8 chiffres
- (2) Coordonnées de la personne pouvant être contactée en cas de nécessité
- (3) Cocher la case correspondante
- (4) Compte bancaire sur lequel seront effectués les virements financiers correspondant aux remboursements des prestations complémentaires

Signature de l'Organisme Complémentaire

@NV

ANNEXE 4

ETAT MENSUEL RECAPITULATIF DES DECOMPTES CMU TRAITES

ETAT: MUT-NBR EMET: 01 845 CPAM DE CAVAIL DATE: 28042000 PROG: TXM520

PAGE :

ORGANISME COMPL : 000125104 MUTUELLE NUMERO DIX

MOIS DE AVRIL 2000

TOTALISATION DES DECOMPTES TRAITES

JOURNEE COMPTABLE	DECOMPTES CMU			DECOMPTES REFERENT			DECOMPTES NON CMU	
	PROC A		PROC B	PROC A		PROC B	NOEMIE 1	NOEMIE 3
	NOEMIE	PAPIER						
03/04/2000	1	0	0	0	0	0	0	5
04/04/2000	4	0	0	0	0	0	0	5
05/04/2000	2	0	0	0	0	0	0	3
28/04/2000	1	0	0	0	0	0	0	5
TOTAL	x	0	0	0	0	0	0	x