

**Date :**  
13/07/2000

**Origine :**  
DDRI  
AC

**Réf. :**  
DDRI      n°      88/2000  
AC        n        34/2000  
            n        /  
            n        /

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

Pour attribution

**Plan de classement :**

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

**Titre :**

Informations sur la mise en place du tiers payant coordonné

**Résumé :**

Informations sur la mise en place du tiers payant coordonné

**Pièces jointes :** 0

**Liens :**

**Date d'effet :**

**Dossier suivi par:**

**Téléphone :**

**Date de Réponse :**

S Lepeu DDRI - M Jouin ACA - M Sadoul DAR/MOP - B Moreau DDRI/DRIO  
Tél. 01.42.79.33.94 01.42.79.32.47 01.42.79.33.92 01.42.79.34.36

**Direction Déléguée  
aux Risques  
Agence Comptable**

13/07/2000

Mesdames et Messieurs les Directeurs et Agents Comptables

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

**Origine :**  
DDRI  
AC

Pour attribution

**N/Réf. :** DDRI N° 88/00  
AC N° 34/00

**Objet :** Informations sur la mise en place du tiers payant coordonné

**1. L'ensemble des textes nécessaires à la mise en œuvre du tiers payant est paru :**

- Article L 861-3 (article 20 de la Loi du 27 juillet 1999)
- Décret n° 99-1079 du 21 décembre 1999
- Arrêté du 26 mai 2000
- Arrêté du 28 juin 2000
- Signature de la convention fonds de financement CNAMTS le 4 juillet 2000

## **2. Décision de la Commission de Gestion Administrative du 11 juillet 2000 concernant le tiers payant médecin référent**

Afin d'harmoniser les procédures et d'éviter la signature de conventions avec une avance de fonds, les administrateurs autorisent les caisses primaires à financer l'avance de trésorerie pour le tiers payant médecin référent. Cette décision est en attente d'approbation par les Tutelles.

## **3. La mise en œuvre**

### ***Professionnel de santé ou établissement***

Le professionnel de santé ou l'établissement a droit à un interlocuteur unique et à un paiement unique. Il peut, au cas par cas, et à sa convenance, y renoncer et demander un paiement séparé.

Il doit, dans ce cas, indiquer qu'il ne souhaite pas bénéficier du paiement unique

- soit en inscrivant sur la feuille de soins la lettre R dans la case en bas à droite "l'assuré n'a pas payé la part complémentaire",
- soit en télétransmission, en renseignant la zone N° d'organisme complémentaire par la lettre R.

### ***Organismes Complémentaires***

Les textes d'application pour le tiers payant coordonné étant parus, la solution provisoire permettant l'utilisation de Noémie 1 exposée dans la note du 11 janvier 2000 ne se justifie plus.

Seule la procédure A s'applique tant que la procédure B n'est pas opérationnelle.

### **LA PROCÉDURE A**

Circulaire du 28 juin 2000 (DDRI n° 80 et AC n°31/2000)

- Les conventions n'ont plus lieu d'être. Les modalités de suppression des avances sont précisées dans la circulaire.
- Envoi à l'ensemble des organismes complémentaires de l'annexe 1 de la circulaire.
- Mise à jour de l'indicateur "procédure" à la valeur A et de l'indicateur suivi de la procédure à la valeur L dans la base Organismes Complémentaires.

- Mise à jour de la rubrique MUB (organisme complémentaire) ou FAC

La création et mise à jour du contrat 89, seul significatif de CMU complémentaire est de votre responsabilité.

Vous devez donc enregistrer au FAC le contrat 89 de l'accord suite au calcul des ressources.

Cet enregistrement peut s'effectuer en utilisant :

- Laser
- la saisie informatique MUTFG
- le logiciel MB – mise à jour transactionnelle du FAC (une maintenance est en cours pour permettre la mise à jour sous condition)

Si la complémentaire est différente de la CPAM, faire la mise à jour en conservant l'historique des contrats précédents –par consultation du FAC.

Il convient de demander aux organismes complémentaires de ne pas envoyer un mouvement en référence 408 qui écraserait le contrat 89.

Une maintenance est en cours pour interdire aux organismes complémentaires de créer, mettre à jour et annuler un contrat 89.

Les Organismes Complémentaires devant être avertis au plus tôt de la mémorisation pour leur compte d'un nouvel adhérent CMU, il faut leur retourner par la référence "929" les mises à jour les concernant.

Vous devez donc modifier la table de paramétrage 632 pour autoriser ce retour pour des mises à jour effectuées par vos soins.

## **LA PROCÉDURE B**

Deux conditions préalables doivent être remplies pour que cette procédure soit utilisable :

- L'intégration de la dernière version informatique dans le système national. Une première version négociée sur la base de la convention-type a été livrée fin mars 2000, comme prévu dans le protocole. Elle a dû être modifiée pour tenir compte des aménagements apportés par le Ministère dans l'arrêté et de nouvelles demandes présentées par les organismes complémentaires. La dernière version devrait être livrée fin juillet 2000 aux CTI pour une utilisation début septembre.

- La validation au niveau national des logiciels proposés par les fédérations nationales représentant les organismes complémentaires.

Afin de s'assurer de la capacité des systèmes informatiques des régimes complémentaires à procéder à des échanges avec le système national de l'assurance maladie, il a été proposé aux fédérations nationales de procéder à des tests de validation avec pour chacune le logiciel de leur choix.

Cette opération est en cours et devrait être terminée en août 2000.

A l'issue de cette phase, la procédure B sera disponible.

Pour être utilisée, il faut :

- que l'organisme complémentaire en fasse la demande auprès de la caisse primaire.
- Qu'il fasse la preuve de la capacité du logiciel qu'il utilise à procéder à des échanges en norme Noémie avec l'organisme de base.

Si des difficultés apparaissent dans le fonctionnement de la procédure B, ne permettant pas le respect du délai de paiement des professionnels et établissements de santé, l'article 1 de l'arrêté prévoit que la caisse primaire règle le professionnel ou l'établissement selon la procédure A et se fasse rembourser ensuite par l'organisme complémentaire.

L'Agent Comptable

Sylvie LEPEU

Alain BOUREZ