

Date :
24/10/2001

Origine :
CABDIR
AC

Réf. :
CABDIR n° 14/2001
AC n° 50/2001
n° /
n° /

MMES et MM les Directeurs et 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 Réunion
(Pour attribution)

MMES et MM les Directeurs
des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
(Pour information)

Plan de classement :

25	26	44				
----	----	----	--	--	--	--

Titre :

Explosion de l'usine AZF de Toulouse du 21 septembre 2001

Résumé :

Mise en place de mesures exceptionnelles en faveur des victimes de la catastrophe survenue à Toulouse le 21 septembre 2001.

Pièces jointes : 6

Liens :

Date d'effet :
Dossier suivi par:
Téléphone :

Date de Réponse :

**Cabinet du Directeur
AC**

24/10/2001

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

Origine :
CABDIR
AC

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux
Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Chefs de Service des
Echelons Locaux
Monsieur le Médecin Chef de Service de la Réunion
(Pour attribution)

Mesdames et Messieurs les Directeurs
des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
(Pour information)

N/Réf. : CABDIR n° 14/2001 - AC n° 50/2001

Objet : Explosion de l'usine AZF de Toulouse du 21 septembre 2001

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint la lettre ministérielle du 12 octobre 2001 relative à la mise en place de mesures exceptionnelles en faveur des victimes de la catastrophe survenue à TOULOUSE le 21 septembre 2001.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités pratiques d'application de ces dispositions.

1. PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

1.1 Personnes concernées

Les assurés et leurs ayants droit, titulaires ou non d'une couverture complémentaire, victimes de l'explosion de l'usine AZF ou blessés en aidant bénévolement les blessés ou en participant aux travaux d'urgence sont visés par le dispositif. Ils doivent avoir reçu des soins dans les 8 jours. Au delà, l'avis du service médical est sollicité.

1.2 Prestations concernées

Seules, les prestations en nature sont visées. Les prestations en espèces sont attribuées dans les conditions habituelles. Il conviendra toutefois de ne pas opposer le délai de 48 heures en cas de réception tardive de l'avis d'arrêt de travail.

1.2.1 Prise en charge du ticket modérateur

Pour les personnes ne bénéficiant pas de la CMU complémentaire ou d'une exonération réglementaire ($K > 50$, affections listes..), les frais sont pris en charge à 100% dans la limite des tarifs de responsabilité des caisses.

1.2.2 Prise en charge au delà du tarif de responsabilité

Des dépassements de tarifs, voire une prise en charge à hauteur des frais réels pourront être accordés, après avis du service du contrôle médical, pour certaines prestations (produits sanitaires inscrits au TIPS, prothèses dentaires ...)

1.2.3 Prestations hors champ de l'assurance maladie

A titre exceptionnel et après avis du service du contrôle médical, des prestations hors champ de l'assurance maladie (par exemple, prestations hors nomenclature ou non prévues au TIPS) peuvent être prises en charge.

1.2.4 Les frais de transport

Les frais de transport exposés par les victimes en vue de recevoir des soins ou de subir des examens doivent être pris en charge au titre des prestations légales lorsque les conditions de droit commun sont remplies (art R 322.10 à R 322.11 du CSS). Ceux n'entrant pas dans le cadre du droit commun seront pris en charge au titre des prestations d'action sanitaire et sociale.

La prise en charge des rapatriements de victimes hospitalisées dans un établissement de l'agglomération toulousaine vers un établissement d'hospitalisation plus proche du domicile ou de la famille pourra être accordée aux personnes en grande détresse après un examen au cas par cas.

1.2.5 Les frais d'hospitalisation

En ce qui concerne les frais d'hospitalisation pour permettre la prise en charge exceptionnelle du ticket modérateur et du forfait journalier, les établissements de santé (établissements de santé publics et privés sous dotation globale et établissements de santé privés sous OQN) adresseront systématiquement les factures concernant la part des frais d'hospitalisation, de consultations et de soins externes restant à la charge des victimes, à la caisse d'affiliation de l'assuré qui en assurera le règlement dans sa totalité, même dans l'éventualité où l'assuré bénéficie d'une couverture complémentaire.

Aucune facture ne doit être présentée par les établissements aux victimes sauf exigences particulières (chambre individuelle...).

Chaque facture, l'imprimé " titre de recettes " pour les établissements de santé publics ou privés participant au service public hospitalier, ou l'imprimé bordereau 615 pour les établissements privés, devra comporter la mention " catastrophe de Toulouse du 21 septembre 2001 ".

Lorsque la victime bénéficie d'une couverture complémentaire, l'établissement de santé joint à sa facture l'imprimé signé par l'assuré, subrogeant la caisse dans ses droits auprès des organismes d'assurance complémentaire (Cf modèle joint annexe n° 2).

Dans le cas où la victime a déjà payé le forfait journalier ou le ticket modérateur, elle devra présenter la facture acquittée par l'établissement de santé pour se faire rembourser par sa caisse primaire.

Ces mesures s'appliquent pour une durée de 6 mois à compter de l'accident.

1.3 Information de l'assuré

L'assuré sera informé par écrit de la décision exceptionnelle d'exonération du ticket modérateur (Cf lettre type Annexe 1).

Ce courrier :

- ✍ explicitera la portée de la décision et la durée d'exonération,
- ✍ demandera les coordonnées et la portée de l'assurance complémentaire,
- ✍ invitera l'assuré à retourner à la caisse l'imprimé de subrogation (annexe 2) pour les prestations réglées en tiers payant.

2 PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL- MALADIES PROFESSIONNELLES (AT-MP)

2.1 Champ d'application

2.1.1 Victimes de l'explosion

Des victimes de l'explosion ou de ses conséquences immédiates pouvaient se trouver soit au temps et au lieu du travail, soit en mission, soit sur le trajet tel que défini à l'article L.411-2 du CSS.

Il convient de rappeler que pourront donner lieu à reconnaissance du caractère professionnel, les traumatismes psychologiques dans les conditions précisées par la circulaire CNAMTS - DRP n°37/99 - ENSM n°40/99 du 10 décembre 1999.

2.1.2 Salariés intervenant bénévolement à la suite de l'explosion

Des salariés ont pu être victimes d'accidents alors qu'ils intervenaient à titre bénévole, avec l'autorisation de leur employeur afin d'assurer des travaux d'urgence en relation avec la catastrophe du 21 septembre dernier.

Conformément au vœu de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAMTS et aux instructions ministérielles, il y a lieu de prendre en charge les accidents survenus à l'occasion de cet acte de solidarité.

Sont concernées les personnes victimes d'accidents ayant eu lieu dans les 10 jours suivant l'explosion.

2.2. Prise en charge des soins

Tant les victimes "directes" que les bénévoles blessés lors de travaux ultérieurs bénéficient, selon les dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale, d'une prise en charge à 100 % dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.

Les mesures dérogatoires applicables à l'assurance maladie sont également retenues.

2.3 Modalités de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident

La coordination des CPAM ayant à connaître des déclarations établies dans le cadre de la catastrophe est évidemment nécessaire. Il convient de veiller particulièrement à l'égalité de traitement des usagers et à l'uniformisation des procédures dans l'instruction des dossiers.

2.3.1 Déclaration d'accident

• Pas de sanction en cas de DAT tardive

Les employeurs ayant pu eux-mêmes subir les conséquences de l'explosion et n'être pas en mesure d'accomplir normalement les formalités prévues, il convient, ainsi qu'il est précisé dans la lettre ministérielle, de ne pas opposer aux intéressés le délai de 48 heures prévu par l'article R.411-3 du CSS pour effectuer la déclaration d'accident du travail. Il est rappelé que les employeurs restent toutefois tenus de procéder à l'établissement des DAT.

• Report manuel d'une mention spéciale sur les DAT pour identification

Afin d'assurer un suivi des cas relevant de la catastrophe, il est nécessaire de repérer les dossiers présentés.

Aussi, il convient d'identifier les déclarations d'accident du travail de façon identique par toutes les caisses primaires. Il y a lieu d'inscrire sur chaque déclaration, très lisiblement, la mention : "catastrophe AZF - Victimes". Ces déclarations annotées seront ensuite regroupées et adressées au service tarification des CRAM. Si des DAT ont déjà été transmises à la CRAM, il sera nécessaire d'en envoyer un double annoté de la mention précitée.

• Cas particulier des bénévoles

En ce qui concerne les victimes intervenant à titre bénévole après l'explosion, la déclaration d'accident du travail devra être effectuée, dans les délais normaux, par l'employeur habituel qui devra mentionner précisément que la victime intervenait à titre bénévole avec son accord.

Il appartient aux CPAM concernées de vérifier lors de l'instruction du dossier que la victime intervenait bien dans ces circonstances au moment des faits.

La mention "catastrophe AZF - Bénévoles" sera portée sur chaque DAT avant transmission à la CRAM.

2.3.2 Dispense d'enquête légale

Les services ministériels, compte tenu des circonstances, ont décidé que les CPAM étaient dispensées, à titre exceptionnel, de faire procéder à l'enquête légale prévue à l'article L.442-1 du CSS.

2.3.3 Rôle de coordination de la CPAM de Toulouse

La caisse primaire de Toulouse, concernée au premier chef de par le nombre de DAT relevant de sa compétence, assure le rôle de caisse pivot en ce qui concerne l'instruction des DAT. Aussi, en tant que de besoin, elle pourra être sollicitée par les caisses primaires ayant à instruire des DAT de victimes relevant de leur secteur pour apporter des précisions et assurer l'uniformité de traitement des dossiers.

La CPAM de Toulouse a mis en place une cellule de coordination dont le responsable est M. Gilbert TAILLEFER. Il peut être contacté au 05.62.73.84.07 pour tout problème concernant la catastrophe (tous risques confondus).

En ce qui concerne plus particulièrement le risque accident du travail, la responsable est Mme Michèle VITAL (05.62.73.80.30).

2.4 Relations CPAM/CRAM et conséquences en matière de tarification

Comme il a été précisé précédemment, les CPAM concernées, après avoir procédé à l'identification des DAT, les transmettront aux CRAM après regroupement.

En ce qui concerne les conséquences directes en matière de tarification du risque AT/MP, aucune disposition particulière n'est envisagée pour ce qui est des victimes "directes" de l'explosion. En revanche, il a été décidé que les conséquences financières liées à l'accident survenu à un salarié intervenant à titre bénévole à la suite de la catastrophe (DAT établie par l'employeur habituel) ne devront pas être imputées au compte de l'employeur.

Les modalités d'application de ces dispositions par le service de tarification des AT/MP des CRAM feront l'objet d'une circulaire ultérieure.

3. ROLE DU SERVICE MEDICAL

D'une manière générale, le service médical, en lien étroit avec la caisse d'affiliation, doit faciliter la prise en charge des victimes en leur évitant toute démarche inutile. Ainsi, il doit répondre à toute question impliquant un avis médical.

En particulier, il se prononce au cas par cas, à la demande de la caisse primaire, pour chaque victime ou bénévole blessé :

- sur l'imputabilité à l'accident des lésions déclarées au-delà du 29 septembre 2001;
- sur la nécessité médicale de certaines prestations (produits sanitaires inscrits au TIPS, prothèses dentaires...) et pour permettre le dépassement de tarif à la hauteur des frais réels ;
- sur la nécessité médicale de la prise en charge de prestations hors champ de l'Assurance Maladie (prestations hors nomenclature ou non prévues au TIPS...).

Il participe au suivi des personnes concernées :

- en mettant en œuvre les dispositions de l'art. L. 324-1 du CSS lorsque les soins (et/ou l'arrêt de travail) sont susceptibles d'être prolongés au-delà de 6 mois avec éventuellement, en raison de la gravité des lésions ou de leurs conséquences, exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD 30, d'une affection "hors liste" ou d'une polypathologie invalidante, et en développant, si nécessaire, les mesures de prévention de l'invalidité (dont la réadaptation au travail...);

- en assurant, dans les conditions habituelles, son rôle dans la prise en charge des accidentés du travail ;
- en participant aux recours de la caisse primaire contre un tiers responsable et à toutes autres actions contentieuses engagées par celle-ci.

Remarque : afin d'éviter des convocations inutiles ou des expertises répétées, le praticien conseil devra s'appuyer, dans la mesure du possible, pour ses décisions à prendre dans le cadre du suivi des victimes sur les expertises judiciaires lorsque celles-ci sont diligentées.

Pour que les prises en charge de prestations, notamment celles effectuées à titre dérogatoire, s'appliquent dans les mêmes conditions pour chaque victime, l'ensemble des actions doivent être coordonnées.

Le docteur Christian CAPDEVIELLE, médecin conseil chef de service à la direction régionale du service médical de Midi-Pyrénées :

téléphone : 05.62.14.26.27

télécopie : 05.62.14.18.01

mail : christian.capdevielle@ersm.midipyr.cnamts.fr

est le responsable médical de cette coordination pour les échelons de la région Midi-Pyrénées et pour tout échelon local placé près d'une caisse primaire dont un affilié a été victime de l'accident du 21 septembre 2001.

Les échelons extérieurs à la région doivent signaler toute victime au docteur CAPDEVIELLE afin qu'il puisse, en collaboration avec le responsable de la cellule de coordination de la caisse primaire de Toulouse, indiquer les mesures dérogatoires à mettre éventuellement en œuvre.

4. INFORMATIQUE

Le principe est de régler à 100% dans le cadre d'un tiers-payant intégral, les prestations en rapport avec l'accident au titre d'une Couverture Maladie Exceptionnelle (CME).

4.1 Prise en charge

La procédure est initialisée sur déclaration par l'assuré d'un accident de travail ou de droit commun (ADC) et déclenche les opérations de gestion habituelles.

Dans le cas d'un ADC, le bénéficiaire se voit délivrer une attestation à présenter au professionnel de santé pour obtention du tiers-payant. Cette attestation implique la mise à jour de la rubrique mutuelle en BDO (MUB) dans les conditions décrites ci-dessous (Cf. pré-requis BDO).

4.2 Gestion de la part complémentaire

4.2.1 Mise à jour de la base MUTUELLES (ME)

Création au fichier Mutuelles d'un **Organisme Complémentaire spécifique « CME »** (n° 75631315) dont les attributs sont déclinés en ANNEXE (annexes 3 et 3-1)

L'adresse à retenir est celle de la CPAM.

4.2.2 Mise à jour TARMUT

Pour l'OC et le n° de contrat précités (Cf modèle d'annexe 3-2) :

- Enregistrement de l'acte "général" de valeur «**AAAA** » et des actes particuliers **FJ; FJA; PJC, FJC** pour l'hospitalisation.
- Enregistrement des prestations répertoriées au TIPS ainsi que les prothèses dentaires (SPR, PRO).

4.3 Modalités de saisie

Selon le contexte de l'accident (AT/ADC), la liquidation s'effectue selon les procédures habituelles :

- Nature d'Assurance AT : saisie d'une date d'AT au **21/09/2001**.
- Nature d'Assurance AS : alimenter le champ Date Recours au **21/09/2001**.

Lorsque le professionnel de santé indique que l'assuré n'a pas payé la part complémentaire, saisir en DRG = TC.

Pré requis BDO :

Vérifier à la BDO la rubrique MUB et selon le cas :

- **MUB : contrat 89 en cours :**
 - le bénéficiaire est pris en charge dans le cadre du panier de biens CMU.
- **MUB : contrat # 89 en cours :**
 - Modifier la rubrique en positionnant une date de fin de contrat pour l'OC existant au 20/09/2001.
 - Créer l'OC = CME, avec un contrat 01 avec les dates [21/09/2001 → 21/03/2002].
 - Recréer le contrat de l'OC initial avec les dates [22/03/2002 → date fin réelle initiale].
- **MUB : vide :**
 - Créer l'OC = CME, avec les dates [21/09/2001 → 21/03/2002].

4.4 Suivi financier

Pour établir le montant des sommes à récupérer auprès des OC :

- Exploitation des éditions issues du programme de tarification complémentaire (TXJ510 ; TXM520).
- Identification des OC cédantes en date du 21/09/01 par requêtes MIAM (Table VMLL).

5. PRISE EN CHARGE SUR LE FNASS

Il appartient à chaque CPAM d'intervenir auprès de l'organisme complémentaire pour obtenir le remboursement des prestations payées pour son compte. Les éventuelles prestations qui resteront à la charge de la CPAM après remboursement de l'organisme complémentaire (ticket modérateur, dépassements de tarifs de responsabilité, prises en charge dérogatoires : prestations hors nomenclature, prestations non prévues au TIPS ou forfait journalier hospitalier) seront prises en charge, au titre des prestations supplémentaires et des aides financières individuelles, et hors conditions de ressources sur la dotation paramétrique d'action sanitaire et sociale attribuée par la CNAMTS.

Seule, la CPAM de Toulouse bénéficiera d'une dotation exceptionnelle, à ce titre, mais les caisses qui enregistreraient des dépenses importantes au regard du nombre des accidentés relevant de leur circonscription et n'auraient pas de crédits suffisants dans le cadre des fonds normalement mis à leur disposition, pourraient saisir la CNAMTS d'une demande de dotation spécifique.

Pour faciliter le déblocage des fonds, des procédures accélérées d'examen des situations individuelles devront être mises en place, tant pour la justification médicale des prises en charge que de l'étendue de la couverture des prestations ou appareillages à assurer.

6. DISPOSITIONS COMPTABLES

La part obligatoire des prestations sera comptabilisée selon les modalités habituelles et sera donc ventilée, automatiquement, dans les différents comptes de prestations des gestions "Maladie" et "Accidents du travail".

En ce qui concerne le règlement de la part complémentaire des frais (ticket modérateur, dépassements de tarifs, forfait journalier, ou prestations hors champ de l'assurance maladie...), il sera considéré comme "Couverture Maladie Exceptionnelle" (CME). Le règlement donnera lieu à comptabilisation manuelle dans COPERNIC :

- dans un premier temps, en classe 4, pour le montant total de la part complémentaire,
- dans un second temps, en charges de la gestion d'action sanitaire et sociale, pour la part résiduelle non prise en charge par les organismes complémentaires.

6.1 Règlement du montant total de la part complémentaire

Le règlement de la part complémentaire des frais sera comptabilisé, manuellement, au vu du bordereau RJE " Mutuelles" concernant l'organisme complémentaire "7563131 5", en classe 4, dans les comptes "TM/TA 4753331 - Recyclage Agence Comptable - Remboursement de soins".

6.2 Prise en charge, en classe 6, en gestion d'action sanitaire et sociale

La prise en charge complémentaire des dépenses sur le budget d'action sanitaire et sociale entraînera :

- la comptabilisation, en dépenses, des frais correspondants dans des comptes spécifiques créés à cet effet :
 - SM 656211281 - Aides financières AZF Toulouse (maladie)
 - SM 656221281 - Aides financières AZF Toulouse (AT)

La mise à jour correspondante du plan comptable national sera effectuée prochainement.

- L'octroi, en cas de besoin, de dotations complémentaires. Celles-ci seront imputées dans le compte " SM 7581131 - Dotations paramétriques"

7. RECOURS CONTRE TIERS

Si la thèse de l'accident est reconnue et que la responsabilité d'un tiers est établie, les caisses pourront engager une action récursoire à l'encontre du tiers. Compte tenu du caractère particulier de ce dossier, il serait souhaitable d'attendre la fin de l'instruction pénale.

Les caisses doivent d'ores et déjà constituer les dossiers recours et enregistrer les prestations en rapport avec l'explosion ou aux accidents liés à l'aide bénévole.

La caisse primaire de Toulouse assurera le rôle de caisse pivot pour les recours.
Les autres caisses concernées pourront contacter :

- | | |
|---------------|------------------|
| ➤ Mlle MONTI | ☎ 05.62.73.80.90 |
| ➤ Me BELOTTI | ☎ 05.62.73.80.95 |
| ➤ Me SALIERES | ☎ 05.62.73.85.97 |

Le Directeur

L'Agent Comptable

Gilles JOHANET

Alain BOUREZ

Pour tout problème que vous pourriez rencontrer, vous voudrez bien contacter :

Versant Administratif

Assurance maladie

- | | |
|---------------|------------------|
| ➤ Bruno NOURY | ☎ 01.42.79.32.63 |
|---------------|------------------|

Assurance Accident du travail / Maladies Professionnelles

- | | |
|----------------------|------------------|
| ➤ Florence CORDENNER | ☎ 01.45.38.60.21 |
|----------------------|------------------|

Transport

- | | |
|-------------------|------------------|
| ➤ Michèle PORTRON | ☎ 01.42.79.34.69 |
|-------------------|------------------|

Hospitalisation

- | | |
|--------------------|------------------|
| ➤ Claude POUILLOUX | ☎ 01.42.79.42.49 |
|--------------------|------------------|

Recours contre Tiers

- | | |
|----------------|------------------|
| ➤ Réjane GOUEL | ☎ 01.42.79.32.05 |
|----------------|------------------|

Versant Médical

- | | |
|--------------|------------------|
| ➤ Dr LAPORTE | ☎ 01.42.79.32.94 |
|--------------|------------------|

Informatique

- | | |
|-------------------|------------------|
| ➤ Bruno ASSOULINE | ☎ 01.42.79.30.18 |
|-------------------|------------------|

Action Sanitaire et Sociale

- | | |
|-------------------|------------------|
| ➤ Régine CONSTANT | ☎ 01.42.79.32.92 |
|-------------------|------------------|

Agence Comptable

- | | |
|-------------------|------------------|
| ➤ Françoise HUGOT | ☎ 01.42.79.36.33 |
|-------------------|------------------|

REPUBLIQUE FRANCAISE

*La Ministre de l'Emploi
et de la Solidarité*

*Le 12 octobre 2001
127, rue de Grenelle 75700 Paris 07 SP
Téléphone : 01 44 38 38 38
Télécopie : 01 44 38 20 10*

La Ministre de l'Emploi et de la Solidarité

à

Mesdames et Messieurs les Préfets de région
(DRASS)

Monsieur le directeur de la Caisse nationale
d'assurance maladie des travailleurs salariés

Objet : Prise en charge des victimes de Toulouse par l'assurance maladie et par l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP).

La catastrophe survenue à Toulouse nécessite la mise en oeuvre de mesures exceptionnelles afin d'assurer la prise en charge des frais de soins dispensés aux victimes dans des conditions adaptées à l'ampleur et à la gravité de cette catastrophe.

Ces mesures concernent les personnes qui ont reçu des soins hospitaliers ou ambulatoires consécutifs à l'explosion de l'usine AZF dans les huit jours qui ont suivi la date de cette explosion.

1) Prise en charge par l'assurance maladie

1 Toutes les victimes doivent bénéficier d'une prise en charge à 100 % de leurs frais de soins dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.

2 S'agissant de frais hospitaliers (établissements publics et privés), aucune facture ne doit être présentée aux victimes (sauf en cas d'exigence particulière : chambre particulière, par exemple). Pour permettre une gestion simple, les établissements adresseront systématiquement les factures concernant la part des frais d'hospitalisation, de consultations et de soins externes restant à la charge des victimes, à la caisse d'affiliation de l'assuré qui en assurera le règlement dans sa totalité même dans le cas où cet assuré bénéficie d'une couverture complémentaire. Chaque facture devra être identifiée par une mention ou un code spécifique et accompagnée, si possible, d'une déclaration de l'assuré subrogeant la caisse dans ses droits auprès des organismes d'assurance complémentaire.

3 Les frais de transport exposés par les victimes en vue de recevoir des soins ou de subir des examens mais qui ne sont pas pris en charge au titre des prestations légales d'assurance maladie le seront au titre des prestations supplémentaires d'action sanitaire et sociale. La prise en charge du rapatriement de victimes d'un établissement d'hospitalisation de l'agglomération toulousaine vers un établissement d'hospitalisation plus proche de leur domicile ou de leur famille pourra être accordée aux personnes en grande détresse près un examen au cas par cas.

Un examen au cas par cas par la caisse primaire et si nécessaire, notamment pour les appareillages les plus onéreux, après avis du médecin conseil, pourra également conduire à une prise en charge à hauteur des frais réels. Bien entendu, cette prise en charge sera limitée aux soins et traitements imputables à l'explosion ou aux accidents liés à l'aide bénévole.

Le financement de ces mesures par l'assurance maladie au-delà des règles habituelles (prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier, des dépassements de tarifs) se fera, après intervention des organismes complémentaires le cas échéant, sur les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses, au titre des prestations supplémentaires et sans conditions de ressources.

Ces mesures sont prises pour une durée de six mois à compter de la date de la présente lettre.

2) Prise en charge par l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)

Les mesures 1 et 2 s'appliquent de plein droit aux victimes d'accidents du travail et il convient de leur appliquer la mesure 3.

Dès lors que les soins ont été dispensés à des salariés qui étaient au travail au moment de l'explosion, il convient de ne pas opposer le délai de 48 heures prévu pour déclarer un accident du travail. Les employeurs restent toutefois tenus de faire une déclaration auprès de la CPAM.

Par ailleurs, pour ces accidents, et à titre exceptionnel, il n'y aura pas lieu d'effectuer d'enquête légale au cas par cas.

Enfin, les salariés victimes d'accidents alors qu'ils sont intervenus à titre bénévole, avec l'autorisation de leur employeur, pour porter assistance aux victimes ou pour assurer des travaux d'urgence en relation avec cette catastrophe sont pris en charge au titre de l'assurance AT-MP, conformément à un vœu unanime de la Commission des accidents du travail en date du 26 septembre 2001.

Je vous invite à me tenir informé immédiatement de toute difficulté d'application de la présente lettre.

Elisabeth GUIGOU

ANNEXE 1**LETTRE D'INFORMATION AUX ASSURES**

Objet : Décision relative aux conséquences de la catastrophe de Toulouse du 21 septembre 2001

Madame, Monsieur,

Vous nous avez informé que vous (ou votre ayant droit) avez reçu des soins à la suite de la catastrophe survenue à Toulouse le 21 septembre 2001.

Le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, a décidé, par lettre du 12 octobre 2001, d'accorder des mesures exceptionnelles pour la prise en charge des soins dispensés aux victimes de la catastrophe de Toulouse.

Les prestations prévues par le Code de la sécurité sociale vous seront servies, à titre tout à fait exceptionnel, à 100 %, c'est-à-dire que le ticket modérateur restant habituellement à votre charge (différence entre tarif opposable et montant de remboursement au taux en vigueur) ne vous sera pas appliqué.

Pour bénéficier de cette mesure, vous devez, lors de chaque demande de remboursement, signaler les frais en rapport avec cet accident en cochant sur la feuille de soins la case prévue à cet effet et en précisant « *catastrophe de Toulouse du 21 septembre 2001* ».

Cette prise en charge vous est accordée jusqu'au

Ce document vaut attestation et vous permettra de bénéficier de la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé.

Si vous bénéficiez d'une protection complémentaire (mutuelle-assurance) :

- Vous voudrez bien transmettre à la caisse primaire les coordonnées de l'organisme et le volume de la couverture qu'il assure,
- si des prestations vous ont été accordées avec dispense d'avance des frais, veuillez compléter la subrogation ci-jointe afin que la Caisse Primaire puisse se faire rembourser par votre mutuelle la part des frais qui lui incombe.

ANNEXE 2

Catastrophe de Toulouse
du 21 septembre 2001

Objet : Subrogation au profit de la CPAM de

Je soussigné

N°d'immatriculation :

Demeurant à :

Subroge, dans mes droits, la CPAM de :
pour percevoir le remboursement qui m'est dû par la mutuelle (ou la compagnie
d'assurances) ci-dessous désignée :

- Nom :
- Adresse :
- Numéro d'adhérent :

A la suite des dépenses engagées lors de la catastrophe de Toulouse.

- Me concernant
- Concernant l'ayant droit

Signature de l'assuré

ANNEXE 3

ECRANS GESTION DES MUTUELLES (TRANSACTIONNEL ME)

MEGDOM CREATION PARTIE DOMICILIATION

```

*123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789
1  LID1 MEGADR          - MUTUELLE -   CREATION  ADRESSE  -
2-----
3      NUMERO DE MUTUELLE : 7563131    CLE : 5    CATEGORIE : 6    VITALE :0.
4-----
5      RAISON SOCIALE      : CME.....
6      DEBUT DE CONVENTION : 21/09/2001      FIN : 00/00/0000
7-----
8
9
0
1
2  DOMICILIATION :  REGLT  RAISON SOCIALE
3                  VIN  .....
4
5                  EMETTEUR  BANQUE  GUICHET  NUMERO DE COMPTE  CLE
6                  .....      .....      .....      .....      ..
7
8
9
0
1
2
3==> <M> MENU GENERAL, <A> ABANDON, <R> ECRAN PREC.---          CHOIX : .
4
*123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789

```

MEGTAR CREATION OPTION TARIFICATION

```

*123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789
1  LID1 MEGADR          - MUTUELLE -   CREATION  ADRESSE  -
2-----
3      NUMERO DE MUTUELLE : 7563131    CLE : 5    CATEGORIE : 6    VITALE :0.
4-----
5      RAISON SOCIALE      : CME.....
6      DEBUT DE CONVENTION : 21/09/2001      FIN : 00/00/0000
7-----
8  OPTIONS :  TARIFICATION : 1          REGULARISATION : 1
9              (0= PAS DE TARIFICATION)      (0= PAS DE REGULARISATION)
10             (1= TARIFICATION)              (1= REGULARISATION)
11             (2= TARIF SANS PAIEMENT)
12
13  ACCORD REFERENT (O/N) : N    DATE D'EFFET : --/--/--    PROCEDURE (A,B):-
14  ACCORD C.M.U    (O/N) : N    DATE D'EFFET : --/--/--    SUIVI (L/N/V) :-
15
16  CATEGORIES CONCERNEES : ( 0=NON, 1=TARIFICATION, 2=RETOUR NOEMIE, 3=1+2 )
17  ASSURES          : 1    MDT ASSURES : 1    ETABLISSEMENTS: 1    MEDECINS : 1
18  PHARMACIENS      : 1    AMBULANCIERS: 1    LABORATOIRES : 1    DENTISTES: 1
19  SAGES-FEMMES     : 1    INFIRMIERS : 1    MASSEURS-KIN. : 1    PEDICURES: 1
20  ORTHOPHONISTES: 1    ORTHOPTISTES: 1    MDT TIERS : 1    AUTRES : 1
21
22
23==> <M> MENU GENERAL, <A> ABANDON, <R> ECRAN PREC.---          CHOIX : .
24
*123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789

```

ANNEXE 3-1

MEGRGL CREATION OPTION REGLEMENT

```

*123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789
1  LID1 MEGADR          - MUTUELLE -  CREATION  ADRESSE  -
2-----
3      NUMERO DE MUTUELLE   : 7563131    CLE : 5    CATEGORIE : 6    VITALE : 0.
4-----
5      RAISON SOCIALE      : CME.....
6      DEBUT DE CONVENTION : 21/09/2001    FIN : 00/00/0000
7-----
8  OPTIONS :  REGLEMENT
9
0  FORCAGE SYSTEMATIQUE DE LA  DOMICILIATION  (0= PAS DE FORCAGE) : 0
1                                           (1= FORCAGE )
2
3
4                                           (0= NON AUTORISE )
5  MODE DE REGLEMENT ACCEPTE PAR LA MUTUELLE (1= AUTORISE )
6                                           (5= FORCAGE )
7
8  BANQUE      : 1    CAISSE      : .    C.C.P. : 1    LETTRE CHEQUE : 1
9  MANDT INTER.:    MANDT ASSIG.: .    COLBERT : 1    SANS REGLT : 1
0  SEVIGNE     : 1    VIRT INTERE : 1
1
2
3==> <M> MENU GENERAL, <A> ABANDON, <R> ECRAN PREC.---      CHOIX : .
4
*123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789

```

MEGEDI CREATION OPTION EDITION

```

*123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789
1  LID1 MEGADR          - MUTUELLE -  CREATION  ADRESSE  -
2-----
3      NUMERO DE MUTUELLE   : 7563131    CLE : 5    CATEGORIE : 6    VITALE : 0.
4-----
5      RAISON SOCIALE      : CME.....
6      DEBUT DE CONVENTION : 21/09/2001    FIN : 00/00/0000
7-----
8  OPTIONS :  EDITIONS
9
0  AVIS AUX ASSURES  EDITION PART OBLIGATOIRE      (VALEUR 0,1,2 OU 4): 1
1                      EDITION PART MUTUELLE      (VALEUR 0,1,2 OU 4): 1
2
3  BORDEREAUX DE      EDITION PART OBLIGATOIRE      (VALEUR 0 OU 1 ) : 1
4  TIERS              EDITION PART MUTUELLE      (VALEUR 0 OU 1 ) : 1
5
6  BORDEREAUX        EDITION PARTICULIERE (RJE)      (VALEUR 0 OU 1 ) : 1
7  COMPTABLES
8
9  CODE MESSAGE :  ..    GESTION MUTUALISTE LOCALE (VALEUR 0 OU 1 ) : .
0
1
2
3==> <M> MENU GENERAL, <A> ABANDON, <R> ECRAN PREC.      CHOIX : .
4
*123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789

```

MISE A JOUR FICHER TAUMUT

MUT 75631315, NAT ASS = AS, TYPE CONTRAT 01

DANS L'EXEMPLE CI-DESSOUS LES MISES A JOUR RELEVANT DE LA CPAM 311 :

<u> 311 75631315 AS 01 AAAA 20010921 ... </u>	(zone code forfait valorisé à espace)
<u> 311 75631315 AS 01 FJ 20010921 ... </u>	(zone code forfait valorisé à espace)
<u> 311 75631315 AS 01 EJA 20010921 ... </u>	(zone code forfait valorisé à espace)
<u> 311 75631315 AS 01 PJC 20010921 ... </u>	(zone code forfait valorisé à espace)
<u> 311 75631315 AS 01 EJC 20010921 ... </u>	(zone code forfait valorisé à espace)
<u> 311 75631315 AS 01 SPR 20010921 P </u>	(paiement du complément intégral au montant de la dépense)
<u> 311 75631315 AS 01 PRO 20010921 P </u>	(paiement du complément intégral au montant de la dépense)
et pour chaque produit répertorié au TIPS (Cf § 1.2.2), enregistrer une ligne selon le modèle ci-dessous :	
<u> 311 75631315 AS 01 LUN 20010921 P </u>	(paiement du complément intégral au montant de la dépense)

ARCHIVE