



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

Document consultable dans Médi@m

CIRCULAIRE

CIR-143/2002

Date :

25/10/2002

Domaine(s) :

Risques maladie

Nouveau	☐
Modificatif	☐
Complémentaire	☒
Suivi	☐

Objet :

Application du dispositif d'aide
à l'acquisition d'un contrat de
couverture complémentaire
santé.

Liens :

CIR-112/2002

Plan de classement :

25

Emetteurs :

DDRI DAR AC

Pièces jointes : 0

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☐ CRAM

☐ URCAM

☐ UGECAM

☒ CGSS

☐ CTI

☒ **Agents Comptables**

☐ **Médecins Conseils**

☐ Régionaux

☐ Chef de service

☐ Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Modalités de liquidation et de comptabilisation des prestations
complémentaires et du versement de la participation de la caisse
à l'organisme complémentaire.
Convention type.

Mots clés :

Couverture complémentaire sant ; acquisition d'un contrat

Le Directeur

Daniel LENOIR

L'Agent Comptable

Joël DESSAINT



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE : 143/2002

Date : 25/10/2002

Objet : Application du dispositif d'aide à l'acquisition d'un contrat de couverture complémentaire santé.

Affaire suivie par : Mme Bernadette MOREAU

☎ 01 42 79 34 36

💻 01 42 79 35 44

Mme Régine CONSTANT

☎ 01 42 79 32 92

💻 01 43 21 48 24

M. Michaël TCHILINGUIRIAN

☎ 01 42 79 35.75

💻 01 43 20 33 66

Madame, Monsieur le Directeur,
Madame, Monsieur l'Agent Comptable,

La mise en œuvre de l'avenant n° 2 à la Convention d'Objectifs et de Gestion relatif au dispositif d'aide à l'acquisition d'un contrat de couverture complémentaire santé nécessite la définition de modalités de liquidation et de comptabilisation des prestations complémentaires et du versement de la participation de la caisse à l'organisme complémentaire.

La circulaire n° 112 du 12 août 2002 prévoit la signature d'une convention entre les caisses et les organismes complémentaires participants dont vous trouverez ci-joint un modèle type.

I/ Modalités de liquidation et de comptabilisation des prestations complémentaires et du versement de la participation de la caisse à l'organisme complémentaire.

1. Modalités de liquidation

Les contrats mis en place dans le cadre du dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé devront porter le n° 88.

La création à la BDO Famille du contrat n° 88 incombe aux organismes complémentaires. La date de début de contrat n° 88 envoyée par l'organisme complémentaire devra correspondre au 1^{er} jour du mois suivant la date du flux NOEMIE OC 408, quelle que soit la date de création même si cette date correspond à un 1^{er} jour de mois.

Ainsi une interruption du droit au tiers payant coordonné peut intervenir entre la fin du droit au bénéfice de la CMU Complémentaire et la date d'effet du contrat d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé.

Une modification de la base mutuelle est prévue afin de permettre l'extension du tiers payant coordonné aux bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire.

Pour ces bénéficiaires, le tiers payant coordonné ne s'exerce qu'avec mise en œuvre d'une procédure de prélèvement automatique, quelle que soit la procédure A ou B. Dans la base MUTUELLE, il convient de positionner un accord CMU avec Procédure A et Suivi N ou avec Procédure B et suivi L ou V. Cela implique également que les références bancaires de l'organisme complémentaire sur lequel s'exerce le prélèvement soient impérativement présentes. Enfin, le compte de la CPAM sur lequel viennent s'imputer les prélèvements doit figurer dans la table 495, pointé par l'émetteur 89898 de la table 494.

Les modalités de facturation du service rendu dans le cadre du tiers payant coordonné seront alignées sur celles fixées par l'arrêté du 26 mai 2000 (Journal Officiel n° 137 du 15 juin 2000).

1.1 Tarification des contrats 88 en procédure A (TARMUT)

La tarification de ce type de contrat doit s'effectuer selon les mêmes modalités que le contrat n°89 à partir des éléments de tarification de la table 433.

En revanche, il y a lieu de préciser que les tarifs ne sont pas opposables aux professionnels de santé.

1.2 Traitement des contrats n°88 en procédure B

Les prestations des contrats 88 sont transmises à l'organisme complémentaire par une référence NOEMIE 651, comme pour la CMU Complémentaire. Si le retour de l'organisme complémentaire n'intervient pas dans les 5 jours ouvrés, les prestations du régime obligatoire sont mises en paiement en prenant en compte l'option standard de tarification de l'organisme complémentaire (NOEMIE 1 ou NOEMIE 3), mais ne sont pas tarifées en procédure A, comme c'est le cas pour la CMU C en procédure B.

2. Modalités de comptabilisation

2.1 Modalités de comptabilisation du versement de la participation de la caisse à l'organisme complémentaire.

Cette participation de l'organisme correspond à la partie de la cotisation de l'assuré prise en compte par la caisse.

2.1.1 - Comptes de charges

Les comptes de charges retracent :

- d'une part, les aides financières individuelles imputées dans le compte "SM-656211331 - Soins des populations en marge de la CMU".
- et d'autre part, le versement à l'organisme complémentaire de la participation de la caisse imputée dans le compte "SM-656211332 – Aide à l'acquisition de contrat de couverture complémentaire ASS".

2.1.2 - Dotation

Les charges visées ci-dessus seront financées par la dotation allouée par la CNAMTS imputée dans le compte "SM-75811312 – Dotation ASS paramétrique – population en marge de la CMU".

2.2 - Modalités de comptabilisation des prestations dans le cadre du tiers payant coordonné

Les prestations remboursées au titre des parts complémentaires sont comptabilisées de la manière suivante :

- ◆ 457 36 - Organismes Complémentaires – Sortants CMU
- 457 361 – Organismes Complémentaires – Aide à la Mutualisation – Procédure A- Prélèvement.
 - 457 361 1 - Aide à la Mutualisation – Mutuelles code de la Mutualité
 - 457 361 2 - Aide à la Mutualisation – Sociétés d'Assurances
 - 457 361 3 - Aide à la Mutualisation – Institutions de Prévoyance
 - 457 361 4 - Aide à la Mutualisation – Mutuelles Régimes Agricoles
 - 457 361 5 - Aide à la Mutualisation – Autres Mutuelles
- 457 362 - Organismes Complémentaires – Aide à la Mutualisation – Procédure B- Prélèvement.
 - 457 362 1 - Aide à la Mutualisation – Mutuelles code de la Mutualité
 - 457 362 2 - Aide à la Mutualisation – Sociétés d'Assurances
 - 457 362 3 - Aide à la Mutualisation – Institutions de Prévoyance
 - 457 362 4 - Aide à la Mutualisation – Mutuelles Régime Agricole
 - 457 362 5 - Aide à la Mutualisation – Autres Mutuelles

II Convention Type

La circulaire susvisée faisait référence à un modèle de convention type à conclure avec les organismes complémentaires afin de définir les modalités de gestion.

La présente circulaire propose ainsi un cadre type qu'il appartient à chaque caisse d'enrichir en fonction de son organisation et de ses relations avec les organismes complémentaires.

Convention type avec les organismes complémentaires
--

Entre

l'Organisme Complémentaire ci après désigné
représenté par ...

et

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de
ci-après désignée
représentée par ...








1. Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir un partenariat visant à permettre à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de de participer au financement de la couverture complémentaire :

- ↳ des personnes ou foyers dont la demande de CMU Complémentaire (première demande ou demande de renouvellement) est refusée pour des raisons de critère de ressources et lorsque ces dernières n'excèdent pas de plus de 10 % le plafond en vigueur au moment de l'instruction de leur dossier ;
- ↳ des personnes qui n'ont jamais demandé la CMU Complémentaire, dont les conditions de ressources seront examinées selon les mêmes critères ;
- ↳ des bénéficiaires de contrats de sortie à tarif préférentiel d'une durée d'un an, prévus à l'article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, sous réserve des conditions de ressources susvisées.

Seules les personnes déjà bénéficiaires d'un contrat de couverture complémentaire collectif obligatoire sont exclues du bénéfice de cette aide.

2. Les prestations couvertes

L'organisme complémentaire doit offrir à l'adhérent remplissant les conditions pour bénéficier de l'aide financière de la CPAM une formule de couverture sociale complémentaire garantissant des droits correspondant au champ de couverture défini par le cahier des charges annexé à la présente convention, à savoir la prise en charge :

- du ticket modérateur intégral dans la limite des tarifs opposables,
- du forfait journalier,
- des dépassements en matière d'optique, dentaire, correction auditive, et produits et prestations remboursables dans la limite des tarifs prévus par les arrêtés du 31 décembre 1999 modifiés.

L'organisme complémentaire s'engage également à renoncer à :

- subordonner le bénéfice des garanties des contrats à une période probatoire,
- fixer une limite d'âge pour l'adhésion à ces contrats,
- subordonner l'admission et la tarification à un examen ou à un questionnaire médical.

Les titulaires de ce contrat bénéficieront de la dispense d'avance de frais dans le cadre du tiers payant coordonné conformément aux dispositions de l'article L 861-3 du code de la sécurité sociale.

3. Examen du droit à la couverture complémentaire

La proposition d'admission est prononcée par la CPAM de

Le choix de l'organisme complémentaire est opéré par l'assuré, sur présentation de la liste des différentes offres recensées par la Caisse.

Une fiche décrivant l'étendue de la couverture sera remise à la caisse.

Le bénéfice de la couverture complémentaire prend effet au premier jour du mois qui suit la signature par l'assuré du contrat d'adhésion à l'organisme complémentaire et le paiement par l'assuré de sa cotisation.

La participation financière de la Caisse au titre du dispositif est valable un an, sous réserve de sa poursuite dans le cadre de la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion signée entre la CNAMTS et l'Etat, à compter du premier jour du mois qui suit la signature par l'assuré du contrat d'adhésion à l'organisme complémentaire et le versement par l'adhérent de sa propre part de cotisations.

Elle peut être renouvelée à l'issue de cette période si les conditions de ressources sont toujours remplies par l'assuré et si les modalités de financement par la CNAMTS sont reconduites dans la prochaine COG.

Elle peut, à l'inverse, être supprimée en cas de fin de contrat décidée par l'organisme complémentaire en raison du non paiement des cotisations restant à la charge de l'adhérent.

4. Modalités financières

4.1 - Montant de l'aide et modulations éventuelles

(à compléter par la CPAM)

4.2 - Versement de l'aide par la CPAM à l'organisme complémentaire

L'organisme complémentaire procède à l'appel de cotisations auprès des bénéficiaires du dispositif. Le montant à appeler correspond au coût du contrat proposé par l'organisme complémentaire, déduction faite de la part de cotisations prise en charge par la CPAM.

Le versement de la CPAM est déclenché après paiement de la cotisation par le bénéficiaire à l'organisme complémentaire.

Une attestation d'adhésion ou carte de droits est délivrée par l'organisme complémentaire participant au dispositif. Cette carte ou attestation comporte une mention indiquant que l'adhérent est bénéficiaire du tiers payant coordonné et que le tiers payant intégral peut être pratiqué sur la partie des honoraires et des prix des prestations couverts par la garantie. Si le paiement de la cotisation est fractionné, l'organisme complémentaire peut délivrer une attestation de bénéfice au tiers payant coordonné pour la période correspondante.

Le règlement des cotisations couvertes par la CPAM intervient
(*périodicité à préciser par la CPAM*).

Le versement est réalisé directement par celle-ci à l'organisme complémentaire sur présentation d'un justificatif attestant que le bénéficiaire a effectivement payé la part de la cotisation lui revenant selon le modèle joint en annexe.

4.3 - Gestion des incidents de recouvrement des cotisations auprès des bénéficiaires

L'organisme complémentaire fait son affaire du recouvrement de la part de cotisations due par l'adhérent et du déclenchement des procédures de relance, voire d'exclusion, prévues par ses statuts et son règlement intérieur.

5. **Modalités pratiques : les circuits**

Condition générale : Tout organisme complémentaire souhaitant participer au dispositif d'aide à la mutualisation doit maîtriser le système des flux NOEMIE.

5.1 - Informations entre les organismes complémentaires et la caisse concernant les ouvertures, renouvellement et fin de droits

5.1.1. à l'ouverture des droits : l'organisme complémentaire utilise le système des flux NOEMIE pour adresser à la caisse les éléments d'information de création des assurés, selon la référence 408 (type de contrat = 88). Les organismes s'engagent à mettre en œuvre les dispositions d'échanges permettant de supprimer les procédures papier. Le tiers payant prend effet le 1^{er} jour du mois suivant l'information de la caisse par l'organisme complémentaire.

5.1.2. en cas de rupture de contrat : en cas de non paiement de la cotisation par le bénéficiaire, et à l'issue de la durée de validité de l'attestation permettant de bénéficier du tiers payant, l'organisme complémentaire peut mettre fin au contrat.

L'organisme complémentaire doit informer la CPAM chaque mois des procédures d'exclusion mises en œuvre et fournit la liste des assurés entrés (ou sortis) du dispositif au cours du mois précédent.

En cas d'exclusion, la couverture complémentaire reste acquise jusqu'à la fin de la période pour laquelle la CPAM a versé sa participation.

5.1.3. renouvellement des droits : à l'issue d'un an de droits, après étude des conditions de ressources, la caisse informe l'organisme complémentaire et le bénéficiaire de l'interruption ou du renouvellement de son droit, sous réserve de la poursuite du dispositif dans le cadre de la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion signée entre la CNAMTS et l'Etat.

5.2 - Les procédures applicables dans le cadre du tiers payant coordonné

Les titulaires du contrat de protection complémentaire de santé prévu dans le cadre de ce dispositif bénéficient de la dispense d'avance des frais conformément aux dispositions de l'article L 861-3 du code de la sécurité sociale relatives au tiers payant coordonné.

Le décret n°99-1079 du 21 décembre 1999 relatif aux modalités d'application de la dispense d'avance de frais de soins de santé détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant l'application du tiers payant coordonné.

Conformément à l'article D 861-3 du code de la sécurité sociale, plusieurs modalités d'échanges ont été envisagées, procédure A - procédure B, afin de garantir l'effectivité de la dispense d'avance de frais avec un interlocuteur unique, en l'occurrence la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Pour la mise en œuvre du tiers payant coordonné, le paiement de la part complémentaire est effectué par prélèvement sur le compte bancaire désigné par chaque organisme complémentaire, ouvert par l'organisme complémentaire, aussi bien en procédure A qu'en procédure B.

Dans le cadre de la procédure A, le prélèvement par la caisse interviendra dans le délai de deux jours ouvrés suivant la mise à disposition de l'organisme complémentaire, des flux NOEMIE, par la caisse. A cette date, les fonds devront être mis à disposition des caisses d'assurance maladie par l'organisme complémentaire.

Le coût de l'opération de prélèvement sur le compte de l'organisme complémentaire est à la charge de celui-ci. Une facturation, accompagnée des justificatifs établis par l'organisme financier de la Caisse, est effectuée mensuellement par la caisse, qui l'adresse à l'organisme complémentaire pour remboursement.

La Caisse doit remettre à l'organisme complémentaire un imprimé d'autorisation de prélèvement. L'organisme complémentaire renvoie l'imprimé complété à la Caisse en deux exemplaires originaux : un exemplaire est transmis à la banque de l'organisme complémentaire, un autre est conservé par la caisse comme pièce justificative.

Les modalités de formation du service rendu dans le cadre de la procédure de tiers payant coordonné sont alignées sur celles fixées par l'arrêté du 26 mai 2000 (Journal Officiel du 15 juin 2000).

5.3 - Modalités de régularisation

Dans le cadre de la procédure A, toute éventuelle régularisation positive ou négative à l'initiative de la caisse sera communiquée à l'organisme complémentaire et sera prise en compte lors du traitement journalier.

Toute éventuelle régularisation à l'initiative de l'organisme complémentaire devra être communiquée préalablement à la caisse avant prise en compte, notamment si celle-ci a une incidence sur la trésorerie mise à la disposition de la caisse pour couvrir les liquidations de prestations.

6. Durée de la convention

La présente convention est conclue jusqu'au 31 décembre 2003.

A partir du 1^{er} janvier 2004, ladite convention pourra être renouvelée pour un an, par tacite reconduction sous réserve de la poursuite du dispositif dans le cadre de la prochaine COG conclue entre la CNAMTS et l'Etat .

Sa dénonciation, à l'initiative d'une des parties, doit intervenir deux mois avant la date d'échéance. Dans cette hypothèse, la couverture complémentaire des adhérents reste acquise jusqu'à la fin de la période au titre de laquelle la CPAM a versé sa participation.

7. Partenariats financiers

(à compléter, le cas échéant, par la CPAM)

8. Modalités de suivi et d'évaluation du dispositif

(à compléter par la CPAM)

Fait à, le

Le Président de la CPAM
de la CPAM,

Le Représentant
de l'Organisme Complémentaire,

Le Directeur de la CPAM,