



Document consultable dans Médi@m

**Date :**

11/02/2003

**Domaine(s) :**

Risques maladie

Nouveau	<input type="checkbox"/>
Modificatif	<input checked="" type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

**Objet :**

LPP -Titre II - chapitres 5, 6 et 7 - entente préalable ;  
précisions quant à la procédure à retenir.

**Liens :**

Circ DGR 2094/1987  
Circ ENSM 1149/1987  
Circ ENSM 1460/1991  
Cir-17/2002

**Plan de classement :**

25202

**Emetteurs :**

DSM      DDRI

**Pièces jointes : 0**

**à Mesdames et Messieurs les**

- |  |  |   |                                |
|--|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Directeurs</b>        | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM                       | <input checked="" type="checkbox"/> CRAM            | <input type="checkbox"/> URCAM |
|  | <input type="checkbox"/> UGECAM                                | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS            | <input type="checkbox"/> CTI   |
| <input type="checkbox"/> <b>Agents Comptables</b>            |  |   |                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Médecins Conseils</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux                  | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |                                |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> Médecin Chef de la Réunion |   |                                |

Pour mise en oeuvre immédiate

**Résumé :**

Modalités de mise en œuvre des dispositions prévues aux articles R. 165-26 et suivants du Code de la Sécurité Sociale au regard du délai d'entente préalable désormais fixé à 15 jours.

**Mots clés :**

LPP ; Titre II

Le Médecin Conseil National Adjoint

**Pierre FENDER**

La Directrice  
Déléguée aux Risques

**Bernadette MOREAU**

**CIRCULAIRE : 26/2003**

Date : 11/02/2003

Objet : LPP -Titre II - chapitres 5, 6 et 7 - entente préalable ; précisions quant à la procédure à retenir.

Affaire suivie par : Odile VANDENBERGHE (DSM/DPS) - ☎ 01.42.79.31.48  
Sandrine AUJOUX-DE MATOS (DRM/DM2) - ☎ 01.42.79.30.11

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, Chère Consœur, Cher Confrère,

La présente circulaire a pour objet de vous faire part des modalités concrètes de mise en œuvre de la procédure spécifique de prise en charge prévue par la réglementation pour les prothèses oculaires et faciales, les podo-orthèses et les orthoprothèses, d'une part, au regard du nouveau délai d'entente préalable fixé désormais à 15 jours et, d'autre part, dans l'attente de la parution des textes nécessaires pour garantir l'effectivité de la procédure.

**La procédure d'attribution de grand appareillage (RAPPEL)**

L'article 39 du décret du 20 juin 2001 a modifié les délais d'entente préalable et de convocation de l'assuré prévus respectivement par les articles R. 165-23 et R. 165-30 du code de la sécurité sociale. Un seul délai est désormais applicable en la matière : 15 jours. Ainsi, à défaut de réponse de la caisse dans le délai de 15 jours suivant la réception de l'entente préalable, l'accord de la caisse est réputé acquis.

La circulaire CIR-17/2002 du 17 janvier 2002 attirait votre attention sur le fait que l'intervention de la consultation médicale d'appareillage (CMA) prévue en l'espèce ne suspendait plus l'écoulement du délai d'entente préalable comme le prévoyait l'article 25 du décret du 8 mai 1981. Ainsi le délai d'un mois (arrêté du 23 janvier 1984, JO du 3 février) dans lequel la CMA devait émettre son avis ne doit plus être retenu. Cela signifie que la procédure doit aboutir dans le délai de l'entente préalable soit 15 jours.

La suspension du délai d'entente préalable prévue par l'ancienne réglementation en cas d'intervention de la CMA n'est pas reprise par les textes en vigueur, le Conseil d'Etat ayant, en effet, estimé que la règle tenant à la fixation d'un délai de réponse ne saurait souffrir aucune exception dans son application sauf à vouloir dénaturer l'entente préalable.

Face aux difficultés rencontrées par l'ensemble des acteurs de terrain pour mener à bien la procédure dans le délai désormais imparti en cas d'intervention obligatoire de la CMA, la CNAMTS recommande aux caisses et aux échelons du service médical de mettre en place le circuit qui suit.

## **I - La demande de prise en charge**

Toute demande de prise en charge intervenant en matière de grand appareillage est soumise à la procédure de demande d'entente préalable.

Votre attention est attirée sur le fait que les documents ouvrant droit à prise en charge doivent désormais, dans tous les cas (procédure directe ou indirecte), être adressés simultanément à la caisse et au centre d'appareillage. Le délai d'entente préalable court à compter de la réception de ces documents par ces deux organismes. Si ces documents ne sont pas réceptionnés à la même date par ces deux intervenants, la date à retenir est celle de réception desdits documents par le dernier destinataire. Le délai d'entente préalable ne courra qu'à compter de cette date.

Exemple : - les documents parviennent à la CPAM et au centre d'appareillage le 10 janvier ; le délai d'entente préalable commence donc à courir à cette date.  
- Les documents parviennent à la caisse le 10 janvier et au centre d'appareillage le 12 janvier ; le délai d'entente préalable commencera à courir à compter du 12 janvier.

A défaut de ce double envoi, et afin de ne pas pénaliser l'assuré, le délai d'entente préalable ne sera réputé courir qu'à compter de la réception des documents par l'organisme non destinataire. Ces documents lui sont dans ce cadre transmis par l'organisme qui en a été le premier destinataire (service médical ou centre d'appareillage). Le délai de transmission ne devra pas dans ce cas excéder 24 heures et pourra se faire par télécopie ou porteur.

Il vous est donc demandé de mentionner clairement la date de réception de la demande et la date de transmission du dossier au centre d'appareillage sur tout échange avec le centre d'appareillage afin de déterminer de façon certaine le point de départ du délai d'entente préalable.

## **II - Le traitement de cette demande**

Deux procédures sont à distinguer :

- la procédure directe (dite courte) ; cas où l'intervention de la consultation médicale d'appareillage (CMA) n'est pas obligatoire (prescription émanant d'un médecin compétent) ;
- la procédure indirecte (dite longue) relative aux 4 cas prévus par la réglementation (article R. 165-30 CSS) où l'intervention de la CMA est obligatoire.

### **1. Procédure directe (dite courte) – annexe 1**

Cette procédure constitue le cas le plus fréquent de prescriptions émises en matière de grand appareillage.

L'imprimé de demande d'entente préalable valant bon de commande (CERFA S 3604c) doit être utilisé.

Les fournisseurs qui établissent les ententes préalables doivent être avisés par les caisses de l'obligation d'informer les assurés sociaux que les demandes doivent être adressées simultanément au Service médical (volet blanc) et au centre d'appareillage (volet jaune).

La même procédure est à suivre s'agissant de l'envoi de la prescription médicale : l'original est conservé par l'assuré, le volet dupliqué est adressé à sa caisse et une copie au centre d'appareillage.

Il est rappelé que le délai de traitement court à compter de la réception d'un dossier complet (prescription médicale et demande d'entente préalable).

Le traitement des dossiers devra être assuré dans les premiers jours de leur réception afin que les services administratifs des caisses soient en mesure de notifier les éventuels refus de prise en charge dans les 15 jours.

## **2. Procédure indirecte (dite longue) – annexe 2**

Le circuit indirect avec passage par la consultation médicale d'appareillage (CMA) doit être strictement réservé aux quatre cas explicitement prévus (article L. 165-30 CSS) :

- Les premières attributions dont la prescription n'émane pas d'un médecin qualifié au sens de l'arrêté du 29 février 1984, ou d'un médecin chef d'un centre de rééducation.
- Les renouvellements pour des enfants de moins de 18 ans lorsque la prescription n'émane pas de l'un des médecins mentionnés ci-dessus.

Que le prescripteur soit compétent ou non :

- Les renouvellements anticipés dans les seuls cas où la durée normale d'utilisation est fixée par l'arrêté d'inscription.
- Sur demande de l'assuré.

Il s'agit d'une demande expresse, c'est-à-dire, une demande explicite à l'initiative de l'assuré et non un formulaire préparé par un tiers.

Cette procédure qui prévoit l'intervention du service médical et des centres d'appareillage par le biais des CMA, doit au même titre que la procédure directe, aboutir dans le délai d'entente préalable soit 15 jours.

### ***2.1. Modalités concrètes de mise en œuvre***

Des précisions complémentaires quant au circuit de l'information à mettre en place dans ce cadre (contenu, modalités) sont donc nécessaires pour garantir l'effectivité et la validité de la procédure et surtout son aboutissement dans les 15 jours de la demande ; elles ont été définies en concertation avec le Ministère de la Défense auquel sont rattachés les centres d'appareillage :

- la prescription médicale et la demande d'entente préalable doivent être adressées simultanément par l'assuré au service médical et au centre d'appareillage selon les modalités évoquées dans le cadre de la procédure directe. En l'absence d'imprimé Cerfa, la demande d'entente préalable peut être formulée par tous moyens. Ainsi, l'envoi de la seule prescription médicale doit être considéré comme une demande de prise en charge et donc comme formalisant la demande d'entente préalable. Le service médical vérifie auprès du service administratif l'ouverture des droits au titre du régime général ;

- Le centre d'appareillage saisit la CMA. La nécessité de la transmission du dossier par le service médical au centre dans les 24 heures mérite d'être tout particulièrement souligné ici, afin que la CMA puisse être réunie dans les meilleurs délais et procéder le plus rapidement possible à la convocation de l'assuré, le cas échéant (la CMA a en effet la possibilité de se prononcer sur dossier) ;
- la convocation de l'assuré peut intervenir par tous moyens (téléphone...). Cette convocation doit préciser qu'en cas de non réponse, un refus de prise en charge peut être émis. En effet, dans ce cas, la caisse, préalablement avisée par le service médical, notifie un refus administratif pour carence à convocation. L'assuré est alors invité à formuler une nouvelle demande de prise en charge.
- Afin de satisfaire pleinement à l'exigence du délai de traitement des demandes, les CMA se réuniront à une fréquence suffisante pour traiter les dossiers dans les délais impartis. Il est rappelé que les frais de transport occasionnés par le déplacement de l'assuré convoqué par la CMA sont pris en charge par l'Assurance Maladie (article R. 322-10-1 CSS).
- La présence de l'ensemble des participants à la CMA est requis pour garantir la validité de la procédure. Les Services Médicaux sont donc encouragés à trouver un mode d'organisation adapté à cette nécessité.
- La CMA doit porter à la connaissance de la caisse les avis qu'elle émet : au centre de paiement auquel est affilié l'assuré ou, en cas de centralisation de la gestion des dossiers d'appareillage au sein de la caisse de la circonscription.
- Il appartient à la caisse, en cas de refus de prise en charge d'ordre administratif ou médical prononcé par le service médical, de notifier la décision à l'assuré. Il est demandé aux caisses de bien vouloir y procéder le jour de la réception de l'avis de la CMA (modèles disponibles dans la bibliothèque des courriers PROGRES).

## ***2.2. Les réceptions techniques et médico-techniques***

Après fabrication de l'appareil, le fournisseur adresse sa facturation à l'organisme de prise en charge. Il appartient aux caisses de veiller à la transmission au service médical de l'information relative à la facturation de la prestation par le professionnel afin qu'il puisse procéder aux contrôles qui lui sont ouverts.

Le conseiller technique réalise les réceptions techniques et/ou médico-techniques dans le respect des règles suivantes :

- un premier contrôle de conformité technique peut être réalisé à compter de la date de mise à disposition de l'appareillage à l'assuré lorsque cette date est connue ou, à défaut, à compter de la date de facturation de l'appareillage. La mise en paiement ne peut être suspendue plus de 15 jours à compter de la date de facturation ;
- des contrôles médico-techniques a posteriori (après paiement) peuvent être menés afin de s'assurer, dans le temps, de la totale adaptation au handicap de l'assuré de l'appareillage livré.

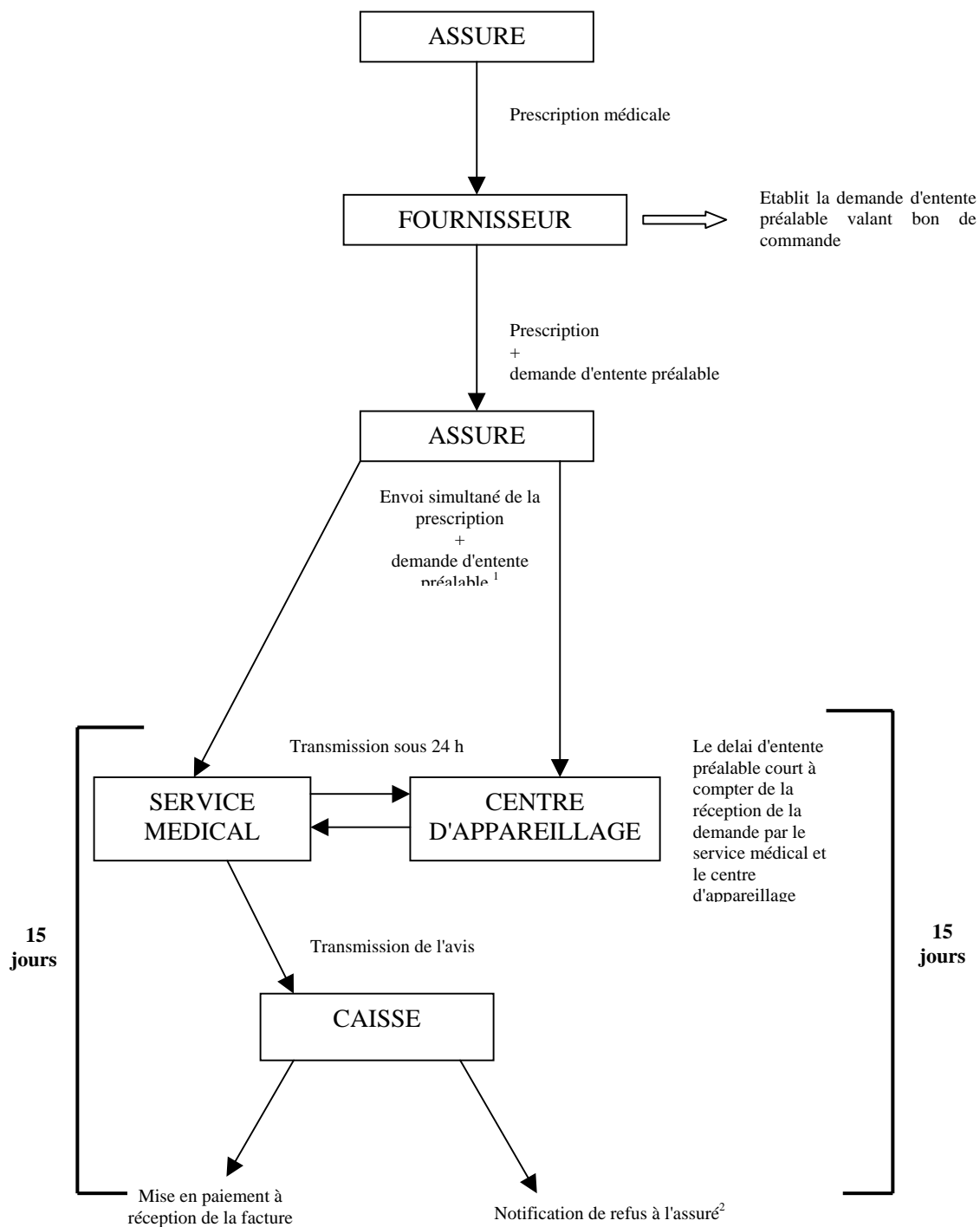
Il est rappelé aux caisses et services médicaux que dans ce dernier cas, les dispositions prévues à l'article L. 133-4 du CSS s'appliquent.

Nous vous demandons de nous informer des difficultés qui pourraient résulter de l'application de la présente circulaire, notamment pour respecter le délai de 15 jours de réponse à la demande d'entente préalable.

Nous vous prions de croire, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, Chère Consœur, Cher Confrère, à l'assurance de notre considération distinguée.

TITRE II CHAPITRES 5.6 ET 7

PROCEDURE DIRECTE - DELAI : 15 JOURS

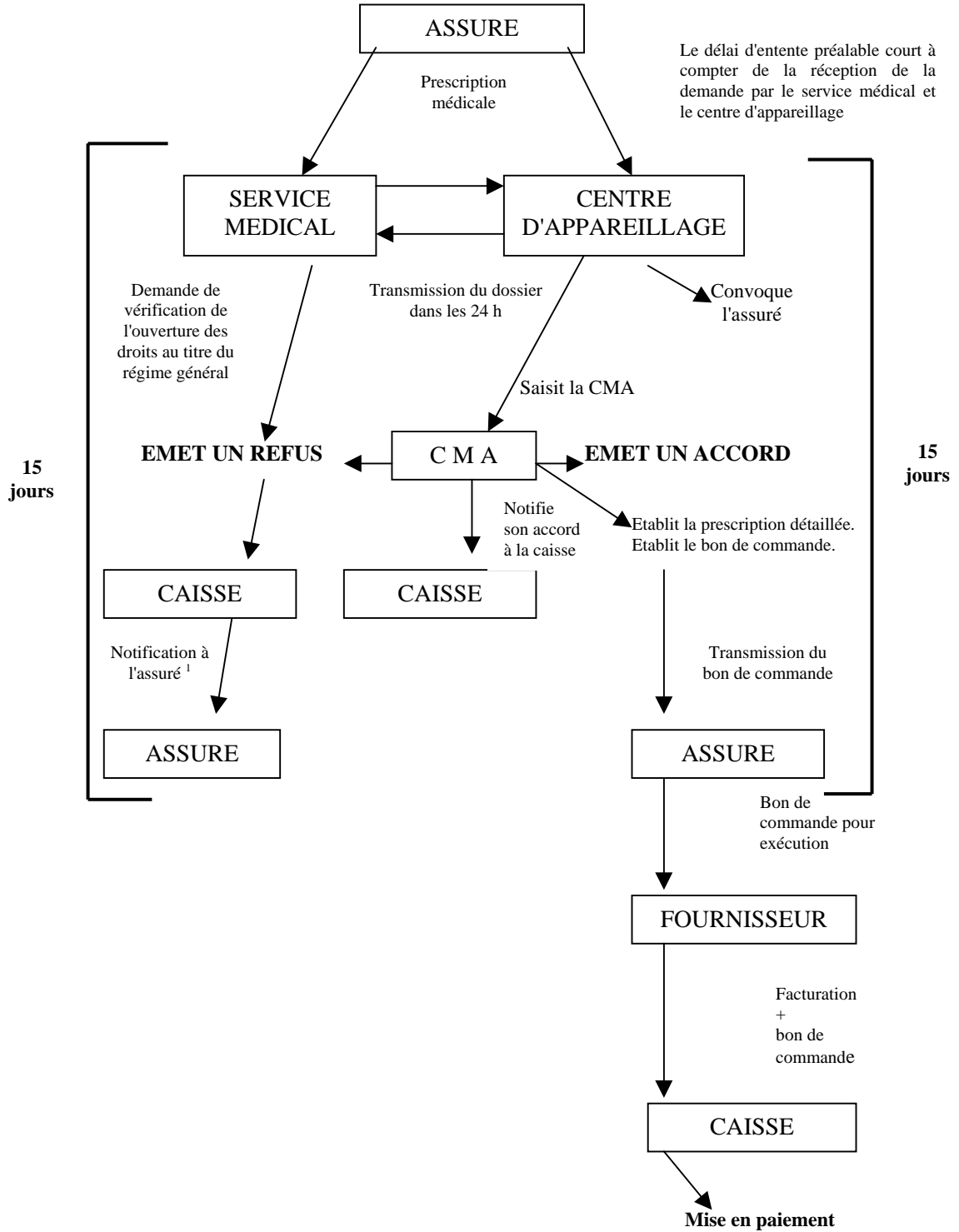


<sup>1</sup> Il est admis en pratique que ces documents soient communiqués par le fournisseur

<sup>2</sup> L'information au fournisseur est nécessaire

TITRE II CHAPITRES 5 ; 6 ET 7

PROCEDURE INDIRECTE - DELAI : 15 JOURS



<sup>1</sup> L'information au fournisseur est nécessaire