



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

Document consultable dans Médi@m

CIRCULAIRE

CIR-114/2004

Date :

30/09/2004

Domaine(s) :

Professions de santé

Nouveau	☐
Modificatif	☒
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Erratum à la circulaire n°
52/2004 et définition du circuit
des documents au CSP diabète.

Liens :

Cir-52/2004

Plan de classement :

2 22

225

Emetteurs :

MPS DSM

Pièces jointes : 4

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 information

Résumé :

Modification de l'acte d'adhésion au CSP relatif à la prise en charge infirmière des patients diabétiques de plus de 75 ans traités par insuline, ainsi que de la fiche annuelle récapitulative. Création d'un document de liaison entre les services médicaux et les caisses. Circuit de transmission des documents afférents au CSP.

Mots clés :

infirmière ; CSP ; diabète.

La Médecin Conseil National Adjointe

Catherine BISMUTH

Pour le Directeur
Délégué aux Risques

Sylvie LEPEU

CIRCULAIRE : 114/2004

Date : 30/09/2004

Objet : Erratum à la circulaire n° 52/2004 et définition du circuit des documents au CSP diabète.

Affaire suivie par :

Michel PIOLOT (DSM) ☎ 01 72 60 22 61

Fanny RICHARD (MPS) ☎ 01 72 60 23 77

Comme suite à l'envoi de la circulaire n° 52/2004 relative notamment à la modification du circuit de transmission des formulaires d'adhésion du CSP sur la prise en charge infirmière des patients diabétiques de plus de 75 ans traités par insuline, vous trouverez ci-joint de nouveaux modèles à utiliser, ainsi que des précisions sur les modalités de transmission.

A. NOUVEAU FORMULAIRE D'ADHESION AUX CONTRATS (ANNEXE 1) ET NOUVELLE FICHE ANNUELLE RECAPITULATIVE (ANNEXE 2) :

Ces nouveaux formulaires **annulent et remplacent** les précédents, dont celui annexé à la circulaire précitée. La nouvelle version de l'acte d'adhésion modifie et précise les items relatifs à l'identification du bénéficiaire des soins et à l'identification de l'assuré.

B. NOUVEAUX DOCUMENTS ET CIRCUIT DES INFORMATIONS:

La circulaire n° 52/2004 du 26/4/2004 a modifié le circuit des documents du contrat de santé publique en prévoyant d'adresser au médecin-conseil l'acte d'adhésion ainsi que la fiche annuelle récapitulative fournis par les caisses.

Vous trouverez ci-joint la description du circuit de l'ensemble des informations, ainsi qu'un document de liaison permettant au service du contrôle médical une transmission d'informations anonymisées au service administratif (annexe 3), et un modèle de lettre en cas de refus de versement de forfait (annexe 4).

GENERALITES

Le contrat obéit aux règles suivantes :

- L'infirmière formalise son entrée dans le contrat par un acte d'adhésion également signé par le patient, adressé en deux exemplaires au service du contrôle médical placé auprès de la CPAM de son lieu d'exercice principal
- Elle adresse chaque année au service du contrôle médical placé auprès de la CPAM de son lieu d'exercice principal une fiche récapitulant l'ensemble des patients entrés dans le dispositif, avec pour chacun d'eux la durée de la prise en charge
- Le suivi du patient, pour justifier la rémunération forfaitaire, doit avoir une durée minimale d'un trimestre

Le contrat identifiant clairement la pathologie des bénéficiaires, le service du contrôle médical assume seul l'essentiel des vérifications nécessaires.

Comme précisé dans la circulaire CIR-93/2004:

- **la CPAM verse les forfaits au nom des autres régimes d'assurance maladie**
- **le service du contrôle médical du régime général assure le suivi des contrats de patients relevant de l'ensemble des régimes.**

CIRCUITS

La gestion de ce contrat par le service du contrôle médical comprend les trois séquences suivantes :

1. ENREGISTREMENT DES ACTES D'ADHESION QUI LUI SONT ADRESSES

a) Le service du contrôle médical procède aux contrôles de régularité :

- concernant le professionnel : existence et notion de son conventionnement, par interrogation du FNPS (Fichier National des Professionnels de Santé), ou par interrogation de la caisse.
- concernant le bénéficiaire :
 - par interrogation de la BDO assurés (Base de Données Opérante) pour le régime général
 - par interrogation du RNIAM (Répertoire National Inter-régimes de l'Assurance Maladie), pour les autres régimes et les sections mutualistes. Dans l'attente d'accès du service du contrôle médical au RNIAM, les caisses faciliteront cet accès aux personnels désignés par celui-ci.

- b) Il retourne à l'infirmière, dans les cinq jours après réception, un exemplaire du formulaire d'adhésion complété précisant l'enregistrement ou la non-recevabilité de l'adhésion en indiquant alors le motif: bénéficiaire inconnu, professionnel non conventionné... (annexe n° 4)
Le deuxième exemplaire est archivé au service du contrôle médical.

- c) Aux échéances convenues localement, il adresse aux services du contrôle médical des autres régimes obligatoires la copie des actes d'adhésions qui concernent leurs bénéficiaires. Des informations complémentaires suivront concernant la transmission aux médecins conseils des régimes spéciaux.

1 BIS. CAS PARTICULIER DES CONTRATS FAISANT L'OBJET D'UN VERSEMENT FORFAITAIRE EN 2004 :

- L'enregistrement des adhésions s'est effectué au niveau des CPAM jusqu'à parution de la circulaire n° 52/2004.
- Dès réception de la présente circulaire, les caisses transmettent au service du contrôle médical les adhésions préalablement enregistrées
- La transmission aux services du contrôle médical des autres régimes des adhésions qui concernent leurs bénéficiaires sera réalisée au plus tard le 15 octobre 2004.

Remarque: la gestion de ce contrat fera appel à l'avenir à l'utilisation de l'applicatif ACPRO, annoncé dans la LR-DAR-66/2004. Dans l'attente, le classement par le service du contrôle médical des adhésions enregistrées prendra en compte la nécessité d'avoir à rapprocher celles-ci des fiches annuelles récapitulatives qu'adressent chaque année les infirmières à l'appui de leur demande de versement de la rémunération forfaitaire.

2. CONTROLE DES FICHES ANNUELLES RECAPITULATIVES ADRESSEES PAR LES INFIRMIERES

- a) La planification de ces contrôles satisfera à la double contrainte:
- de l'existence des deux fenêtres annuelles de versement des rémunérations forfaitaires (LR-DAR 66/2004)
 - des engagements prévus au PRAM

b) On distingue deux types de contrôles :

- Contrôle de la régularité des fiches annuelles récapitulatives :
 - vérification de l'adhésion enregistrée par le service du contrôle médical, soit directement, soit transmis par la CPAM (cf 1 bis supra)
 - suivi pendant au moins un trimestre
 - le cas échéant, le service du contrôle médical informe l'infirmière de l'existence de demandes de forfait non recevables, ainsi que des motifs, au moyen du courrier annexe 4.
- Contrôle du respect des engagements de l'infirmière : celui-ci concerne les infirmières retenues dans l'échantillon annuel (cf. CIR-93/2004 et LR-MPS 35/2004)

3. TRANSMISSION A LA CAISSE DES INFORMATIONS NECESSAIRES AU VERSEMENT DES REMUNERATIONS FORFAITAIRES

A l'issue des opérations de contrôle, le service du contrôle médical complète le document de liaison annexe 3 et l'adresse à la caisse. Ce document contient les informations anonymes utiles au paiement par la caisse des forfaits annuels quels que soient les organismes habituellement chargés du versement des prestations aux assurés.

Le service du contrôle médical conserve les fiches annuelles récapitulatives adressées par les infirmières. En l'absence d'accord local, ces fiches ne font pas l'objet d'une transmission systématique aux médecins conseils des autres régimes obligatoires, déjà informés des adhésions.