



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-42/2004

Document consultable dans Médi@m

Date :

22/03/2004

Domaine(s) :

Risques maladie

Professions de santé

Nouveau	☐
Modificatif	☐
Complémentaire	☒
Suivi	☐

Objet :

Précisions complémentaires sur les modalités d'application du décret 2003-1207 du 18 décembre 2003 et de la circulaire DSS/2A du 26 décembre 2003

Liens :

Cir-165/2003

Cir-29/2004

Plan de classement :

25200

Emetteurs :

DDRI DAR DFC

Pièces jointes :

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

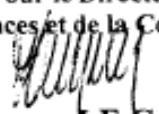
Résumé :

Mise en œuvre du décret n° 1207 du 18 décembre 2003 et de l'arrêté ministériel du 18 décembre 2003 publiés au Journal Officiel du 19 décembre 2003 modifiant les dispositions de l'article R. 322.8 du Code de la Sécurité Sociale relatif à la participation de l'assuré social aux frais de soins. Informations complémentaires.

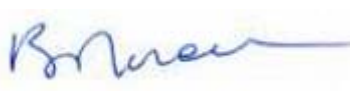
Mots clés :

Exonération du ticket modérateur

Pour le Directeur
des Finances et de la Comptabilité


Jacques LE GALL

La Directrice
des Risques Maladie



Bernadette MOREAU

CIRCULAIRE : 42/2004

Date : 22/03/2004

Objet : Précisions complémentaires sur les modalités d'application du décret 2003-1207 du 18 décembre 2003 et de la circulaire DSS/2A du 26 décembre 2003

Affaire suivie par : Serge BOYER (DRM/DREAM) 01.42.79.33.56.
Jean-Pierre LISCH (DAR/MOP) 01.42.79.33.50.
Dominique BOURLETTE-HEURTON (DDRI/MPS) 01.42.79.36.85.
Valérie COMBLE-DEBONO (DFC) 01.42.79.42.40.
Sandrine AUJOUX-DE MATOS (DRM/DM2) 01.42.79.30.11.
Laurent DUNEAU (DICOM) 01.42.79.35.66.

La présente circulaire complète les circulaires CNAMTS 165/2003 du 30 décembre 2003 et 29/2004 du 16 février 2004.

Elle fait suite à des échanges entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et la Direction de la Sécurité Sociale.

Elle reprend la même forme que la précédente circulaire et présente les sujets sous forme de questions-réponses.

QUESTION N° 1 Comment sont pris en charge les vêtements compressifs pour grands brûlés après l'hospitalisation ?

Les frais relatifs aux vêtements compressifs pour grands brûlés prescrits à la suite d'une hospitalisation exonérée au titre du décret du 18 décembre 2003 ne donnent pas lieu à exonération du TM. Toutefois, lorsque ces personnes sont reconnues atteintes d'une affection de longue durée par le contrôle médical placé auprès des Caisses Primaires, elles sont exonérées de ticket modérateur.

QUESTION N° 2 Lorsqu'au cours d'un séjour en soins de suite intervenant après une première hospitalisation pendant laquelle a été effectuée un acte dont le coefficient est égal ou supérieur à 50, un patient est convoqué par le premier établissement à une consultation de contrôle, comment est pris en charge le transport aller-retour entre l'établissement de soins de suite et le premier établissement ?

La simple consultation ou le transfert provisoire (hospitalisation inférieure à 48 heures), dès lors qu'ils interviennent pendant le séjour en soins de suite exonéré (parce que consécutif et en lien direct avec une première hospitalisation au cours de laquelle a été effectué un acte égal ou supérieur à 50), n'interrompent pas le séjour en soins de suite et le régime d'exonération persiste pour les soins et les frais de transport.

QUESTION N° 3 Comment sont pris en charge les frais de transport de l'établissement de soins vers son domicile, du patient qui sort d'une hospitalisation au cours de laquelle a été pratiqué un acte égal ou supérieur à 50 et les frais de transport de son domicile vers un établissement de santé pour des soins de suite ?

Il est rappelé que, pour être prise en charge, la deuxième hospitalisation doit succéder à la première, sans hospitalisation intercurrente pour un motif différent dans l'intervalle. Il n'y a pas de délai de référence entre les deux hospitalisations. Le retour à domicile temporaire du patient, en attente, par exemple, qu'un placement en établissement de moyen séjour se libère, ne rompt pas la continuité.

Toutefois, le décret du 18 décembre 2003 ne prévoit la prise en charge des frais de transport qu'entre deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile. En conséquence, les frais de transport entre l'établissement de soins où a été pratiqué un acte égal ou supérieur à 50 et le domicile, et entre le domicile et l'établissement de soins de suite sont pris en charge dans des conditions de droit commun et ne donnent pas lieu à exonération du TM.

Précisions apportées sur les conditions de prise en charge de l'appareillage

Suite à de nombreuses interrogations, il est apparu nécessaire d'apporter les précisions suivantes :

- ✓ les prothèses oculaires et faciales (Titre II chapitre 5 de la LPP), doivent bien être considérées désormais comme devant être prises en charge à 100%, ce qui n'était pas le cas avant l'entrée en vigueur du décret. C'est en l'espèce la date de délivrance de la prestation (le plus souvent, la date de facturation sauf précision contraire) qu'il convient de retenir pour faire application du bon taux de prise en charge :
- ✎ toutes les facturations de prothèses oculaires et faciales établies jusqu'au 31 décembre 2003 inclus doivent donner lieu à l'application du ticket modérateur et donc être remboursées à hauteur de 65% du tarif sous réserve d'autres cas d'exonération ;

- ✎ toutes les facturations de prothèses oculaires et faciales établies à compter du 1^{er} janvier 2004 (date d'entrée en vigueur du décret) doivent quant à elles donner lieu, dans tous les cas, à une prise en charge à hauteur de 100% du tarif.
- ✓ l'extension de la dérogation à d'autres frais : la précédente circulaire CNAMTS vous informait qu'il convenait d'étendre l'exonération du ticket modérateur dont bénéficient les frais d'acquisition des véhicules pour handicapés physiques (Titre IV de la LPP), des orthoprothèses (Titre II chapitre 7) et des prothèses oculaires et faciales (Titre II chapitre 5), à leurs frais de réparations, d'entretien **et de location**.

Cette extension, qui résulte d'une position ministérielle récente, apparaît justifiée s'agissant des frais d'entretien et de réparations de ces catégories d'appareillage, dans la mesure où ils constituent le prolongement des frais d'acquisition (cf. lettre ministérielle n° AG 5272 du 13 mai 1957). **En revanche, s'agissant de la location (seuls les véhicules pour handicapés physiques pris en charge à la location sont concernés) elle est plus incertaine. En effet, le décret ne vise que les frais d'acquisition qui ne recouvrent que les frais d'achat.**

Dans l'attente des précisions que le Ministère devrait apporter à ce sujet, il vous est demandé de ne pas étendre l'exonération du ticket modérateur aux frais de location des appareillages visés.

Nous vous demandons de porter à la connaissance des professionnels de santé et des établissements de votre circonscription ou de votre département ces informations.

Enfin, vous trouverez en annexe, un modèle de courrier réalisé par la DICOM permettant de **répondre aux interrogations des assurés sociaux bénéficiaires d'actes en série situés à cheval entre les deux réglementations.**

Le courrier prend appui sur les actes en série les plus fréquents – kinésithérapie et soins infirmiers. Pour autant, il pourrait convenir pour tout type d'actes en série, moyennant modification de l'exemple (voir paragraphe 3 du courrier).

Nous attirons votre attention sur le fait que ce modèle ne s'adresse pas à l'ensemble de la cible mais uniquement aux assurés qui ont pris contact avec leur caisse pour des explications concernant l'évolution de cette prise en charge.

Nous vous remercions de nous faire part des difficultés d'application qui pourraient naître de l'application de ces dispositions.

FRAIS PRE ET POST OPERATOIRES K > 50 :

FIN DE PRISE EN CHARGE A 100%

LETTRE D'INFORMATION AUX ASSURES

Cible :

- courrier faisant suite à une réclamation
- bénéficiaire d'actes en série situés à cheval entre les 2 règlements
- concerne les actes en série les plus fréquents : kinésithérapie et soins infirmiers

Ce modèle peut également convenir pour une réclamation sur d'autres actes en série. Dans ce cas, remplacer le 3^e paragraphe débutant par « Ainsi par exemple » par un message en lien avec le motif de réclamation.

Madame, Monsieur,

Vous avez constaté que certains soins pratiqués à la suite de votre récente hospitalisation n'étaient plus pris en charge à 100%.

En effet, depuis le 1^{er} janvier dernier, un décret ministériel a aligné les conditions de prise en charge des soins* réalisés avant ou après une hospitalisation au taux habituel des soins prescrits par votre médecin traitant.

Ainsi par exemple, les actes infirmiers ou de kinésithérapie faisant suite à une hospitalisation sont désormais remboursés à 70%.

Votre mutuelle ou votre assurance complémentaire peut prendre en charge la différence (appelée ticket modérateur) suivant les conditions de votre contrat. Par contre, si vous n'en disposez pas, cette différence reste à votre charge.

Toutefois, si à titre personnel, vous bénéficiez d'une prise en charge à 100% – par exemple pour une affection de longue durée, une pension d'invalidité ou une rente – cette nouvelle disposition ne s'applique pas.

Vous continuez donc d'être entièrement remboursé(e) par l'Assurance Maladie.

Si vous souhaitez des informations complémentaires, nous restons à votre disposition au numéro de tél : XXXXX.

Je vous prie d'agréer, madame, monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur de votre Caisse

* dont le coefficient est supérieur à K 50