



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-9/2005

Document consultable dans Médi@m

Date :

17/01/2005

Domaine(s) :

Risques maladie

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

LPP - sanctions du dépassement des prix réglementés - application de l'article L.165-3-1 du code de la sécurité sociale

Liens :

Plan de classement :

25202

Emetteurs :

DRM DSM DFC

Pièces jointes : 1

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 :

Votre attention est attirée sur la parution du décret n° 2004-477 du 1^{er} juin 2004 (JO du 3 juin), codifié R.165-31 et suivants du code de la sécurité sociale (CSS), relatif aux modalités d'application de l'article L.165-3-1 du CSS. Ces dispositions permettent aux organismes d'assurance maladie d'intervenir auprès du fournisseur en cas d'inobservation de la réglementation des prix en exigeant de ce dernier la restitution du dépassement.

Mots clés :

LPP - dépassement

La Directrice
des Risques Maladie

Bernadette MOREAU

La Médecin Conseil National Adjointe

Catherine BISMUTH

Le Directeur
des Finances et de la Comptabilité

Joël DESSAINT

CIRCULAIRE : 9/2005

Date : 17/01/2005

Objet : LPP - sanctions du dépassement des prix réglementés - application de l'article L.165-3-1 du code de la sécurité sociale

Affaire suivie par : Sandrine AUJOUX-DE MATOS ☎ 01.72.60.10.68
(réglementation LPP)
Marina POUJOULY ☎ 01.72.60.19.13
(Direction Financière et Comptable)
Martine JOUIN ☎ 01.72.60.18.64
(Direction Financière et Comptable)
Dr Odile VANDENBERGHE ☎ 01.72.60.25.77
(Direction du Service Médical)

L'article L. 165-3-1 du Code de la Sécurité Sociale créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, fixe le principe permettant aux organismes d'assurance maladie d'intervenir auprès de la personne ayant facturé un produit ou une prestation inscrits à la LPP en cas d'inobservation de la réglementation des prix (dépassement du prix fixé par arrêté). Les organismes d'Assurance Maladie peuvent, en effet, exiger de cette personne la restitution auprès d'eux du dépassement en résultant ; il leur incombe en parallèle de rembourser l'assuré.

Cette disposition autorise également, dans certaines conditions, le prononcé d'une sanction conventionnelle.

L'article L. 165-3-2 prévoit quant à lui qu'une pénalité financière peut dans certains cas être prononcée à l'encontre de la personne ayant facturé le produit ou la prestation.

Les articles R. 165-31 et suivants du Code de la Sécurité Sociale permettent la mise en œuvre de ces dispositions.

L'objet de la présente circulaire est donc de vous expliciter la procédure ainsi mise en place et ses implications concrètes.

I - LES PROFESSIONNELS VISES

La procédure prévue à l'article L. 165-3-1 du Code de la Sécurité Sociale vise "les personnes ayant facturé un produit ou une prestation inscrits" à la LPP. Cette terminologie générique désigne tout professionnel, personne physique ou morale, facturant dans le domaine de la LPP.

Il s'agit ainsi :

- des fournisseurs commerciaux exerçant sous forme sociétaire,
- des artisans,
- des fournisseurs associatifs,
- des pharmaciens,
- des cliniques privées qui sont autorisées à facturer en sus de leurs forfaits certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par l'arrêté du 26 avril 2001 (JO du 29/04). La mise en œuvre de la tarification à l'activité doit cependant mettre partiellement un terme à cette possibilité.

Ces personnes, physiques ou morales, seront qualifiées par les termes "les professionnels" tout au long de la circulaire.

II - LA PROCEDURE (CF. SCHEMA EN ANNEXE)

L'objectif de cette procédure est de donner aux organismes d'Assurance Maladie les moyens de veiller au respect de la réglementation des prix dans le domaine de la LPP et de permettre à l'assuré lésé par la pratique de certains professionnels qui facturent des articles de la LPP **en paiement direct ou en dispense d'avance des frais**, de récupérer les sommes qu'il a indûment versées.

Ce sont donc les organismes de prise en charge qui traitent les facturations et gèrent les relations avec les assurés qui la mettront en oeuvre.

La procédure se décline en plusieurs étapes :

1. La constatation du manquement et la notification des faits reprochés (art. L. 165-3-1 alinéa 1 et R. 165-31)

1.1 - La constatation

Le point de départ de la procédure est la constatation par l'organisme d'Assurance Maladie du non respect de la réglementation des prix par le professionnel qui a facturé le produit ou la prestation à l'assuré (en cas de paiement direct), ou à l'organisme de prise en charge (en cas de dispense d'avance des frais).

Cette constatation doit résulter :

- avant la mise en œuvre du codage : d'un contrôle aléatoire des facturations relatives à des produits ou prestations faisant l'objet d'un prix fixé par arrêté (cf. arrêté du 1^{er} juin 2004 JO du 30 juin qui fixe la liste récapitulative de l'ensemble des produits et prestations inscrits à la LPP soumis à prix réglementés),
- à compter de la mise en œuvre du codage : de l'exploitation du signalement 2500 077.

1.2 - La notification des faits reprochés

Une fois le manquement constaté, le directeur de l'organisme d'Assurance Maladie adresse au professionnel, une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés.

A compter de la date de réception de cette notification, ledit professionnel a un mois pour faire valoir ses observations par écrit.

Une copie de la notification est adressée à l'assuré ; ce dernier peut également faire valoir ses observations écrites dans un délai d'un mois à compter de la réception de la copie. Cette possibilité devra lui être précisée dans le courrier d'accompagnement de la copie de la notification.

Il est préférable pour garantir le bon déroulé de la procédure que les notifications interviennent par lettre recommandée avec accusé de réception.

2. La confirmation de la matérialité des faits et la restitution du dépassement (art. L. 165-3-1 alinéa 1 et 2, R.165-31-1 et R.165-31-2)

2.1 - Confirmation de la matérialité des faits et restitution du dépassement à l'assuré

2.1.1 - Principe

L'organisme d'Assurance Maladie doit apprécier la matérialité des faits au regard des observations écrites que lui auront éventuellement fait parvenir l'assuré ou le professionnel.

En cas de confirmation de la matérialité des faits, l'article L. 165-3-1 alinéa 2 prévoit que **l'organisme d'Assurance Maladie doit reverser à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. La restitution du dépassement indu à l'assuré doit ainsi intervenir avant même la mise en demeure de rembourser adressée au professionnel ayant facturé le produit ou la prestation avec dépassement.**

Cette disposition qui implique que la caisse endosse en quelque sorte le rôle du professionnel en assumant le remboursement anticipé du dépassement auprès de l'assuré, trouve sa justification dans la nécessité de ne pas pénaliser financièrement l'assuré. Le dépassement a, en effet, été entièrement à la charge de l'assuré. Il a également pu supporter le coût du ticket modérateur, la prise en charge au titre de l'Assurance Maladie n'intervenant qu'à hauteur du tarif avec, selon les cas, application ou non d'un ticket modérateur.

La caisse assume ici pleinement son rôle de protection des assurés sociaux. Sa position vis-à-vis du professionnel avec qui elle entretient des liens financiers, réduit considérablement le risque de ne pas récupérer les sommes indues qui est, en revanche, bien réel pour les assurés.

Il convient dans ce cadre que l'organisme d'Assurance Maladie accompagne cette restitution du dépassement à l'assuré d'une lettre explicative afin que ce dernier puisse comprendre les raisons du remboursement dont il fait l'objet. Cette lettre explicative permet également d'informer l'assuré de l'aboutissement de la procédure dont il a été avisé à l'occasion de la notification des faits reprochés au professionnel ayant facturé le produit ou la prestation.

2.1.2 - Modalités comptables et financières de restitution à l'assuré

Le montant à rembourser à l'assuré sera réglé manuellement et comptabilisé dans COPENIC au débit du compte 4728881 – Dépenses à classer ou à régulariser – Dettes – Indus.

Par ailleurs, le montant versé devant être récupéré ultérieurement auprès du professionnel, il devra être enregistré dans l'application DETTES sous le code nature de compte APR (Autres prestations à récupérer).

Le mouvement CIN-APR générera automatiquement l'écriture suivante :

TM/TA 409218 Autres prestations indues à récupérer

à TM/TA 4728881 Dépenses à classer ou à régulariser – Dettes – Indus.

A noter que l'imputation en TM ou TA dépendra de la nature d'assurance concernée par l'acte.

La récupération auprès du professionnel ne pouvant s'effectuer immédiatement (la procédure de mise en demeure doit être achevée au préalable), il convient de procéder à sa suspension par un mouvement transactionnel dans DETTES (choix « Mise à jour du débiteur »).

2.2 - Notification de la mise en demeure et reversement du dépassement par le professionnel ayant facturé le produit ou la prestation

La confirmation des faits établie, la restitution du dépassement à l'assuré intervenue, l'organisme d'Assurance Maladie notifie au professionnel une mise en demeure de **lui** rembourser la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. Cette mise en demeure s'inscrit dans le cadre de la procédure de recouvrement prévue aux articles L. 224-1 et suivants et R. 244-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale. En effet, l'article L. 165-3-2 précise que pour le recouvrement des sommes exigées du professionnel, l'organisme d'Assurance Maladie peut faire usage des prérogatives et des règles applicables par les organismes de recouvrement des cotisations sociales. Il peut également recourir à la compensation.

2.2.1 - La mise en demeure

- Elle doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception dans les délais suivants (article R. 165-31-1) :
 - ✎ 1 mois à compter de la date de réception des observations écrites de la personne ayant facturé,

Exemple : l'organisme d'Assurance Maladie notifie les faits reprochés le 1^{er} juin (date de réception le 3 juin, l'accusé de réception faisant foi) – le professionnel notifie ses observations le 25 juin (date de réception le 27 juin), l'organisme d'Assurance Maladie a jusqu'au 27 juillet pour notifier sa mise en demeure.

- ✎ En l'absence d'observations écrites, un mois à compter de l'expiration du délai initial d'un mois qui court à compter de la notification des faits reprochés à la personne ayant facturé le produit ou la prestation.

Exemple : l'organisme d'Assurance Maladie notifie le 1^{er} juin (date de réception le 3 juin, l'accusé de réception faisant foi) – aucune observation écrite n'est notifiée par la personne ayant facturé ; le délai d'1 mois doit malgré tout s'écouler. Ce n'est donc qu'à compter du 3 juillet et jusqu'au 3 août que l'organisme d'Assurance Maladie a la possibilité de notifier sa mise en demeure.

- La mise en demeure doit être clairement motivée et respecter un certain formalisme. La Jurisprudence prévoit qu'elle doit permettre au débiteur d'avoir connaissance de la nature, de la cause et l'étendue de son obligation. Il importe qu'elle précise à cette fin, à peine de nullité :

- la nature et le montant des sommes réclamées,
- l'origine de la dette,
- la période à laquelle elle se rapporte,

La preuve d'un préjudice n'est pas exigée.

Cette mise en demeure doit en outre comporter les précisions suivantes :

- l'exhaustivité et le détail des faits reprochés doivent être rappelés,
- les observations écrites éventuellement formulées par le professionnel doivent être reprises et contre argumentées,
- les observations écrites éventuellement formulées par l'assuré peuvent venir conforter la motivation,

- la mise en demeure doit préciser le délai imparti au professionnel pour rembourser la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. Le texte ne fixe pas de délai particulier. Un délai d'un mois paraît pouvoir être retenu. Les modalités de ce reversement que nous verrons en point 2.2.2, doivent être spécifiées,
- le professionnel doit être avisé qu'en cas de non exécution, l'organisme pourra récupérer sa créance par compensation et qu'une pénalité pouvant être modulée selon la gravité des faits, pourra être prononcée à son encontre,
- les voies de recours ainsi que les délais doivent être spécifiés. Cette procédure relevant du contentieux général de la Sécurité Sociale, ce sont les CRA qui seront compétentes pour connaître à ce stade, des recours formés par les professionnels visés. **Le délai de recours** est celui prévu à l'article R. 142-1 alinéa 3 CSS **soit 1 mois** à compter de la notification de la mise en demeure.

2.2.2 - Le reversement du dépassement par le professionnel

Comme nous l'avons vu ci-dessus, la mise en demeure précise les modalités de la restitution : **c'est à l'organisme d'Assurance Maladie que le professionnel ayant facturé un produit ou une prestation avec dépassement non justifié doit rembourser la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté.**

Ledit organisme qui, en amont de la mise en demeure, a remboursé la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté à l'assuré, est ainsi subrogé dans les droits de ce dernier pour récupérer le dépassement indûment perçu par le professionnel.

Cette possibilité qui constitue une nouveauté, permet de garantir la récupération du dépassement au profit de l'assuré et d'éviter que ce dernier ne se décourage face à une démarche de récupération qui pourrait s'avérer lourde et hasardeuse.

2.2.3 - Modalités comptables et financières de restitution du dépassement

Lorsque la récupération peut être effective (la procédure de mise en demeure est achevée), l'option de suspension dans DETTES doit être levée.

Le montant du dépassement récupéré auprès du professionnel sur un flux de prestations (APR-RPR) sera comptabilisé automatiquement de la manière suivante :

TM/TA 47511 Prestations à ventiler à TM/TA 409218 Autres prestations indues à récupérer

En cas de remboursement du professionnel, la saisie de l'encaissement dans DETTES (APR-ENC) engendrera l'écriture comptable suivante :

TM/TA 4718881 Recettes à classer ou à régulariser – Dettes – Indus à TM/TA 409218 Autres prestations indues à récupérer.

3. La non exécution de la mise en demeure (art. L. 165-3-1 alinéa 3)

3.1 - *Caractérisation de la non exécution*

La non-exécution de la mise en demeure est caractérisée par l'absence de reversement du dépassement à l'organisme d'Assurance Maladie par le professionnel à l'issue du délai d'un mois qui court à compter de la notification de la mise en demeure vue au point 2.2.1. Toutefois, **les voies de recours** dont dispose le professionnel **ont un caractère suspensif** : tant qu'elles ne sont pas épuisées, la décision de l'organisme d'Assurance Maladie n'a aucun caractère exécutoire.

2 cas de figure sont possibles :

- le professionnel n'a pas formé de recours contre la mise en demeure devant la CRA. A l'échéance du délai de recours d'un mois (article R. 142-1 alinéa 3), plus aucun recours n'est possible devant le TASS (forclusion). La non-exécution est donc caractérisée le 1^{er} jour suivant l'échéance du délai de recours gracieux.
- le professionnel a formé un recours contre la mise en demeure devant la CRA. Il dispose donc d'un délai de 2 mois (article R. 142-18 CSS) à compter de la notification de la décision définitive de l'organisme pour former un recours devant le TASS :
 - ✎ si à l'échéance de ce délai, le TASS n'est pas saisi, plus aucun recours ne sera possible (forclusion). La non-exécution est donc caractérisée le 1^{er} jour suivant l'échéance du délai de recours contentieux.

✎ si le TASS est saisi dans ce délai, 2 possibilités :

- son jugement confirme la décision de l'organisme et intervient en dernier ressort (jusqu'à 3 800 €). La caractérisation de la non exécution est établie le 1^{er} jour suivant l'échéance du délai raisonnable laissé au professionnel par le TASS pour s'exécuter ; à défaut, le 16^{ème} jour suivant la notification du jugement aux parties,
- son jugement confirme la décision de l'organisme mais intervient en 1^{er} ressort : l'appel est donc possible. Cette voie de recours à un caractère suspensif (article 539 Nouveau Code de Procédure Civile). Toutefois, il est possible dans ce dernier cas d'obtenir du TASS l'exécution par provision de son jugement (article R. 142-26 CSS).

3.2 - Conséquences

3.2.1 - La compensation sur les remboursements futurs de prestation

Dès lors que sa décision est exécutoire (voies de recours épuisées), l'organisme d'Assurance Maladie peut récupérer le dépassement injustifié en utilisant les moyens mis à sa disposition par l'article L. 165-3-2. **La compensation devra dans ce cadre être privilégiée**, dans la mesure où cette procédure ne requiert pas l'obtention d'un titre exécutoire. Il est rappelé que ce mode de restitution du dépassement a été notifié au professionnel par le biais de la mise en demeure, il n'est donc pas nécessaire d'en aviser à nouveau le professionnel.

3.2.2 - La pénalité financière

3.2.2.1- Le principe

L'article L. 165-3-1 alinéa 3 prévoit que l'organisme d'Assurance Maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel qui n'a pas reversé le dépassement, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

L'article R. 165-31-3 détermine la pénalité selon deux critères : le niveau du dépassement exprimé en pourcentage et selon que la personne ayant facturé se trouve en situation de récidive ou non.

Le mode de calcul retenu consiste à appliquer un taux progressif de majoration par tranche définie par l'article précité selon le montant du dépassement à la charge de l'assuré afin d'obtenir le montant de la pénalité.

*Ex. : prix fixé par arrêté => 100 € ; prix facturé => 150 €
Le dépassement étant de 50% du prix fixé par arrêté,
la pénalité sera donc égale à 135% du dépassement soit,
67,50 €. Le professionnel devra donc rembourser 50 € +
67,50 € soit 117,50 €.*

En cas de récidive dans les deux ans précédents, pour un dépassement inférieur ou égal à 25% du prix fixé par arrêté, la pénalité sera égale à 130% soit 10% de plus qu'en l'absence de récidive.

Ce taux peut aller jusqu'à 160% en cas de dépassement supérieur à 50% du prix fixé par arrêté.

3.2.2.2 - La mise en œuvre

Une mise en demeure de payer la pénalité doit être adressée au professionnel.

La procédure à mettre en œuvre suit ici le même formalisme que celle déclinée pour la notification de la mise en demeure au professionnel de reverser le dépassement (points 2.2 et 3).

Lorsque la décision de l'organisme d'Assurance Maladie est exécutoire (voies de recours épuisées), ce dernier à la possibilité de récupérer la pénalité par le biais de la compensation sur les remboursements futurs de prestation.

3.2.2.3 - La comptabilisation

L'enregistrement dans DETTES de la pénalité à récupérer s'effectuera sous un nouveau code nature de compte à créer PDP (Pénalités Dépassements de prix). Le mouvement de constat CIN-PDP engendrera automatiquement une imputation au compte spécifique (à créer) 4092153 – Indus professionnels– Pénalités Art. 2L.165-3-1.

La récupération sur un flux de prestations du professionnel donnera lieu à l'écriture automatique suivante :

TM/TA 47511 Prestations à ventiler à 4092153 – Indus professionnels – Pénalités Art. L. 165-3-1

Si le paiement est effectué directement par le professionnel, l'écriture comptable automatique de l'encaissement sera la suivante :

TM/TA 4718881 Recettes à classer ou à régulariser – Dettes – Indus,

à TM/TA 4092153 Indus professionnels – Pénalités Art. L. 165-3-1.

4 - La sanction conventionnelle

L'article L. 165-3-1 alinéa 4 prévoit que "lorsque la gravité ou la répétition des faits est constatée, une suspension du conventionnement, pour une durée maximale de deux ans, peut également être prononcée".

4.1 - *Existence d'une convention*

La mise en œuvre de cette disposition implique que la personne ayant facturé le produit ou la prestation soit engagée conventionnellement avec l'Assurance Maladie et également que la sanction soit prononcée par l'organisme d'Assurance Maladie ayant en charge les relations conventionnelles.

Ainsi, les organismes d'Assurance Maladie qui mettraient en œuvre la procédure prévue à l'article L. 165-3-1 et qui constateraient une gravité (en l'occurrence, l'importance des dépassements) ou une répétition dans les faits reprochés, sont invités à mettre en œuvre les procédures de sanctions conventionnelles à leur disposition.

4.2 - *Organismes d'Assurance Maladie habilités à prononcer des sanctions conventionnelles*

Ces procédures devront être mises en œuvre par l'organisme d'Assurance Maladie qui gère les relations conventionnelles.

Il s'agit, de l'organisme de prise en charge pour les pharmaciens, de la CRAM pour les autres catégories de professionnels de la LPP. Dans ce dernier cas, il appartient à l'organisme de prise en charge qui aura mis en évidence le non respect de la réglementation des prix, d'informer la CRAM concernée.

D'un point de vue général, les organismes de prise en charge sont invités à communiquer toutes informations utiles aux CRAM, relatives aux pratiques des professionnels de la LPP dont elles gèrent les conventions.

Dans les deux cas, les organismes d'Assurance Maladie devront réunir les commissions paritaires (locales ou régionales) prévues à cet effet dans les conventions afin de recueillir leur avis sur la sanction à prononcer.

4.3 - Sanctions possibles

Les sanctions que seraient amenés à prononcer les organismes d'Assurance Maladie dans ce cadre ne pourront pas aller au-delà de la suspension du conventionnement pour une durée maximum de 2 ans.

Lesdites sanctions devront être clairement motivées et seront exécutoires à compter de la notification de la décision définitive de l'organisme. Les recours formés à leur encontre ne sont en effet pas suspensifs.

Les voies de recours doivent être précisées, en l'occurrence, le tribunal administratif (article L. 165-3-1 alinéa 4).

4.4 - Cas particulier des cliniques privées

Les organismes d'Assurance Maladie sont invités, lorsque la gravité ou la répétition des faits relatifs au non respect de la réglementation des prix est constatée à l'encontre de ces établissements de santé, à signaler cette situation à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. En effet, l'article

L. 6114-3 alinéa 6 prévoit que les contrats conclus entre les cliniques et les ARH "peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'ARH en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations législatives, réglementaires ou contractuelles".

III- LES DEPASSEMENTS (OU SUPPLEMENTS) JUSTIFIES

L'arrêté du 27 février 2004 (JO du 10 mars) fixant le prix de vente public TTC des podo-orthèses, autorise en son article 2 la facturation de suppléments dans certaines conditions.

Les podo-orthèses font partie des dispositifs médicaux inscrits à la LPP soumis à la réglementation des prix. Il en résulte que les professionnels du secteur ne peuvent pas facturer leur prestation à un prix de vente supérieur à celui fixé par arrêté.

Toutefois, et afin de tenir compte de la particularité des podo-orthèses dont les fonctions ne sont pas exclusivement thérapeutiques, les pouvoirs publics ont été amenés à reconnaître la possibilité pour les podo-orthésistes de facturer des suppléments à certaines conditions : ils doivent résulter de "modifications ou adaptations non liées à une fonction thérapeutique et demandées expressément par l'assuré".

Ainsi, toute prestation complémentaire ne répondant pas à une justification médicale qui peut donc être, à ce titre, aisément dissociée des éléments essentiels (mentionnés aux spécifications techniques) constituant une chaussure orthopédique, et demandée par l'assuré, peut être facturée en supplément.

L'article 3 de l'arrêté du 27 février 2004 prévoit par ailleurs que le professionnel doit dans les cas de facturation de suppléments, établir un devis circonstancié de la commande. Il doit y être mentionné :

- le tarif de prise en charge,
- la nature des modifications et/ou adaptations demandées ainsi que leur coût à la charge de l'assuré,
- le prix total de la podo-orthèse.

Le devis doit être signé par l'assuré et joint à la feuille de soins à l'occasion de la facturation. Le professionnel doit en garder un double.

La procédure prévue à l'article L. 165-3-1 du Code de la Sécurité Sociale ne doit ainsi pas être mise en œuvre à l'encontre du podo-orthésiste ayant facturé un supplément à un assuré, dès lors que ce professionnel a respecté les conditions limitatives énoncées ci-dessus.

La mise en œuvre de la procédure prévue aux articles L. 165-3-1 et suivants du CSS peut avoir des conséquences sur les remboursements des organismes complémentaires. La CNAMTS vous informe qu'une réflexion est actuellement menée afin de déterminer les modalités de la transmission à ces organismes de l'information relative à la restitution à l'assuré d'un dépassement indu.

Les caisses sont invitées à faire part à la CNAMTS des difficultés éventuelles d'application de la présente circulaire.

La Directrice
des Risques Maladie
Bernadette MOREAU

La Médecin Conseil
National Adjointe
Catherine BISMUTH

Le Directeur des Finances
et de la Comptabilité
Joël DESSAINT