

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

18/02/93

Origine :

DGR

ENSM

MMES et MM les Directeurs

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM

les Médecins Conseils Régionaux
les Médecins Chefs des Echelons Locaux du Service Médical

M. le Médecin Chef de la Réunion

(pour attribution)

Réf. :

DGR n° 20/93 - ENSM n° 4/93

Plan de classement :

242	23					
-----	----	--	--	--	--	--

Objet :

MODALITES D'APPLICATION DES DISPOSITIONS PREVUES PAR LA LETTRE INTERMINISTERIELLE DU 11 JUILLET 1991 MODIFIEE LES 30 MARS 1992 ET 21 OCTOBRE 1992 FIXANT LA COTATION PROVISOIRE DES ACTES DE SCANOGRAPHIE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE SOUS COMPETENCE TARIFAIRE DE L'ETAT

Pièces jointes :

0	2
---	---

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DESMES/J.F. ROUGET

Téléphone :

42.79.32.97

@

Direction de la gestion du Risque

18/02/93

Le Directeur de la Caisse Nationale de
l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Origine :
DGR
ENSM

à

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM
les Médecins Conseils Régionaux
les Médecins Chefs des Echelons Locaux du Service Médical
M. le Médecin Chef de la Réunion
(pour attribution)

N/Réf. : DGR n° 20/93 - ENSM n° 4/93

Objet : Modalités d'application des dispositions prévues par la lettre interministérielle du 11 juillet 1991 modifiée les 30 mars 1992 et 21 octobre 1992 fixant la cotation provisoire des actes de scanographie aux établissements de santé sous compétence tarifaire de l'Etat.

Je vous prie de trouver ci-jointe en annexe, la circulaire interministérielle DCSS/AMI1/92/93 du 17 décembre 1992 relative aux modalités de facturation et de prise en charge par l'Assurance maladie, des actes de scanographie réalisés dans les établissements de santé sous compétence tarifaire de l'Etat ou à leur demande.

Cette circulaire confirme les modalités de prise en charge des examens de scanographie qui vous ont été communiquées par la lettre CNAMTS (DESMES CN/VC N°1249/91) du 19 décembre 1991 et reprend notamment l'obligation pour chaque établissement de tenir par appareil, un registre par ordre chronologique et mentionnant, pour chaque acte, la date d'exécution, le numéro d'ordre par année civile, le nom et la qualité du praticien ayant effectué l'acte, le nom du patient et le numéro d'immatriculation de l'assuré.

Le registre comporte également l'indication du numéro de l'appareil et de sa date d'installation, entendue comme la date de la visite de conformité.

L'attention des Caisses est appelée sur les points suivants :

- I. En ce qui concerne la co-utilisation avec le secteur libéral de l'équipement des établissements de santé sous compétence tarifaire de l'Etat, les dispositions de la lettre interministérielle du 11 juillet 1991 emportent les conséquences suivantes :
 - la formalité d'entente préalable est supprimée pour l'acte de scanographie, sauf dans le cas où cet examen donne lieu à la cotation de deux actes au cours de la même séance,
 - une convention doit être conclue entre l'établissement de santé gestionnaire de l'appareil et les organismes d'Assurance Maladie. Le modèle de convention relative à l'imagerie par résonance magnétique nucléaire sert de référence et la liste des médecins utilisateurs est communiquée aux organismes d'Assurance Maladie,
 - les honoraires du praticien libéral sont facturés sur la feuille de soins,
 - le forfait technique est calculé selon les modalités prévues dans la lettre interministérielle du 11 juillet 1991 et précisées par circulaires ministérielles des 30 mars et 21 octobre 1992.
- II. Par ailleurs, l'instruction des Pouvoirs Publics précise en son point 3, les modalités applicables aux actes réalisés par les praticiens hospitaliers temps plein dans le cadre de leur exercice libéral. Il est notamment indiqué que le praticien doit établir une feuille de soins préidentifiée à son nom et qu'il appartient au patient de se procurer le produit de contraste dans une officine de ville sur présentation de la prescription du médecin.

Je crois utile de souligner que dans le cadre du contrat d'activité libérale prévu à l'article 9 du décret n°87 H 944 du 25 novembre 1987, le praticien s'engage à établir un titre forfait technique.

Le montant du forfait technique est versé directement par la Caisse d'affiliation de l'assuré à l'établissement d'hospitalisation selon les mêmes modalités que celles précisées par la circulaire CAB n° 50/90 du 13 juin 1990 relative à la prise en charge des actes d'imagerie par résonance magnétique nucléaire.

L'hôpital reverse ensuite au praticien une quote part de 20% de ce montant. Je vous précise qu'en application du décret n° 93.133 en date du 29 janvier 1993 qui modifie le décret n° 87.944 du 25 novembre 1987, la redevance ne s'applique plus, depuis le 1er août 1991, aux honoraires d'examens dus par le praticien, dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil.

Le praticien hospitalier est tenu d'adresser à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont il dépend, copie du contrat d'activité libérale.

III. Enfin s'agissant du cas particulier des actes de scanographie effectués en co-utilisation d'un équipement exploité par une structure juridique de type GIE ou GIP, la circulaire interministérielle précise les modalités de facturation :

- lorsque l'établissement de santé est membre d'une structure de type GIE ou GIP, les examens pratiqués sur des malades hospitalisés ou sur des malades ambulatoires sont considérés comme la continuité de son activité hospitalière et les frais sont intégrés dans les dépenses de fonctionnement de l'établissement,
- lorsqu'il s'agit d'examens effectués en consultation externe pour un patient qui ne justifie pas de droits ouverts, l'établissement de santé procède à une facturation individuelle.

Vous trouverez en annexe de la circulaire interministérielle un tableau reprenant l'ensemble des modalités de facturation et de prise en charge des examens de scanographie et qui précise notamment les modalités de facturation à intervenir dans le cadre des relations inter-établissements.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés éventuelles rencontrées dans l'application de ces dispositions.

J.P PHELIPPEAU

Liste des annexes :

- *Circulaire ministérielle DSS/AMI/92/93 du 17 décembre 1992*
- Modalités de facturation et de prise en charge par l'assurance maladie des examens de scanographie.

Modalités de facturation et de prise en charge par l'assurance maladie des examens de scanographie réalisés dans un établissement de santé sous compétence tarifaire de l'Etat titulaire de l'autorisation d'exploiter l'appareil

SITUATION DU PATIENT	FACTURATION ET PRISE EN CHARGE DE L'EXAMEN
Le patient est hospitalisé dans l'établissement de santé titulaire de l'autorisation	. L'acte de scanographie ne donne pas lieu à facturation particulière au patient. . Les frais d'actes de scanographie sont inclus dans les tarifs de prestation de l'établissement.
Le patient est hospitalisé dans un établissement de santé autre que l'établissement titulaire de l'autorisation	. Les frais d'acte de scanographie, décomposés en honoraires médicaux (Z19), acte d'injection (K5), produit de contraste et forfait technique, dans les conditions prévues en annexe de la lettre interministérielle du 11 juillet 1991 modifiée, sont facturés à l'établissement de santé dans lequel est hospitalisé le patient. Ces frais ne peuvent être refacturés à l'assurance maladie qui s'il s'agit d'un établissement conventionné.

Le patient est un consultant externe à l'établissement de santé titulaire de l'autorisation

- . L'acte de scanographie est décomposé en honoraires médicaux (Z19), acte d'injection (K5), produit de contraste et forfait technique, dans les conditions prévues en annexe de la lettre interministérielle du 11 juillet 1991
- . Les frais d'examen sont couverts ou non par la dotation globale selon les règles habituelles :
 - 1) Le malade justifie de ses droits d'assuré social : l'établissement applique le ticket modérateur sur les honoraires médicaux (Z19), acte d'injection (K5) et sur le produit de contraste.
 - 2) Le malade ne justifie pas de ses droits et/ou n'est pas assuré social : les frais d'acte de scanographie sont facturés au malade consultant externe sur une feuille de soins établie par le praticien, notamment le forfait technique selon le modèle joint en annexe III de la lettre interministérielle du 11 juillet 1991, et comptabilisés sur le compte 70658 "autres produits des activités faisant l'objet d'une tarification spécifique" du groupe fonctionnel 2 "produits de l'activité hospitalière".
Chaque document porte le numéro FINESS de l'établissement, la date d'autorisation de l'appareil, le numéro de l'examen, le nom du patient et son numéro d'immatriculation s'il est assuré.
L'établissement doit cocher la case "remboursement à l'assuré" portée dans la partie "remboursement" du titre.