

CIRCULAIRE

CIR-41/2006

Document consultable dans Médi@m

Date :

07/08/2006

Domaine(s) :

Système d'information

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

Objet :

Participation Assuré de 18
Euros.

Liens :

Plan de classement :

113

Emetteurs :

DDO DDGOS

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

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

Pour mise en oeuvre 01/09/2006

Résumé :

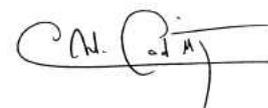
Le décret N°2006-707 du 19 juin 2006 paru au JO le 20 juin 2006 a pour objet d'appliquer aux actes antérieurement exonérés de participation de l'assuré en raison de leur valeur, une Participation Assuré de 18 euros.

La présente circulaire a pour objectif de vous présenter la mesure et ses différentes modalités d'application.

Mots clés :

Participation Assuré.

Pour le Directeur Général



Olivier de CADEVILLE

CIRCULAIRE : 41/2006

Date : 07/08/2006

Objet : Participation Assuré de 18 Euros.

Affaire suivie par :

DDGOS / DREGL :

Isabelle BOUILLE-AMBROSINI - ☎ 01 72 60 12 07

DDGOS / DOS / HOSPI :

Sabine LABATUT - ☎ 01.72.60.18.82

DDGOS / DOS / DACT :

Franck DE RABAUDY - ☎ 01 72 60 13 91

DDGOS / MMOI :

Xavier ROMULUS - ☎ 01 72 60 24 07

DDO / DMOP :

Catherine AL ABAYAJI - ☎ 01 72 60 10 34

Isabelle IEM - ☎ 01 72 60 18 16

Armand CAREL - ☎ 01 72 60 12 78

Le décret N°2006-707 du 19 juin 2006 paru au JO le 20 juin 2006 a pour objet d'appliquer aux actes antérieurement exonérés de participation de l'assuré en raison de leur valeur, une Participation Assuré de 18 euros.

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale 2006 vise à maximiser l'impact financier de cette disposition dans les établissements de santé, le forfait journalier de 15 euros (tarif 2006) s'ajoutera au montant de la Participation Assuré de 18 euros.

La présente circulaire a pour objectif de vous présenter la mesure et ses différentes modalités d'application.

Sommaire de la circulaire :

CIRCULAIRE

Date :

@

Affaire suivie par :

I. Présentation de la nouvelle règle :

I.1 Principe général :

I.2 Date d'effet :

I.3 Champ d'application :

I.4 Non application de la Participation Assuré de 18 euros :

I.5 La participation de l'assuré n'est ni réduite ni supprimée :

I.6 Cas particuliers :

III. Participation Assuré de 18 euros : modalités d'application :

III.1 La Participation Assuré sera versée par le patient :

III.2 Nombre de Participation Assuré de 18 euros à retenir :

IV. Modalités pratiques de mise en œuvre :

IV.2 Deuxième étape :

IV.3 Documents de référence :

V. Modalités pratiques d'accompagnement :

Annexe 1 : Décret N°2006-707 du 19 juin 2006

Annexe 2 : Circulaire ministérielle N°DSS/2A/2006/290 du 3 juillet 2006

I. Présentation de la nouvelle règle :

I.1 Principe général :

La mesure vise à remplacer l'exonération du ticket modérateur pour les actes dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 91 € prévue à l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale par l'application d'un ticket modérateur de 18 € sur ces actes.

I.2 Date d'effet :

La circulaire ministérielle prévoit une date d'application au 1^{er} septembre 2006 dans les conditions définies ci-après.

I.3 Champ d'application :

L'article R.322-8 du code de la sécurité sociale est modifié par le décret n° 2006-707 précité qui prévoit les dispositions suivantes :

La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie est réduite à 18 € dans les cas suivants :

1. pour les actes inscrits sur la liste mentionnée à l'article R. 162-52 qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros,
2. pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros,
3. pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées au 2 et en lien direct avec elle.

Le champ matériel de la mesure est globalement identique à celui de l'exonération actuelle et est développé dans le II du décret susmentionné. En particulier les règles de cumul d'actes applicables antérieurement demeurent inchangées.

Le décret indique que pour les frais intervenant au cours d'une hospitalisation, la participation de l'assuré est due au titre des frais de séjour.

I.4 Non application de la Participation Assuré de 18 euros :

I.4.1. Non application de la Participation Assuré de 18 euros en application du décret :

Le décret dispose que la participation de l'assuré est supprimée :

1. Pour les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positons mentionnés dans la liste des actes et prestations pris en charge ou admis au remboursement par l'assurance maladie prévue à l'article R.162-52 qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 €. Cette suppression ne dispense pas du versement du montant de la participation due par l'assuré au titre des autres actes pratiqués à l'occasion de la consultation ou des frais intervenus au cours de l'hospitalisation.
2. Pour les frais de transport d'urgence entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé, en cas d'hospitalisation mentionnée au 2 du I de l'article R.322-8 modifié ainsi que, en cas d'hospitalisation mentionnée au 3, du même article pour les frais de transport entre les deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile.
3. Pour les frais d'acquisition des prothèses oculaires et faciales, des orthoprothèses et des véhicules pour handicapés physiques figurant sur la liste prévue par l'article L. 165-1.

4. Pour les frais afférents à la fourniture du sang humain, du plasma ou de leurs dérivés et de la fourniture du lait humain.
5. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du trente et unième jour d'hospitalisation consécutif.

I.4.2 Les autres cas d'exonération de la participation de l'assuré fixés par le code de sécurité sociale :

Les diverses exonérations prévues par le code de la sécurité sociale ne sont pas remises en cause par les nouvelles dispositions. Les assurés bénéficient donc d'une exonération de leur participation dans les cas suivants :

- **Exonérations liées à la nature d'assurance :**

Sont concernés :

- Les assurés bénéficiant de l'Assurance Maternité (à compter du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement) sont exonérés de la Participation Assuré de 18 euros ;
- Il en est de même pour les assurés relevant de l'Assurance Accident du Travail et Maladie Professionnelle dès lors que les actes dispensés sont en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle.

- **Exonérations liées au statut de l'assuré/bénéficiaire :**

Sont concernés :

- les pensionnés d'invalidité ;
- les titulaires de pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité ;
- les assurés de plus de 60 ans, ayant été pensionnés d'invalidité et qui continuent de travailler après s'être opposés à la liquidation de la pension vieillesse pour inaptitude ;
- titulaires d'une pension de réversion, remplissant les conditions d'ouverture de droit à l'assurance invalidité et atteints d'une invalidité permanente entre 55 et 60 ans ;
- les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaires (articles L.115 à L.118 du code des pensions militaires et invalides de guerre), ainsi que leurs ayants droit ;
- les rentiers AT/MP pour une incapacité de travail au moins égale aux deux tiers et leurs ayants droit.

- **Exonérations liées à la nature des soins :**

Les actes exonérés de la participation assuré de 18 euros sont :

- les soins en rapport avec une ALD ;
- l'hébergement et les soins réalisés dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou les soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;
- l'hébergement et les actes effectués dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;
- l'hospitalisation des nouveaux nés dans les 30 jours suivant la naissance ainsi que tous les soins dispensés en établissement de santé au cours des 30 jours suivant la naissance ;
- les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et le traitement de celle-ci ;
- les soins consécutifs à des sévices sexuels subis par des mineurs.

I.5 La participation de l'assuré n'est ni réduite ni supprimée :

Le décret prévoit, comme auparavant la participation de l'assuré n'est ni réduite ni supprimée mais égale au ticket modérateur de droit commun pour les frais de prothèses dentaires, d'analyses de biologie et d'actes d'anatomo-cyto-pathologie sauf si ces actes sont dispensés dans le cadre d'une hospitalisation donnant lieu au paiement de la participation forfaitaire de 18€

I.6 Cas particuliers :

♦ Régime local d'Alsace Moselle :

Le Conseil de l'instance locale de gestion a décidé de prendre en charge la participation de 18 euros par décision en date du 19 décembre 2005.

♦ CMUC et AME :

Conformément aux dispositions de l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale, la participation assuré de 18 euros est prise en charge par la CMUC pour les personnes qui en sont bénéficiaires.

La participation assuré de 18 euros est prise en charge par l'AME pour les personnes en maintien de droit bénéficiant de l'AME à titre complémentaire, en raison de leur situation irrégulière. En effet, l'AME complémentaire prend en charge avec dispense d'avance de frais le ticket modérateur, en application de la circulaire ministérielle DSS/2A/DAS/DPM du 3 mai 2000.

N B : les dispositions du nouvel article R.322-8 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables aux bénéficiaires de l'AME puisque ces derniers n'ont pas la qualité d'assuré social. La Participation Assuré de 18 euros ne leur est donc pas applicable.

♦ **Régimes spéciaux** : les services ministériels ont indiqué que la participation forfaitaire ne serait pas prise en charge au titre de la part obligatoire mais, le cas échéant, au titre d'une part complémentaire éventuelle.

♦ **Organismes complémentaires** : les couvertures complémentaires ont la possibilité de prendre en charge la participation de 18 euros.

II. Maintien des règles de cumul pré-existantes pour atteindre le coefficient égal ou supérieur à 50, ou le tarif égal ou supérieur à 91 €:

Lorsqu'au cours d'une même consultation, sont réalisés par un même praticien et pour un même patient plusieurs actes affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 € la participation de l'assuré pour l'ensemble de ces actes est réduite à 18 euros.

Le décret prévoit que les coefficients ou les tarifs des actes peuvent se cumuler lorsque ces actes sont réalisés dans le même temps, par le même praticien et pour le même patient. Le texte indique aussi que les conditions d'application de ces règles de cumul sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. La circulaire ministérielle indique que les règles de cumul pré-existantes pour atteindre le seuil de 91 euros ou le coefficient 50 perdurent pour la mise en œuvre de la Participation Assuré de 18 euros.

Pour mémoire, la réforme de décembre 2003 (décret du 18 12 2003 et l'arrêté du 18 12 2003) a modifié les conditions de l'exonération dite K supérieur à 50 pour restreindre l'exonération du ticket modérateur :

- aux seuls actes pratiqués en ville d'un coefficient supérieur à 50,
- aux frais afférents à une hospitalisation au cours de laquelle est pratiqué un acte thérapeutique ou diagnostique (si la réalisation nécessite un environnement sécurisé hospitalier ex : tout acte réalisé sous anesthésie) coté 50 et plus,
- aux frais afférents à une hospitalisation consécutive et en lien direct avec l'hospitalisation exonérée.

Cette redéfinition de l'exonération prévue à l'article R 322-8 du CSS a donné lieu à différentes instructions : circulaire ministérielle du 26 décembre 2003, lettres ministérielles du 28 janvier 2004, 20 février 2004 et 21 juillet 2004, circulaires CNAMTS du 30 décembre 2003, du 16 février 2004, du 22 mars 2004 et du 17 septembre 2004.

Ainsi les actes cotés :

- KC, KCC, D, DC, K, KE, KFD, Z, Zn, TO (ORT par assimilation), d'un coefficient égal ou supérieur à 50 sont exonérés du TM.

En ce qui concerne les actes diagnostiques non invasifs réalisés pendant une même séance : chaque acte est pris isolément pour l'application de la règle d'exonération.

Le tarif d'un acte thérapeutique ou diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins peut être cumulé avec le tarif de l'acte d'anesthésie.

Lors du passage à la CCAM, la règle d'exonération a été transposée afin que les actes d'au moins 91 euros donnent lieu à l'exonération dans les mêmes conditions que ceux inscrits à la NGAP. Le décret du 30 mars 2005 et l'arrêté du 11 avril 2005 réalisent cette transposition sans remettre en cause les règles de cumul des actes.

Les actes concernés en CCAM :

- ATM : Acte Technique Médical,
- ADC : Acte De Chirurgie,
- ADA : Acte d'Anesthésie,
- ACO : Acte d'Obstétrique,
- ADE : Acte d'Echographie,
- ADI : Acte De radiologie et d'Imagerie (hors échographie).

Le décret prévoit l'application d'une seule Participation Assuré de 18 euros quel que soit le nombre d'actes cumulés pour atteindre le seuil de 91 euros ou la cotation « K 50 ».

III. Participation Assuré de 18 euros : modalités d'application :

III.1 La Participation Assuré sera versée par le patient :

La participation sera versée par le patient au prestataire des soins dans tous les cas - hôpital/clinique/ville - ceci afin de garantir une effectivité du rendement de la mesure, sauf en cas de prise en charge en tiers-payant par la complémentaire de l'assuré.

III.2 Nombre de Participation Assuré de 18 euros à retenir :

III. 2.1 En établissements de santé publics et privés :

La participation est appliquée au séjour.

Le nombre de participations de l'assuré de 18 euros se fait en fonction du nombre de séjours hospitaliers : une seule participation de 18 euros par séjour en Médecine, Chirurgie et Obstétrique.

L'ensemble des frais relatifs à une hospitalisation consécutive à une hospitalisation soumise à la participation de 18 € est également soumis à cette participation lorsque cette seconde hospitalisation remplit les deux critères suivants :

- un critère de temps : la seconde hospitalisation doit suivre immédiatement la première, sans autre période d'hospitalisation pour un autre motif médical dans l'intervalle. Toutefois, il n'y a pas de délai de référence entre les deux hospitalisations. Le retour à domicile du patient, en attente, par exemple qu'un placement en établissement de soins de suite ou de réadaptation se libère, ne rompt pas la continuité.
- un critère médical : la seconde hospitalisation doit résulter directement de la première.

Il est donc appliqué une autre Participation Assuré de 18 euros au séjour pour une hospitalisation consécutive et en lien direct (ex : SSR) avec l'hospitalisation au cours de laquelle un acte d'au moins 91 euros est réalisée et qui donne lieu à application d'une première Participation Assuré de 18 euros. Il en va de même pour une Hospitalisation A Domicile suite à un séjour en MCO soumis à Participation Assuré de 18 euros.

Les règles actuellement en vigueur pour la détermination du nombre de séjours servent à celle du nombre de Participations Assurés de 18 euros à retenir :

- Un séjour avec un transfert définitif (transfert est de plus de 48 heures) vers un autre établissement correspond à deux séjours. Il y aura deux participations de 18 euros à la charge de l'assuré.
- Un séjour avec transfert provisoire (transfert de moins de 48 heures) vers une autre structure, correspond à un seul séjour, le transfert n'interrompt pas le séjour. Il y aura une seule participation de 18 euros (dès lors que le séjour est exonéré au titre d'un K50 ou acte de plus de 91 euros).
- Un séjour MCO au sein d'un même établissement, mais durant lequel le patient a changé de discipline médico-tarifaire correspond toujours à un seul séjour. Il n'y aura donc qu'une seule participation de 18 euros.
- Un séjour en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) après un séjour en MCO correspond à un deuxième séjour et donne lieu à une autre participation de 18 euros.

Les périodes d'Hospitalisation A Domicile (HAD) sont aussi concernées par la Participation Assuré de 18 euros.

En ce qui concerne les séances de traitements chroniques réalisées en hospitalisation à temps partiel : telles que la chimiothérapie, la dialyse, la radiothérapie, une Participation Assuré de 18 euros devrait être retenue, mais ces soins sont le plus souvent en rapport avec des ALD, ce qui les exonère de la participation.

Les forfaits ATU et FFM couvrant **les frais de passage aux urgences** sans hospitalisation consécutive ne se voient pas appliquer la Participation Assuré de 18 euros, mais un ticket modérateur non réduit.

III.2.2 En médecine de ville :

La Participation Assuré de 18€ est appliquée en ville sur les factures d'honoraires une fois par séance de soins par un même praticien pour un même patient.

III.2.3 Précision sur la date d'application de la Participation Assuré de 18 euros :

La participation de 18 euros est applicable pour tous les séjours au cours desquels un acte d'au moins 91 euros est pratiqué et pour tous les séjours pour une hospitalisation consécutive en lieu direct avec celui-ci, dès lors que le GHS du séjour est constitué à compter du 1^{er} septembre 2006.

III.2.4 Modalité de facturation :

En établissement de santé privé, la Participation Assuré de 18 euros est déduite du montant remboursable du GHS. Lorsque plusieurs GHS sont facturés, elle est déduite du GHS qui a le montant remboursable le plus élevé.

En établissement de santé public, la Participation Assuré est déduite de la dotation annuelle.

En HAD, la Participation Assuré de 18 euros est déduite du GHT constitué lors de la première facturation, les éventuels GHT facturés ensuite dans le cadre du même séjour ne supportent pas les 18 euros.

En cabinet de ville, la participation est déduite du montant remboursable de l'acte de plus de 91 euros. Lorsqu'il y a plusieurs actes d'au moins 91 euros réalisés par le même praticien pour le même patient au cours de la même séance, la participation est déduite de l'acte dont le montant est le plus élevé.

III.2.5 Forfait journalier et Participation Assuré de 18 euros :

La participation assuré sera appliquée après le calcul du forfait journalier.

Conformément aux dispositions de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, la règle d'imputation du forfait journalier hospitalier (FJH) sur le ticket modérateur, lorsque ce dernier est égal ou supérieur au montant du FJH, n'est pas applicable à la participation assuré de 18 € instaurée pour les actes coûteux précités.

III.2.6 Participation Assuré de 18 euros et majoration de la participation de l'assuré :

Dans le cas d'acte(s) d'au moins 91 euros ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 50, réalisé(s) en ville, le professionnel de santé médecin ou chirurgien-dentiste devra appliquer la Participation Assuré de 18 euros. Le cas échéant, la majoration de la participation de l'assuré sera également applicable si l'acte est réalisé en dehors du parcours de soins, c'est-à-dire lorsque l'assuré n'a pas désigné son médecin traitant et ne se trouve pas dans un des cas d'exclusion de cette obligation (soins palliatifs, programme de prévention national, etc...).

Des instructions seront données sur ce sujet au regard des directives fournies par le Ministère de la Santé, saisi de la question. Ces instructions interviendront avant la mise en œuvre de la solution cible qui comprend le champ des actes réalisés en cabinet de ville.

Dans le cas de séjours hospitaliers, la majoration de la participation devrait s'appliquer en sus de la Participation Assuré de 18 euros, lorsque les séjours seront concrètement impactés par le parcours de soins. Les modalités précises de cette disposition seront définies ultérieurement et indiquées aux caisses, selon les directives du Ministère de la Santé saisi de la question.

III.2.7 Migrants et frontaliers :

Dès lors que l'on applique la tarification française à un migrant et à un frontalier (pris en charge sur la base d'accords internationaux) les 18 euros qui sont un élément de cette tarification s'appliquent.

IV. Modalités pratiques de mise en œuvre :

La mise en œuvre du décret « 18 euros » dans la chaîne de traitement informatique des prestations en nature s'effectuera de façon progressive.

2 grandes étapes sont prévues :

- Première étape : à la date d'application prévue par la circulaire ministérielle,
- Deuxième étape : à partir de fin novembre 2006.

Des instructions complémentaires vous parviendront au fur et à mesure de la livraison des produits informatiques.

Les impacts comptables seront décrits ultérieurement dans le cadre d'une information spécifique.

La première étape concerne les cliniques privées et les établissements en dotation annuelle (à l'exception des bénéficiaires migrants).

Elle comprend :

- une solution transitoire pour les cliniques privées,
- une solution cible pour les établissements en dotation annuelle.

Cette étape sera opérationnelle pour les établissements publics, avec la livraison d'une version Tables fin août 2006.

La deuxième étape comprend :

- une solution cible opérationnelle pour les cliniques privées,
- une solution cible opérationnelle pour les établissements publics,

- une solution cible opérationnelle pour l'ambulatoire.

La solution cible repose sur la modification de la norme B2.

Cette étape sera opérationnelle avec la livraison de la version 18.00 des traitements centraux.

IV.1 Première étape :

IV.1.1 Principes de la solution transitoire pour les cliniques privées :

Cette solution repose sur le principe d'un paiement de la part obligatoire sans déduction des 18 euros et sur la récupération des montants auprès des cliniques a posteriori.

Lors d'une hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte affecté soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50 soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros, l'assuré acquitte la participation assuré de 18€

L'établissement établit sa facturation en indiquant le paiement de ces 18€ par l'assuré.

Cette indication prend la forme d'un code acte « PAT » : Participation Assuré Transitoire en facturation électronique ou papier.

Les CPAM et CGSS tarifient et ordonnent les flux sans déduction des 18 euros comme actuellement.

Pour les besoins de tarification complémentaire (CMU-C, maintien de droits à l'AME et NOEMIE 3), comme pour la transmission de l'information nécessaire à la tarification des Organismes Complémentaires, le code acte PAT est véhiculé dans les chaînes de traitement et via NOEMIE OC.

Les consignes de remplissage des factures données aux cliniques sont disponibles sur AMELI.

Des exemples reflètent de la transmission du PAT via NOEMIE OC sont mis en ligne sur Médi@m dans le domaine Système de Production.

Les factures indiquant un trop perçu de 18 euros par l'établissement seront détectées au moyen de requêtes sur le système d'information ERASME Régional.

Les montants seront récupérés à partir du mois de décembre 2006.

Des instructions complémentaires vous seront données à la livraison de ces requêtes.

Des instructions comptables vous indiqueront ultérieurement les modalités de récupération.

IV.1.2 Principes de la solution cible pour les établissements en dotation annuelle :

Cette solution repose sur la création de codes actes permettant de régler :

- la part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME-C,
- la part du régime local.

Elle concerne les séjours et les soins externes des patients à l'exception des migrants.

Les établissements font payer la participation à l'assuré et transmettent l'information aux ARH pour déduction de la dotation.

Dans les cas particuliers de bénéficiaires du régime local ou de la complémentaire (CMU/AME), l'établissement adresse sa facturation à l'assurance maladie.

IV.1.2.1 Cas particulier des bénéficiaires du régime local :

Pour les séjours :

Un code acte spécifique (PAJ) sera utilisé à cet effet en télétransmission et sur le titre de recette pour paiement de la participation de l'assuré pour le compte du régime local.

Pour les soins externes :

Un code acte spécifique sera utilisé à cet effet (PAL) en télétransmission et sur le titre de recette pour paiement de la participation de l'assuré pour le compte du régime local.

Compte tenu de la prise en charge de la participation de 18 € par le régime local d'Alsace Moselle, les codes PAJ et PAL ne sont pas transmis aux Organismes Complémentaires via NOEMIE OC.

IV.1.2.3 Cas particulier des bénéficiaires de la CMU C ou AME C :

Pour les séjours :

Un code acte spécifique sera utilisé à cet effet (PAH) en télétransmission et sur le titre de recette pour paiement de la participation de l'assuré au titre de la complémentaire CMU ou AME.

Pour les soins externes :

Un code acte spécifique (PAE) sera utilisé à cet effet en télétransmission et sur le titre de recette pour paiement de la participation de l'assuré au titre de la complémentaire CMU ou AME.

Lorsque la couverture complémentaire d'un bénéficiaire de la CMU-C est assurée par un Organisme Complémentaire, les codes actes PAH et PAE sont véhiculés via NOEMIE OC avec un qualificatif de dépense NR (non remboursable) ; les zones mutualistes sont alors alimentées.

IV.1.3 Tableau récapitulatif des solutions :

Le tableau ci-après récapitule les différentes solutions mises en œuvre.

Opérationnalité B2 2003 Hopitaux publics	Séjours	Soins externes
Cas général	Déduction de la dotation	
Bénéficiaires du régime local	Code acte PAJ	Code acte PAL
Bénéficiaires de la CMU C ou AME C	Code acte PAH	Code acte PAE
Opérationnalité B2 2003 Cliniques privées	Séjours	
Cas général – Solution transitoire	Code acte PAT	

IV.2 Deuxième étape :

A partir de cette étape, le système d'information a évolué pour permettre notamment, la prise en compte d'une indication de la participation de l'assuré en norme B2 et la déduction des 18 euros du montant remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Dans les établissements en dotation annuelle cette étape concerne exclusivement les séjours et les soins externes des migrants. La première étape concernant les autres bénéficiaires continue à être opérationnelle.

Des instructions complémentaires vous parviendront à la livraison des produits informatiques.

IV.2.1 Modalités d'application dans les établissements privés et dans les établissements publics pour les séjours des migrants :

Lors d'une hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte affecté soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50 soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros, l'assuré acquitte la participation de 18€
L'établissement établit sa facturation en indiquant le paiement de ces 18€ par l'assuré.

L'établissement facture la participation sur le bordereau S3404 ou sur le titre de recette à l'aide d'un code acte « Participation Assuré : PAS».

Une nouvelle zone a été créée dans la norme B2 juin 2005 pour véhiculer cette information :

Il s'agit de la zone « Participation Assuré » qui pourra prendre les valeurs :

- à la charge de l'assuré (A),
- à la charge du régime Alsace Moselle (L).

La déduction des 18€ s'effectue sur le montant remboursable AMO du GHS/GHT ou du PJ,
En tarification, une ligne suite sera générée comportant un code acte « PAS » accompagné d'un montant négatif de 18 euros.

Les retours aux professionnels (pour les établissements privés) et aux Organismes Complémentaires indiquent le code acte « PAS», en lien avec l'acte ayant subi la déduction des 18 €

Les décomptes Assuré comportent également le code acte «PAS».

L'établissement facture éventuellement les 18€ à l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC).

L'addendum B de la norme B2 et les consignes de remplissage sont mises à disposition des établissements sur AMELI.

IV.2.3 Modalités d'application pour les soins de ville et les soins externes des migrants :

Lorsqu'un acte affecté soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50 soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros, est effectué l'assuré acquitte la participation de 18€

Le tiers établit sa facturation en indiquant le paiement de ces 18€ par l'assuré.

L'établissement facture la participation sur le titre de recette à l'aide d'un code acte « Participation Assuré : PAP».

Une nouvelle zone a été créée dans la norme B2 juin 2005 pour véhiculer cette information :

Il s'agit de la zone « Participation Assuré » qui pourra prendre les valeurs :

- à la charge de l'assuré (A),
- à la charge du régime Alsace Moselle (L).

La déduction des 18€s'effectue sur le montant remboursable AMO de l'acte de référence.

En tarification, une ligne suite sera générée comportant un code acte « PAP » accompagné d'un montant négatif de 18 euros.

Les décomptes Assuré comportent également le code acte «PAP».

Le tiers facture éventuellement les 18€à l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC).

Les retours NOEMIE aux Organismes Complémentaires et aux Professionnels de Santé (PS) indiquent le code acte « PAP», en lien avec l'acte ayant subi la déduction des 18 €

En soins de ville :

- ♦ **Pour les FSE**, une solution spécifique est prévue permettant la prise en compte des 18 euros. Cette solution repose sur la création d'un code acte informatif qui sera transcodé par le système central en version 18.00.

Cette solution sera optimisée par la suite avec la prise en compte par les logiciels des Professionnels de Santé d'un nouvel addendum au cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.

- ♦ **Il n'y a pas d'évolution de la feuille de soins papier.**

IV.2.4 Tableau récapitulatif des solutions :

Le tableau ci-après récapitule les différentes solutions mises en œuvre.

Opérationnalité Cible B2 2005 – Addendum B Hopitaux publics	Séjours		Soins externes	
Bénéficiaires Migrants	B2	Titre de recette	B2	Titre de recette
	Code participation en type 3 B2-2005 (Valeurs A, L)	Code acte PAS	Code participation en type 4 B2-2005 (Valeurs A, L)	Code acte PAP
Opérationnalité Cible B2 2005 Cliniques privées	Séjours			
Cas général Solution cible	B2		Bordereau S3404	
	Code participation en type 3 B2-2005 (Valeurs A, L)		Code acte PAS	

Opérationnalité Cible B2 2005 Soins en ambulatoire	Soins de ville	
Cas général – Solution cible	B2	Feuille de soins papier
	Code participation en type 4 B2-2005 (Valeurs A, L)	Code acte à indiquer pour certains actes NGAP
Cas des Flux SESAM Vitale – Solution code acte informatif transcodé en A ou L par l'application IRIS	Code acte informatif	

IV.3 Documents de référence :

Normes B2 :

- Norme B2 version juin 2005 - addenda B : modalités de facturation cible,
- Annexe 24 de la norme B2 (version juin 2006) : modalités période transitoire et cible pour les établissements privés,
- Complément à l'annexe 22 de la norme B2 (version juin 2006) : modalités période transitoire et cible pour les établissements publics,
- Annexe 10 de la norme B2 (version juin 2006) : prise en compte des codes prestations liés aux 18 euros dans la liste des codes utilisés en norme B2.

Ces documents sont disponibles sur le site AMELI (rubrique connaître l'assurance maladie / documentation technique) et sur le site MEDIAM (système de production).

Expressions du besoin :

- Action GEF P2005-25 (solution transitoire),
- Action GEF P2006-07 (solution cible).

Ces documents sont disponibles sur le site MEDIAM (système de production).

V. Modalités pratiques d'accompagnement :

Des points d'information sur l'état d'avancement des travaux continueront à être réalisés régulièrement avec les supports régionaux SNA qui relaieront auprès des caisses primaires ces points.

Annexe 1 : Décret N°2006-707 du 19 juin 2006

Annexe 2 : Circulaire ministérielle N°DSS/2A/2006/290 du 3 juillet 2006