



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-29/2004

Document consultable dans Médi@m

Date :

16/02/2004

Domaine(s) :

Risques maladie

Professions de santé

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

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

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 mise en oeuvre 1^{er} janvier 2004

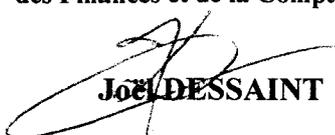
Résumé :

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.

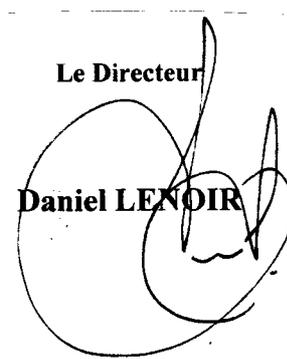
Mots clés :

Exonération du ticket modérateur

Le Directeur
des Finances et de la Comptabilité


Joël DESSAINT

Le Directeur


Daniel LENOIR



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE : 29/2004

Date : 16/02/2004

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) 04.42.79.33.56**
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.
Philippe GERARD (DSM) 01.42.79.34.49.

La présente circulaire complète la circulaire n°165/2003 du 30 décembre 2003 et apporte des réponses aux interrogations soulevées lors de la mise en œuvre du Décret du 18 décembre 2003 relatif à la participation de l'assuré aux frais de soins.

Elle fait suite à une réunion de travail entre les trois Caisses Nationales d'Assurance Maladie et la Direction de la Sécurité Sociale du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

Sa présentation sous forme de chapitres propres à chaque type d'activité doit permettre une meilleure lisibilité de l'impact de la réforme et aussi faciliter l'information des professionnels et des établissements.

1. DATE D'APPLICATION

- *Prise en charge des actes en série prescrits avant le 1^{er} janvier 2004 et qui se poursuivent après cette date*

Pour les actes en série qui ne font pas l'objet d'une cotation globale (actes des kinésithérapeutes par exemple), c'est la **date d'exécution** de chaque acte qui détermine la prise en charge. Les actes réalisés après le 1^{er} janvier 2004 sont pris en charge dans les conditions prévues par le décret n° 2003-1207 du 18 décembre 2003.

- *Il convient d'attirer l'attention des professionnels de santé sur la nécessité de scinder leur facturation pour distinguer les actes soumis à exonération du ticket modérateur et ceux qui en sont exclus en fonction de la date d'exécution.*

Lorsqu'un acte comportant une série d'actes répétés fait l'objet d'une cotation globale en application de l'article 12 des Dispositions de la NGAP, c'est **la date de facturation de l'acte global** qui sert de base à la prise en charge. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2004, le nouveau régime de prise en charge s'applique.

2. TRANSPORTS

- *Prise en charge des frais de transport d'urgence effectués en vue d'une hospitalisation au cours de laquelle doit être réalisé un acte dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 - Notion d'urgence*

La nouvelle réglementation ne modifie pas la notion d'urgence applicable aux transports. Cette notion concerne les transports requis dans le cadre du SAMU à la demande d'un médecin régulateur de centre 15 (SMUR ou ambulance) mais également les transports en ambulance prescrits en urgence par les praticiens libéraux (à condition que la prescription médicale, établie, le cas échéant, a posteriori comporte la mention de l'urgence).

- *Prise en charge des frais de transport prescrits vers une maison de repos ou de convalescence*

Lorsque, pour une deuxième hospitalisation, en lien direct avec une première hospitalisation elle-même exonérée, et succédant à celle-ci, le transport s'effectue vers une maison de repos ou de convalescence telle que définie au dernier alinéa de l'article R. 322-1 du CSS, il n'y a pas lieu d'appliquer la règle d'exonération du TM. Il n'y a donc pas de changement par rapport à la règle antérieure.

3. HOSPITALISATION

- *Critères à retenir pour considérer une hospitalisation comme consécutive à une première hospitalisation exonérée*

La deuxième hospitalisation doit succéder à la première, sans hospitalisation intercurrente pour un motif médical 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.

A contrario, dans le cas où une personne, après un séjour en établissement de soins de suite exonéré au titre du décret du 18 décembre relatif à la participation de l'assuré, est de nouveau hospitalisée, la nouvelle hospitalisation ne sera pas exonérée à ce titre, même si elle a un lien médical avec la première. Bien entendu, elle sera exonérée le cas échéant si elle répond aux conditions du décret précité : acte thérapeutique ou, sous certaines conditions acte diagnostique, égal ou supérieur à 50.

Si un transfert (hospitalisation d'une durée inférieure à 48 heures) intervient pendant un séjour hospitalier, le transfert n'interrompt pas le séjour et le régime d'exonération persiste.

➤ *Dans le cas de transfert d'un établissement de soins vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à l'état du patient, tel que mentionné à l'article R. 322-1 du Code de la Sécurité Sociale, les frais de transport sont exonérés du ticket modérateur. Il n'y a pas de changement par rapport à la situation antérieure.*

- ***Règles de prise en charge pour des interventions multiples pratiquées au cours d'hospitalisations différentes (lettre ministérielle du 21 mars 1953)***

La lettre ministérielle du 21 mars 1953 prévoyait que l'exonération du TM doit également jouer dans le cas de deux interventions d'un coefficient global égal ou supérieur à 50 pratiquées au cours de deux périodes d'hospitalisation différentes, sous réserve que la seconde intervention soit considérée comme due à une complication de la première et qu'il y ait un lien direct et immédiat entre les deux interventions. Désormais, les dispositions de cette circulaire relatives à l'exonération du TM sont rendues caduques par la nouvelle réglementation et ce sont les règles établies au I/3 de l'article R. 322-8 du CSS qui s'appliquent : l'exonération du TM s'applique à l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation **consécutif** à une hospitalisation exonérée **et en lien direct** avec cette dernière.

- ***Comment est prise en charge la consultation pré-anesthésique intervenant avant la période d'hospitalisation au cours de laquelle est pratiqué un acte dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 ?***

La consultation pré-anesthésique est prise en charge dans les conditions de droit commun et ne donne donc pas lieu à exonération du TM.

4. SOINS POSTOPERATOIRES

- *Prise en charge des examens de contrôle pratiqués après une hospitalisation ayant donné lieu à une exonération du TM pour acte égal ou supérieur à 50 ou après un séjour consécutif en établissement de moyen séjour*

Les frais de ces examens, lorsqu'ils sont réalisés hors hospitalisation, sont pris en charge dans les conditions de droit commun, sans exonération.

- *Prise en charge de la consultation intervenant, dans le cadre des soins postopératoires, dans les vingt jours qui suivent l'intervention exonérée de TM*

Si la consultation est facturée, dans les conditions de l'article 8 de la NGAP, elle ne donne pas lieu à exonération.

5. SOINS DENTAIRES

- *Prise en charge de la réalisation et de la pose d'une prothèse dentaire lorsque celles-ci interviennent au cours d'une hospitalisation ayant elle-même donné lieu à l'exécution d'un acte affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 50*

Le I de l'article R. 322-8 nouveau (issu du décret n° 2003-1207 du 18 décembre 2003 relatif à la participation de l'assuré aux frais de soins et modifiant le code de la sécurité sociale) prévoit que les frais de prothèses dentaires ne donnent pas lieu à exonération. Toutefois, deux dérogations sont prévues :

- actes dispensés au cours d'une hospitalisation durant laquelle est effectué un acte dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 ;
- actes dispensés au cours d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation (au cours de laquelle a été pratiqué un acte dont le coefficient est égal ou supérieur à 50), et en lien direct avec elle.

Dans les hypothèses indiquées, les frais de prothèses dentaires sont donc exonérés.

- *Prise en charge des actes pratiqués par les stomatologues dans le cadre d'un traitement d'orthopédie dento-faciale*

Les actes réalisés par les stomatologues dans le cadre d'un traitement d'orthopédie dento-faciale (cotés ORT) sont pris en charge dans les mêmes conditions que les actes pratiqués par les chirurgiens dentistes dans le cadre des mêmes traitements (cotés TO).

- ***Taux de remboursement des prises d'empreinte avant un acte d'orthopédie dento-faciale exonéré au titre du K 50***

S'agissant de deux actes distincts, les prises d'empreinte ne sont pas exonérées.

➤ *La règle générale en ce domaine est que tous les actes d'orthopédie dento-faciale dont le coefficient est inférieur à 50, examen avec prise d'empreinte, analyse céphalométrique, séance de surveillance, ne donnent pas lieu à exonération. De même les radiographies (panoramique dentaire et téléradiographie) concourant à l'établissement du diagnostic en ODF ne sont pas exonérées.*

6. NGAP

- ***Application des dérogations aux règles d'addition d'actes posées par l'article 11 de la NGAP***

Ces dérogations valent également pour l'appréciation du seuil de 50.

Exemple :

électromyogramme +examen de stimulo-détection + mesure de vitesse de conduction = K27 + K18 + K18= K63.

Il s'agit de l'application de la dérogation prévue à l'article 11B 4°b des Dispositions Générales de la NGAP.

- ***Règles de cumul des actes cotés K et Z, KE et Z, K et KE***

Les actes cotés K et Z, non plus que les actes cotés KE et Z ne sont pas cumulables pour le calcul d'un coefficient global éventuellement exonérant. Les actes cotés K et KE sont cumulables pour le calcul du seuil d'exonération

- ***Règles d'exonération de l'acte d'injection des produits de contraste***

Lors d'un acte en Z (acte utilisant les radiations ionisantes) pratiqué par un médecin ou un chirurgien-dentiste, l'acte d'injection du produit de contraste qui l'accompagne est exonéré si l'examen coté Z est lui-même exonéré.

7. APPAREILLAGE

Le II 1. de l'article R. 322-8 du CSS prévoit que la participation de l'assuré est également supprimée pour les frais d'acquisition des prothèses oculaires et faciales, des orthoprothèses et des véhicules pour handicapés physiques figurant sur la liste des produits et prestations prévue par l'article L. 165-1 du CSS.

Il convient de considérer que les frais de location, de réparation et d'entretien d'appareillage sont également exonérés de TM.

8. LA PART RESTANT A LA CHARGE DES ASSURES BENEFICIAIRES DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE (CMUC) EST-ELLE PRISE EN CHARGE PAR LA CMUC ?

Du fait des nouvelles conditions de prise en charge des soins des assurés sociaux, les dépenses restant désormais à la charge des assurés bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire sont prises en charge par la CMUC.



Nous attirons votre attention sur la nécessité de transmettre dans les meilleurs délais ces informations complémentaires à l'ensemble des professionnels de santé et des établissements de votre circonscription ou de votre département.

De même les représentants des professionnels de santé doivent être informés de ces informations complémentaires.

Enfin, la Direction de la Communication va mettre à disposition des caisses une information permettant de répondre aux assurés sociaux qui adresseraient des réclamations ou des demandes d'information.

Nous vous demandons de faire connaître les difficultés que pourraient soulever la mise en œuvre de ces instructions.