

**Circulaire DSS n° 2000-398 du 13 juillet 2000 relative à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais au titre de la protection complémentaire en matière de santé et du contrat avec un médecin référent**

SS 2 243  
2207

NOR : MESS0030306C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Articles L. 861-3 et D. 861-2 à D. 861-6 du CSS ;

Arrêté du 26 mai 2000 pris en application de l'article D. 861-6 du code de la sécurité sociale et relatif aux modalités de mise en oeuvre de la procédure de dispense d'avance de frais dans le cadre de la protection complémentaire en matière de santé ;

Arrêté du 26 mai 2000 relatif au contenu de l'attestation sur support papier remise aux bénéficiaires de la prestation complémentaire en matière de santé ;

Arrêté du 27 juin 2000 relatif aux modalités techniques et financières de mise en oeuvre de la procédure de dispense d'avance de frais prévue au b du III de l'article D. 861-3 du code de la sécurité sociale.

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Monsieur le ministre de l'agriculture et de la pêche ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse du sud, direction interrégionale de la sécurité sociale d'Antilles-Guyane, direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion) ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs non salariés ; Mesdames et Messieurs les directeurs des Caisses nationales ou services gestionnaires des régimes spéciaux d'assurance maladie (Banque de France, CAVIMAC, CANSSM, CCIP, CNMSS, CRPCEN, ENIM, port autonome de Bordeaux, RAPT, SNCF) ; Mesdames et Messieurs les chefs d'établissements de santé La présente circulaire a pour objet de présenter les différents textes relatifs à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais dont bénéficient les personnes relevant de la protection complémentaire en matière de santé dans le cadre de la couverture maladie universelle instaurée par la loi du 27 juillet 1999 et celles ayant souscrit un contrat avec un médecin référent, lorsque la part obligatoire et la part complémentaire sont payées par deux organismes différents. Elle rappelle dans un premier temps les grands principes attachés à cette disposition, puis aborde successivement les différentes situations concrètes auxquelles seront confrontés les différents acteurs, pour indiquer dans chaque cas la démarche qu'il convient de suivre. Elle comporte également des dispositions propres aux établissements de santé.

I. - PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. La dispense d'avance de frais est de droit pour les personnes relevant de la protection complémentaire en matière de santé ou pour les prestations effectuées par un médecin dans le cadre d'un contrat de médecin référent.
2. Dès lors que le bénéficiaire des soins a présenté au professionnel ou à l'établissement de santé les pièces justifiant qu'il bénéficie de la protection complémentaire, le professionnel ou l'établissement de santé doit pratiquer la dispense d'avance de frais : il ne peut refuser le patient ni lui demander de payer les actes effectués ou prestations délivrées. En contrepartie, il a la garantie d'être payé du montant total de ces actes ou prestations, pour autant bien entendu qu'il respecte les règles générales du droit aux prestations (respect de la nomenclature et des tarifs ; demande de prise en charge ou d'entente préalable, s'il y a lieu ; etc).
3. Pour justifier qu'il bénéficie de la protection complémentaire en matière de santé, le bénéficiaire des soins doit dans toute la mesure du possible présenter sa carte Vitale comportant l'indication appropriée : la carte doit donc être à jour, le cas échéant par mise à jour dans une borne prévue à cet effet ou au guichet d'une caisse. Jusqu'au 31 décembre 2001, si la carte Vitale n'a pas été mise à jour ou si les professionnels et établissements de santé n'ont pas la capacité technique de lire la carte Vitale, la garantie de paiement est assurée dès lors que la personne présente sa carte Vitale et l'attestation papier CMU remise par la caisse d'assurance maladie (les organismes complémentaires peuvent remettre une attestation papier qui leur est propre aux assurés, mais seule l'attestation remise par la caisse d'assurance maladie, est reconnue comme pièce justificative). La production simultanée de ces deux documents évite au professionnel ou à l'établissement de santé tout risque de perdre le bénéfice de la garantie de paiement. Il convient en effet d'appeler l'attention sur le risque que représente la preuve du droit à la CMU par une simple attestation papier aisément falsifiable. Toutefois, les jeunes isolés et les conjoints séparés notamment peuvent avoir des difficultés à présenter une carte Vitale ; le professionnel ou l'établissement adoptera donc l'attitude adéquate selon la connaissance qu'il a du patient et la situation sanitaire de ce dernier.
4. Le professionnel ou l'établissement de santé a droit, pour chaque feuille de soins émise dans le cadre de la protection complémentaire ou d'un contrat avec un médecin référent, à un interlocuteur unique (la caisse d'assurance maladie), à qui il envoie la feuille de soins et dont il reçoit le paiement pour les deux parts (obligatoire et complémentaire) ; (pour les établissements publics de santé, il s'agit d'un titre de recettes et non d'une feuille de soins ; ce titre est envoyé à l'organisme complémentaire, la part obligatoire étant incluse dans la dotation globale de fonctionnement, sauf pour l'activité libérale et les prestations hors dotation globale de fonctionnement). Seul le professionnel ou l'établissement de santé peut, au cas par cas et dans les conditions précisées au point II 5, renoncer à bénéficier de ce droit et demander un paiement séparé entre la caisse d'assurance maladie et l'organisme complémentaire. La caisse d'assurance maladie ou l'organisme complémentaire ne peut donc de son propre chef imposer au professionnel ou établissement de santé un mode dérogatoire aux procédures garantissant cet interlocuteur unique.
5. Les procédures sont les mêmes, que les prestations soient servies dans le cadre de la protection complémentaire en matière de santé ou dans le cadre d'un contrat avec un « médecin référent ».

## II. - RELATIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS OU LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES ORGANISMES PAYEURS

L'obligation de dispense d'avance de frais est assortie des garanties suivantes :

1. Pour chaque feuille de soins ou titre de recettes, le professionnel ou l'établissement de santé n'est en relation qu'avec un seul interlocuteur.
2. Il a la garantie d'être payé, dès lors qu'il respecte les dispositions rappelées au point I de la

présente circulaire.

3. Ce paiement doit être effectué, hors cas de rejet dûment motivé, dans un délai maximum, fixé à 8 jours ouvrés en cas d'utilisation d'une feuille de soins électronique et 21 jours ouvrés en cas d'utilisation d'une feuille de soins papier. Ce délai est allongé de 15 jours lorsque la feuille de soins papier est transmise à une caisse différente de celle de l'assuré (cf. infra). Il convient de souligner que ces délais sont indépendants de la procédure d'échanges utilisée entre la caisse d'assurance maladie et l'organisme complémentaire (procédure « a », « b » ou autre), mais aussi que les feuilles de soins électroniques s'entendent au sens des articles R. 161-40 et suivants du code de la sécurité sociale. Les transmissions électroniques au format IRIS-B 2 acceptées par convention par les caisses d'assurance maladie ne sont donc pas considérées comme des feuilles de soins électroniques : sauf convention contraire des parties, le délai maximum de paiement correspond dans ce cas-là à celui des feuilles de soins papier (21 jours, auxquels sont ajoutés 15 jours pour les feuilles de soins « hors circonscription de caisse »).

4. Le professionnel ou l'établissement de santé envoie systématiquement ses feuilles de soins papier ou titre de recettes à la caisse du régime de l'assuré la plus proche de la circonscription où il est installé, et non obligatoirement à celle de l'assuré lui-même. Le professionnel ou l'établissement de santé doit inscrire sur la feuille de soins le « code organisme » des bénéficiaires de la dispense d'avance de frais. Les caisses primaires sont chargées de recevoir puis de transmettre les feuilles de soins ou facturations relatives aux organismes ayant reçu de la loi une délégation de gestion du régime général (codes 91 à 99).

5. Le professionnel ou l'établissement de santé peut renoncer au bénéficiaire de l'interlocuteur unique, auquel cas il doit le signaler sur la feuille de soins (papier ou électronique) ou le titre de recettes, afin d'éviter un double paiement. Le professionnel ou l'établissement de santé ne doit pas transmettre à l'organisme complémentaire, directement ou par l'intermédiaire d'un organisme concentrateur technique, d'informations que ce dernier n'a pas à connaître, tels que les motifs d'exonération du ticket modérateur ou les codes affinés des prestations.

### III. - RELATIONS ENTRE ORGANISMES DE BASE ET ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Dès lors qu'un assuré a choisi un organisme complémentaire pour exercer son droit à la protection complémentaire, la caisse d'assurance maladie procède à l'enregistrement dans le fichier des assurés de l'adhésion à l'organisme complémentaire et l'en informe sans délai. Il existe plusieurs types d'échanges entre les caisses d'assurances maladie et les organismes complémentaires : la procédure « a » et la procédure « b » sont réglementées afin de garantir l'effectivité d'une dispense d'avance de frais avec interlocuteur unique. Leur existence ne fait toutefois pas obstacle au maintien d'autres procédures, si les parties le souhaitent.

Description fonctionnelle de la procédure « a » :

a) La caisse d'assurance maladie est l'interlocuteur unique du professionnel ou de l'établissement de santé :

- elle reçoit la feuille de soins, papier ou électronique, ou le titre de recettes. Pour les actes et prestations soumis à des règles de plafonnement (optique, audioprothèse et prothèses dentaires), c'est l'organisme complémentaire qui donne son accord sur la prise en charge des prestations demandées. Cet accord doit être joint à la feuille d'honoraires adressée par le professionnel de santé à la caisse, ou adressé à part en cas de transmission électronique ;
- elle liquide et paie pour les parts obligatoire et complémentaire ;
- elle envoie le relevé de prestations commun.

b) La caisse d'assurance maladie est remboursée par l'organisme complémentaire dans les conditions suivantes :

- la caisse d'assurance maladie envoie à l'organisme complémentaire les relevés de prestations issus de la liquidation ;
- à réception, l'organisme complémentaire rembourse immédiatement la caisse d'assurance maladie dès lors que le montant cumulé dû dépasse 3 000 francs. A défaut, l'organisme complémentaire paie la caisse d'assurance maladie à la fin du mois.

c) Les échanges entre la caisse d'assurance maladie et l'organisme complémentaire peuvent être réalisés sous forme papier jusqu'au 1er mars 2001, date à laquelle il devront obligatoirement être électroniques et conformes au cahier des charges « NOÉMIE-RC » sans que des adaptations particulières, locales ou liées à un régime, ne puissent être exigées.

d) Le service rendu par la caisse d'assurance maladie à l'organisme complémentaire est facturé dans les conditions suivantes :

- l'unité d'oeuvre est le décompte-lien d'archives envoyé par la caisse d'assurance maladie à l'organisme complémentaire ;
- le montant facturé est identique sur l'ensemble du territoire national, quels que soient les régimes ou organismes considérés ;
- il est de 0,85 franc (HT) et hors frais de télétransmission en cas d'échanges électroniques et de 6 francs (HT) frais d'envoi inclus, en cas d'échanges sur support papier ;
- la caisse d'assurance maladie envoie à chaque organisme complémentaire avec qui elle est en relation une facture trimestrielle à terme échu. L'organisme complémentaire doit payer dans le mois qui suit la réception de la facture. Il peut être prévu conventionnellement entre les parties d'allonger le délai entre chaque facture, notamment lorsque les montants sont peu importants.

e) Pour la CMU, il n'y a pas lieu de mettre en oeuvre de mécanismes d'avances à verser localement par l'organisme complémentaire à la caisse d'assurance maladie. Un dispositif va être mis en place au niveau national pour les régimes de base s'agissant des prestations servies dans le cadre de la protection complémentaire en matière de santé. Ce dispositif, faisant appel au Fonds de financement de la CMU, sera inscrit dans les conventions financières entre ce fonds et les régimes de base.

2. Description fonctionnelle de la procédure « b » :

a) La caisse d'assurance maladie est l'interlocuteur unique du professionnel ou de l'établissement santé :

- elle reçoit la feuille de soins, papier ou électronique, ou le titre de recettes. Pour les actes et prestations soumis à des règles de plafonnement (optique, audioprothèse et prothèses dentaires), c'est l'organisme complémentaire qui donne son accord sur la prise en charge des prestations demandées. Cet accord doit être joint à la feuille d'honoraires adressée par le professionnel de santé à la caisse, ou adressé à part en cas de transmission électronique ;
- elle liquide sa part et transmet aussitôt l'image décompte à l'organisme complémentaire. Elle ne transmet en aucun cas une image de la feuille de soins, ni aucune information dont l'organisme complémentaire n'a pas à connaître (codage affiné notamment, motif d'ALD, etc.) ;

- dans les 5 jours ouvrés suivant la transmission de cette image décompte, l'organisme complémentaire doit avoir liquidé sa part et retourné le résultat de cette liquidation à la caisse d'assurance maladie. Dans le même temps, il doit avoir procédé au virement du montant à sa charge sur le compte bancaire désigné par la caisse d'assurance maladie ou, en cas d'option pour le mode du prélèvement, avoir vérifié que son compte bancaire est bien alimenté du montant correspondant ;
- la caisse d'assurance maladie paie le professionnel ou l'établissement de santé pour les deux parts dans le délai maximum fixé et lui envoie le relevé de prestations commun.

b) Les échanges entre la caisse d'assurance maladie et l'organisme complémentaire ne se font que sous forme électronique et conformément au cahier des charges « NOEMIE-RC », sans que des adaptations particulières, locales ou liées à un régime, ne puissent être exigées.

c) Le service rendu par la caisse d'assurance maladie à l'organisme complémentaire est facturé et payé dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que pour la procédure « a ». La seule différence est que les frais de virement ou d'avis de prélèvement, propres à la procédure « b », sont à la charge de l'organisme complémentaire.

d) Si l'organisme complémentaire est dans l'impossibilité de respecter le délai de 5 jours ouvrés pour le retour des informations de liquidation à la caisse d'assurance maladie, pour des raisons non liées à la validité des droits des assurés, il est fait usage de la procédure « a ». Dans ce cas, une caisse d'assurance maladie ne peut donc payer la seule part obligatoire et renvoyer le professionnel ou établissement de santé vers l'organisme complémentaire pour la part complémentaire.

e) En cas de dysfonctionnements répétés, la caisse d'assurance maladie peut décider de revenir à la procédure « a » après avis d'une commission de concertation, composée de 3 représentants des caisses d'assurance maladie et de 3 représentants des organismes complémentaires. Les parties concernées décideront du niveau (local ou national) d'organisation de cette commission.

### 3. Choix entre les procédures « a » et « b » :

Il est souhaitable que le choix entre ces procédures résulte d'une étroite concertation entre organismes, qui tienne compte des capacités de chacun, sans qu'il soit nécessaire de procéder à la signature de conventions locales.

La procédure « a » est de droit. En particulier, jusqu'au 1er mars 2001, sa mise en oeuvre ne peut être refusée au motif qu'il n'existe pas de relations électroniques entre caisse de base et organisme complémentaire.

En vertu du caractère obligatoire de la dispense d'avance de frais, elle s'impose à l'organisme complémentaire lorsque celui-ci n'est pas en capacité technique de mettre en oeuvre la procédure « b ».

Celle-ci, en effet, requiert le recours exclusif à des échanges électroniques. Des tests techniques doivent à cette fin être réalisés. Une convention entre organismes de base et complémentaires au niveau national définira ces tests, en privilégiant au maximum un paramétrage simple et rapide et un échange-test au niveau local.

Dès lors que cette condition technique est satisfaite, le choix de la procédure « b » relève de la décision de l'organisme complémentaire.

Si le système d'information de certaines caisses d'assurance maladie peut justifier un différé de mise en oeuvre de la procédure « b », les travaux d'adaptation devront avoir abouti au 31 octobre 2000.

Le choix de la procédure comporte une option sur la manière pour l'organisme complémentaire de payer la part de dépenses qui lui incombe. Celui-ci a le choix entre virement et prélèvement.

Dans le premier cas, l'organisme de base adresse à l'organisme complémentaire les

coordonnées bancaires utiles. Il peut s'agir, en fonction du choix de chaque régime, d'un compte local ou d'un compte national.

Dans le second cas, l'organisme complémentaire prend les dispositions nécessaires afin que son établissement bancaire accepte sans délai les demandes de prélèvement provenant de l'organisme de base.

4. Les autres procédures :

- les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires peuvent recourir à d'autres modalités d'échanges différentes des procédures « a » ou « b », dès lors qu'est respecté le principe de l'interlocuteur unique pour le professionnel ou l'établissement de santé (art. D. 861-5 du code de la sécurité sociale). Il s'agit principalement de conserver des procédures qui fonctionnent à la satisfaction de chaque partie ;
- le professionnel ou l'établissement de santé peut adopter une procédure spécifique qui ne respecte pas l'unicité d'interlocuteur. Il doit alors indiquer sur la feuille de soins (papier ou électronique) ou le titre de recettes qu'il renonce à ce droit.

## V. - DISPOSITIONS PROPRES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les établissements de santé présentent quelques particularités par rapport aux procédures décrites ci-dessus :

- les cliniques privées sont tenues depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000 d'adresser leurs bordereaux de facturation à une caisse unique, quel que soit le régime du patient. Cette disposition, qui n'est pas encore en vigueur dans les faits, entraînera quelques adaptations des procédures décrites dans le cas général, mais celles-ci restent très largement valables.

Les établissements sous dotation globale sont dans une situation différente pour les prestations entrant dans le champ de la dotation globale puisque la part de la caisse d'assurance maladie est incluse dans la dotation globale. Seul le ticket modérateur et le forfait journalier restent donc à facturer sous la forme d'un titre de recette émis au nom du débiteur unique, l'organisme complémentaire. Pour se faire payer, l'établissement choisit librement entre les procédures suivantes :

- envoi direct du titre de recette à l'organisme complémentaire concerné. C'est la solution à privilégier car la plus simple. Elle évite notamment de faire transiter par la caisse d'assurance maladie une facture qui ne la concerne en rien ;
- envoi du titre de recette à la caisse d'assurance maladie de l'assuré, qui met en oeuvre la procédure « a » ou « b » en vigueur pour les soins ambulatoires. Même en cas d'utilisation de la procédure « a », le titre de recette est émis au nom de l'organisme complémentaire ;
- envoi du titre de recette à la caisse d'assurance maladie la plus proche de l'établissement de santé, qui l'adresse suivant le code organisme de rattachement de l'assuré figurant sur son attestation CMU, à la caisse d'assurance maladie de l'assuré, qui procède comme énoncé ci-dessus.

Le respect des dispositions de cette circulaire est essentiel au regard de l'objectif poursuivi par la loi du 27 juillet 1999, à savoir garantir un accès effectif aux soins. La dispense effective d'avance de frais pour les personnes bénéficiant de la protection complémentaire en matière de santé a en ce domaine une importance déterminante et sa mise en oeuvre exige

corrélativement que toutes les garanties de paiement soient apportées aux professionnels ou établissements de santé.

Aussi je vous demande de veiller attentivement à la bonne application des textes et vous invite à me communiquer sans délais les difficultés que vous constateriez.

Pour la ministre et par délégation :  
Le directeur de la sécurité sociale,  
R. Briet