

GUIDE

DES PROCÉDURES DE PRISE EN CHARGE
DES ASSURÉS SOCIAUX

PROJET
*ELABORE PAR LA CNAM A L'ATTENTION
DES MEDECINS CONVENTIONNES*

Juin 2008

DRC

PREAMBULE

Dans le cadre de la mise en œuvre progressive de la réforme de l'assurance maladie, et après le démarrage le 1^{er} juillet 2007 de la première étape, qui a particulièrement concerné la femme enceinte et les malades porteurs d'une affection lourde ou chronique (APCI), le 1er juillet 2008 marquera l'achèvement des travaux préparatifs et l'entrée en vigueur du nouveau régime d'assurance maladie avec toutes ses composantes.

A cette occasion et dans le but de mieux coordonner la prise en charge des bénéficiaires de l'assurance maladie entre les médecins conventionnés et la CNAM nous vous exposons les procédures décrites ci-dessous afin de garantir vos droits au paiement par la Caisse ainsi que ceux de vos patients bénéficiaires de l'assurance maladie.

Aussi, nous vous rappelons qu'à partir du 1^{er} juillet 2008 chaque assuré sera porteur d'une carte de soins dont la couleur sera caractéristique de l'option choisie :

- la filière publique : couleur bleue
- la filière privée : couleur jaune
- le système de remboursement : couleur verte

En espérant vous avoir apporté les précisions nécessaires, veuillez agréer Madame, Monsieur, tous nos respects.

DEFINITIONS

FILIERE PUBLIQUE DE SOINS :

Modalité de prise en charge des prestations de soins, basée sur la coordination des différentes étapes de soins et des prestations prodiguées dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique, les policliniques de la sécurité sociale et les autres structures sanitaires publiques conventionnées avec la caisse.

FILIERE PRIVEE DE SOINS :

Modalité de prise en charge des prestations de soins ambulatoires basée sur la coordination des différentes étapes de soins et des prestations par un médecin conventionné choisi par l'assuré social désigné « médecin de famille »

SYSTEME DE REMBOURSEMENT

Système de remboursement des frais : modalité de prise en charge des frais basée sur le bénéfice des soins ambulatoires auprès des différents prestataires de soins dans les deux secteurs public et privé conventionnés, le paiement des frais qui en résultent par l'assuré social et son remboursement ultérieur par la caisse dans la limite des taux de prise en charge relatifs aux prestations de soins octroyées au titre du régime de base.

PARCOURS DE SOINS COORDONNE :

Modalité d'accès aux différents niveaux de soins dans le secteur privé qui repose sur le choix libre de l'assuré social de ce parcours. L'assuré social informe la caisse de son choix et de la désignation de son médecin de famille acceptant lui-même ce choix. L'option d'un bénéficiaire pour ce parcours constitue un engagement tacite de sa part de ne recourir aux autres fournisseurs de soins que sur orientation de son médecin de famille .sauf situations exceptionnelles fixées par la réglementation.

TICKET MODERATEUR :

Quote-part des frais à la charge du bénéficiaire des prestations de soins et qui représente la différence entre les montants dus au titre des prestations de soins conformément aux tarifs conventionnels et les montants pris en charge par la caisse dans le cadre du régime de base d'assurance maladie.

TIERS PAYANT :

Modalité de prise en charge des frais de soins selon laquelle le patient ne paye au professionnel de santé que la part qui lui incombe au titre de sa participation aux frais de soins. Le reliquat est ainsi payé directement par la caisse au professionnel de santé.

FILIERE PRIVÉE

CARTE JAUNE

I. / MALADE CONSULTANT POUR UNE MALADIE ORDINAIRE :

A/ LE MEDECIN DE FAMILLE REÇOIT UN MALADE INSCRIT AUPRES DE SON CABINET :

1/ PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN DE FAMILLE :

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins auprès de son médecin de famille, ce dernier doit vérifier :

- L'option et la date de validité de la carte de soins.
- L'identité du bénéficiaire
- La conformité du nom du médecin de famille et du code conventionnel sur la carte de soins avec les siens.

2/ LES PRESCRIPTIONS MEDICALES

Les prescriptions médicales sont faites sur l'ordonnance propre du médecin (comportant son code conventionnel).

3 / ORIENTATION DU MALADE VERS UNE AUTRE SPECIALITE :

L'orientation d'un malade vers une spécialité nécessite, outre la lettre de liaison, une prescription simple (sans renseignements confidentiels) qui servira au médecin spécialiste afin de faire valoir ses droits auprès de la CNAM.

4/ LES MODALITES DE PAIEMENT :

- Percevoir le montant du TM de l'assuré social conformément aux tarifs conventionnels, aux taux de prise en charge et dans la limite du plafond annuel.
- Envoyer les notes d'honoraires à la caisse selon le modèle en annexe (décompte).

5/ PROCEDURES PROVISOIRES DU SUIVI DU PLAFOND :

La caisse adresse au médecin de famille et à l'assuré social, un premier avis indiquant que ce dernier a atteint les 80 % de son plafond.

En cas d'atteinte du plafond, un deuxième avis sera adressé à l'assuré social et au médecin de famille, invitant ce dernier, à exiger la totalité de ses honoraires conventionnels. Tout acte ou consultation facturés par le médecin de famille seront rejetés.

6/ DOSSIER DE PAIEMENT :

- Décomptes (annexe)
- Possibilité de support magnétique.
- Les actes pratiqués par le médecin doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

B/ LE MEDECIN CONVENTIONNE REÇOIT UN MALADE NON INSCRIT AUPRES DE SON CABINET :

a) malade orienté par son médecin de famille :

1/ PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN :

Le médecin du second recours doit vérifier que le malade lui a été adressé par son médecin de famille, et ce par confrontation entre le code de ce dernier inscrit sur la carte de soins et celui du médecin prescripteur porté sur la prescription de consultation de spécialité. Il doit vérifier en plus, l'identité du bénéficiaire et la validité de la carte de soins

2/ LES PRESCRIPTIONS MEDICALES :

Le médecin du second recours doit porter à l'angle inférieur gauche du verso de toutes ses prescriptions la mention « orienté par son médecin de famille » ou « OMF », en apposant son cachet et signature, en vue de donner à son malade la possibilité de bénéficier du tiers payant auprès des autres prestataires de soins.

3/ ORIENTATION DU MALADE VERS UNE AUTRE SPECIALITE :

Si le médecin de second recours juge nécessaire, il peut, après avoir avisé préalablement le médecin de famille, orienter le malade vers une spécialité moyennant une prescription, en portant la mention « orienté par son médecin de famille » ou « OMF » à l'angle inférieur gauche du verso de la dite prescription.

4/ LES MODALITES DE PAIEMENT

- Percevoir directement du malade, le montant du TM conformément aux tarifs conventionnels, aux taux de prise en charge et dans la limite du plafond annuel.
- Possibilité de percevoir la totalité de ses honoraires, en cas d'accord du patient, dans ce cas, le médecin remplit un BS.

5/ PROCEDURES PROVISOIRES DU SUIVI DU PLAFOND :

Vu l'impossibilité actuelle d'informer le médecin du deuxième recours sur l'atteinte du plafond, en cas de suivi des procédures ci-dessus, ce dernier sera honoré par la caisse et le montant de dépassement sera débité du compte de l'assuré social.

6/ LE DOSSIER DE PAIEMENT :

- Décomptes.
- L'original de la prescription d'une consultation spécialisée.
- Possibilité de support magnétique.
- Les actes pratiqués par le médecin doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

b) Malade non orienté par son médecin de famille :

1 / spécialités soumises au respect du parcours de soins coordonné :

Le médecin informe le malade qu'il est hors parcours de soins coordonné et de ce fait, il doit s'acquitter de la totalité de ses honoraires conventionnels.

2/ spécialités non soumises au respect du parcours de soins coordonné (pédiatrie, ophtalmologie et gynécologie obstétrique):

- Après avoir procédé à la vérification préalable de l'identité du bénéficiaire, de l'option choisie et de la validité de la carte de soins, le médecin concerné applique le mode de tiers payant et adresse un décompte à la caisse.
- Possibilité de percevoir la totalité de ses honoraires, en cas d'accord du patient, dans ce cas, le médecin remplit un BS.

II. / MALADE CONSULTANT POUR UNE APCI :

A/ MALADE CONSULTANT SON MEDECIN DE FAMILLE POUR SON APCI:

Quelle que soit la nature de la décision APCI délivrée au malade, le médecin de famille est assimilé au « médecin traitant de l'APCI » :

1/ PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN DE FAMILLE :

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins pour APCI, auprès de son médecin de famille, ce dernier doit vérifier :

- L'identité du bénéficiaire
- La date de validité de la carte de soins
- La date de validité de la décision d'admission en APCI et la conformité du nom du médecin traitant et du code conventionnel avec les siens.

2/ LES PRESCRIPTIONS MEDICALES :

Les prescriptions se font sur l'ordonnance APCI et ne doivent comporter que les soins en liaison avec l'APCI objet de la décision.

En cas de maladies intercurrentes associées à la même consultation, le médecin doit vérifier la conformité du nom du médecin de famille et du code conventionnel sur la carte de soins avec les siens, et effectuer ses prescriptions sur ses propres ordonnances.

3/ LES MODALITES DE PAIEMENT :

Envoi de la totalité des honoraires conventionnels à la caisse (pas de ticket modérateur).

4/ LE DOSSIER DE PAIEMENT :

- décompte
- Possibilité de support magnétique.
- Les actes pratiqués par le médecin doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

B /MALADE CONSULTANT SON MEDECIN TRAITANT MENTIONNE SUR LA DECISION D'ADMISSION EN APCI AVEC TP

1. LES PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins auprès de son médecin traitant, ce dernier doit procéder aux vérifications suivantes :

- L'option et la date de validité de la carte de soins
- L'identité du bénéficiaire sur la carte de soins et la décision d'admission en APCI avec TP
- La date de validité de la décision d'admission en APCI
- La mention de son nom et de son code conventionnel sur la décision d'APCI

2. LES PRESCRIPTIONS

- Les prescriptions liées à l'APCI sont établies sur des ordonnances APCI.

3. MODALITES DE PAIEMENT

Facturer ses honoraires à la CNAM selon décompte en annexe, dans la limite des tarifs conventionnels.

4. LE DOSSIER DE PAIEMENT :

- décompte
- Possibilité de support magnétique.
- Les actes pratiqués éventuellement pour la MO doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

Remarque : si la consultation du malade n'est pas en rapport avec son APCI, le médecin doit percevoir la totalité de ses honoraires.

SYSTÈME DE REMBOURSEMENT CARTE VERTE

I. MEDECIN RECEVANT UN PATIENT POUR UNE MALADIE ORDINAIRE

1- LES PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins auprès d'un médecin conventionné, ce dernier doit procéder aux vérifications suivantes :

- L'option et la date de validité de la carte de soins
- L'identité du bénéficiaire

2- LES PRESCRIPTIONS

- Les prescriptions sont établies sur les ordonnances propres du médecin.

3- MODALITES DE PAIEMENT

Percevoir ses honoraires de l'assuré social dans la limite des tarifs conventionnels.

4- ETABLISSEMENT D'UN BS

- Indiquer ses honoraires sur le BS.
- Les actes pratiqués par le médecin doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

II. MEDECIN RECEVANT UN PATIENT POUR UNE APCI

II. 1 - APCI DANS LE CADRE DU SYSTEME DE REMBOURSEMENT

1- LES PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN

Lors de l'accès aux soins d'un malade bénéficiaire d'une décision d'admission en APCI auprès d'un médecin conventionné, ce dernier doit procéder aux vérifications suivantes :

- l'option et la date de validité de la carte de soins.
- l'identité du bénéficiaire sur la carte de soins et la décision d'admission en APCI
- la validité de la décision d' APCI

2- LES PRESCRIPTIONS

- Les prescriptions liées à l'APCI sont établies sur des ordonnances APCI .
- En cas de maladie intercurrente associée à la même consultation, le médecin doit effectuer les prescriptions qui lui sont liées sur ses propres ordonnances.

3- MODALITES DE PAIEMENT

Percevoir ses honoraires directement de l'assuré social dans la limite des honoraires conventionnels.

4- ETABLISSEMENT D'UN BS

- Indiquer ses honoraires sur le BS.
- Les actes pratiqués doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

II. 2- APCI DANS LE CADRE DU TIERS PAYANT

Le cas ne peut être envisagé que pour les bénéficiaires éventuels d'une décision de prise en charge d'APCI valide avec TP (médecin traitant).

MALADE CONSULTANT SON MEDECIN TRAITANT MENTIONNE SUR LA DECISION D'ADMISSION EN APCI AVEC TP

4. LES PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins auprès de son médecin traitant, ce dernier doit procéder aux vérifications suivantes :

- L'option et la date de validité de la carte de soins
- L'identité du bénéficiaire sur la carte de soins et la décision d'admission en APCI avec TP
- La date de validité de la décision d'admission en APCI
- La mention de son nom et de son code conventionnel sur la décision d'APCI

5. LES PRESCRIPTIONS

- Les prescriptions liées à l'APCI sont établies sur des ordonnances APCI.
- En cas de maladie intercurrente associée à la même consultation, le médecin doit effectuer les prescriptions qui lui sont liées sur ses propres ordonnances.

6. MODALITES DE PAIEMENT

Facturer ses honoraires à la CNAM selon décompte en annexe, dans la limite des tarifs conventionnels.

7. ETABLISSEMENT EXCEPTIONNEL D'UN BS

- En cas de prescriptions pour maladies intercurrentes associées à la même consultation, le médecin doit établir un BS en indiquant consultation « gratuite »
- Les actes pratiqués éventuellement pour la MO doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

Remarque : si la consultation du malade n'est pas en rapport avec son APCI, elle sera considérée comme maladie « ordinaire » et le médecin doit percevoir la totalité de ses honoraires et remplir le BS.

FILIERE PUBLIQUE

CARTE BLEUE

Le cas ne peut être envisagé que pour les bénéficiaires éventuels d'une décision de prise en charge d'APCI valide avec tiers payant (il s'agit des décisions de prises en charge APCI délivrées avant le 1^{er} juillet 2008).

MALADE CONSULTANT SON MEDECIN TRAITANT MENTIONNE SUR LA DECISION D'ADMISSION EN APCI AVEC TP

1/ LES PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN TRAITANT :

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins auprès de son médecin traitant, ce dernier doit vérifier :

- L'identité du bénéficiaire
- La date de validité de la décision d'admission en APCI, le code de la maladie et la conformité du nom du médecin traitant et du code conventionnel avec les siens.

2/ LES PRESCRIPTIONS MEDICALES :

L'ordonnance d'APCI ne doit comporter que les prescriptions en liaison avec l'APCI objet de la décision.

En cas de maladie intercurrente associée prescription sur l'ordonnance propre du médecin.

3/ LES MODALITES DE PAIEMENT :

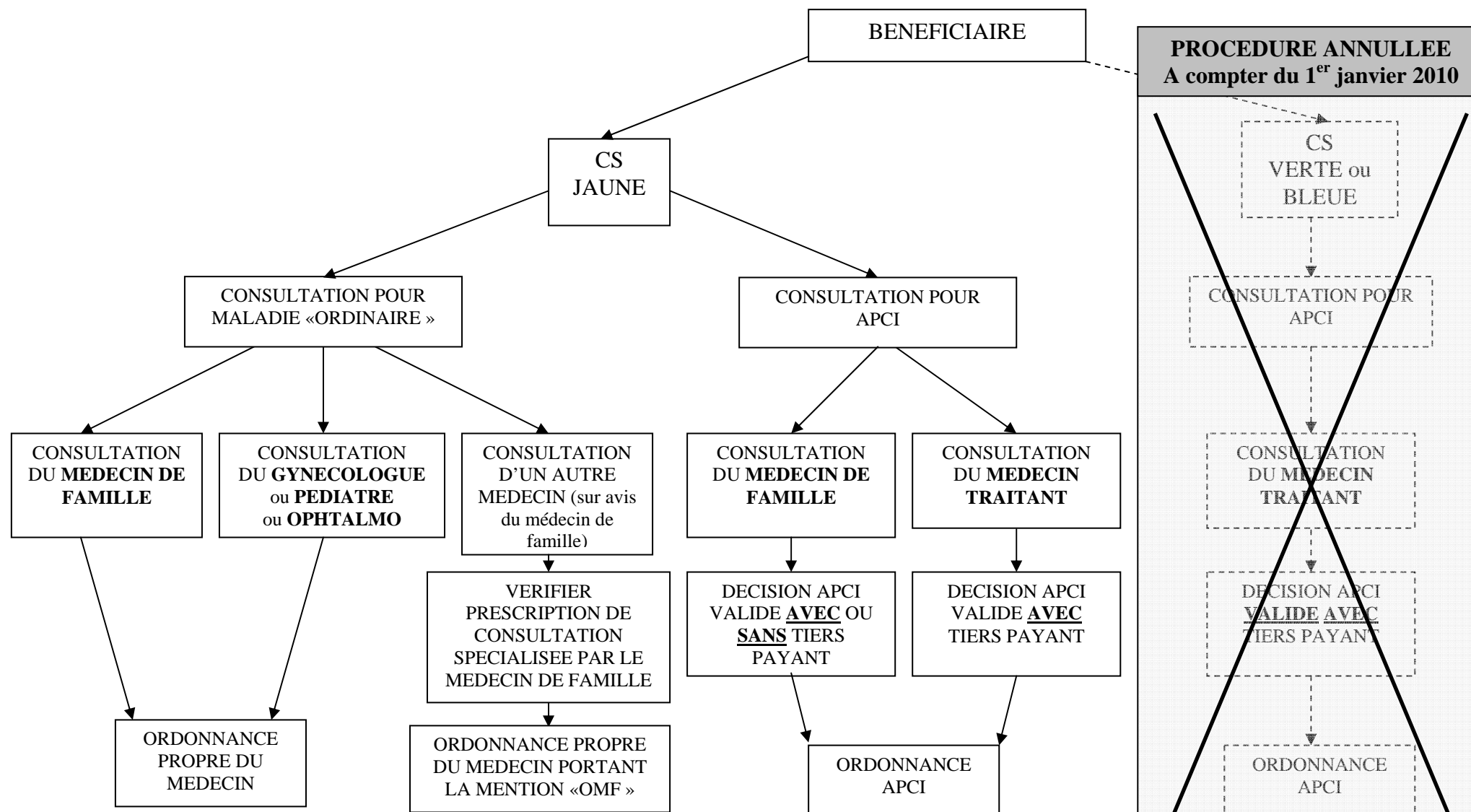
- Envoi de la totalité des honoraires conventionnels à la caisse.
- En cas de maladie intercurrente associée ne pas remplir de BS.

4/ DOSSIER DE PAIEMENT :

- décompte
- support magnétique si possible

Remarque : si la consultation du malade n'est pas en rapport avec son APCI, elle sera considérée comme maladie « ordinaire » et le médecin doit percevoir la totalité de ses honoraires.

LES SITUATIONS AUXQUELLES S'APPLIQUE LA PROCEDURE DU TIERS PAYANT



NB : Le terme de médecin traitant, désigne le médecin choisi par le malade pour le suivi de son APCI, de ce fait son nom et son code conventionnel sont inscrits sur la décision d'admission en APCI par tiers payant.