

Circulaire DSS/SDFGSS n° 2000-424 du 21 juillet 2000 relative à la prise en charge des dépenses des personnes entrant ou sortant du dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire mis en place au 1er janvier 2000 pour certaines catégories de soins

SS 1 131
2332

NOR : MESS0030339C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) au 1er janvier 2000 ;

Circulaire DSS/SDFGSS n° 2000-100 du 22 février 2000 relative à la prise en charge par les conseils généraux, suite à l'entrée en vigueur de la couverture maladie universelle au 1er janvier 2000, des dépenses d'aide médicale départementale pour certaines catégories de soins.

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 circulaire visée en référence précisait les règles d'imputation de certaines dépenses médicales telles les soins « divisibles » ou « non divisibles » pour les anciens bénéficiaires de l'aide médicale départementale ayant basculé automatiquement à la couverture maladie universelle au 1er janvier 2000. Ces règles tendent à permettre aux intéressés de bénéficier de la prise en charge de leurs dépenses, tout en respectant les accords passés, le cas échéant, antérieurement, entre le professionnel de santé et le conseil général.

La présente circulaire précise les règles de prise en charge de ces mêmes dépenses médicales particulières pour les personnes entrant ou sortant du dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire. Son objectif est également de permettre aux intéressés de bénéficier de la prise en charge de leurs dépenses dans les meilleures conditions possibles, tout en respectant les accords passés, le cas échéant, antérieurement à ces changements de situation, entre le professionnel de santé et les organismes de base ou complémentaires. Suite à l'examen par les organismes de base des informations existantes en matière de liquidation des prestations, la date la plus pertinente d'imputation de ces dépenses est soit

celle de leur prescription, pour les actes qui donnent lieu à prescription, soit celle de l'accord pour les actes soumis à entente préalable, soit celle de leur exécution pour les actes sans entente préalable et qui ne font pas l'objet d'une prescription, soit celle de la délivrance pour les médicaments et dispositifs médicaux à usage individuel.

Les règles suivantes doivent en conséquence être appliquées :

- pour les hospitalisations, il convient de retenir la date d'exécution, ce qui doit conduire à séparer la facturation en deux parties, correspondant aux deux périodes d'hospitalisation respectivement à l'intérieur et en dehors de la période de prise en charge au titre de la couverture universelle maladie ;
- pour les médicaments et dispositifs médicaux à usage individuel, hors optique et audio-prothèses, c'est la date de délivrance qui doit être retenue ;
- pour les soins « divisibles », tels les soins conservateurs dentaires qui ne font pas l'objet d'une prescription, il convient de retenir la date d'exécution, et pour les actes en série et les dépenses d'optique et d'audio-prothèses, la date de prescription ;
- pour les soins « non divisibles », soumis à entente préalable, tels les soins prothétiques dentaires ou l'orthodontie, ou les soins « divisibles » également soumis à entente préalable, tels les actes de kinésithérapie, c'est la solution de la date d'entente préalable qui paraît la plus opportune.

Ces différentes règles sont favorables aux bénéficiaires de la CMU. En effet, l'assuré ne bénéficiant pas encore de la couverture maladie universelle attendra probablement son entrée dans le dispositif pour engager certains types de soins coûteux, et l'assuré en sortant pourra être soigné sur la base de l'accord passé, antérieurement à son changement de situation, entre le professionnel de santé et les organismes de base et complémentaires.

Je vous saurais gré de bien vouloir transmettre ces instructions, s'agissant des caisses nationales d'assurance maladie, à votre réseau et me faire part des éventuelles difficultés que leur mise en oeuvre pourrait entraîner.

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