

Dès le 1^{er} juillet 2016, les régimes d'assurance maladie obligatoire s'engagent pour faciliter la pratique du tiers payant

Conformément à l'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 27 janvier 2016, un calendrier progressif de généralisation du tiers payant est prévu afin de faciliter l'accès aux soins des Français. A compter du 1^{er} juillet, tous les professionnels de santé auront ainsi la possibilité de pratiquer le tiers payant pour les soins pris en charge à 100% auprès des femmes enceintes et des patients en affection de longue durée. Cela deviendra un droit pour ces patients à compter du 31 décembre 2016.

Afin de faciliter et d'accompagner l'évolution des pratiques déjà observées chez les professionnels de santé, l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie ont fait évoluer leurs procédures conformément à leurs engagements et proposent de nouveaux services pour faciliter la facturation et le paiement des actes.

L'étape du 1^{er} juillet 2016 en pratique

A compter du 1^{er} juillet 2016, tous les professionnels de santé exerçant en ville ou en centre de santé auront la possibilité de faire bénéficier **les femmes enceintes et les patients en affection de longue durée** de la dispense d'avance des frais pour **les soins pris en charge à 100% par les régimes d'assurance maladie obligatoire**. Cela concerne près de 11 millions de nouveaux assurés.

Cette étape vise à soutenir une dynamique déjà bien engagée sur le terrain par l'ensemble des professionnels de santé en vue du 31 décembre 2016, date à laquelle le tiers payant deviendra un droit pour tous les patients pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire.

En pratique :

> Les soins concernés

Pour les femmes enceintes :

- **Les examens obligatoires liés à la grossesse** et à la naissance (les examens prénataux et postnataux, l'examen du futur père, accompagné, le cas échéant, d'analyses et d'examens complémentaires appropriés, les examens obligatoires pour les enfants âgés de moins de six ans).
- **Tous les soins intervenant quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se terminant douze jours après l'accouchement, qu'ils soient ou non en rapport avec la maternité.**
- **Certains soins liés à la grossesse dont la liste est fixée par un arrêté ministériel** : caryotype foetal et amniocentèse, test de dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine, dosage de la glycémie, séances de préparation à l'accouchement psycho-prophylactique, interruption non volontaire de la grossesse, interruption volontaire de la grossesse pour un motif thérapeutique, séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne.

Pour les patients « dits en ALD » :

- **Tous les soins en rapport avec la ou les affections dont ils souffrent.** Les patients concernés par cette mesure sont les malades atteints d'une ou plusieurs affections qui nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse pour lesquels ils bénéficient d'une prise en charge à 100% par leur régime d'assurance maladie obligatoire. Les malades qui souffrent d'une ALD pour laquelle ils ne disposent pas d'une prise en charge à 100% par leur régime d'assurance maladie obligatoire et ceux qui se trouvent en suivi post-ALD ne sont en revanche pas concernés par cette mesure.

> Les démarches à suivre côté patient

Pour bénéficier du tiers payant, le patient doit présenter au professionnel de santé sa carte Vitale. Celle-ci doit être mise à jour à chaque changement de situation (par exemple, une fois que la caisse a pris en compte la déclaration de grossesse ou après réception d'une attestation des droits mentionnant l'exonération du ticket modérateur) et au minimum une fois par an.

En revanche, le patient devra continuer à régler les éventuels dépassements d'honoraires directement aux professionnels de santé et les éventuels compléments d'honoraires pour les actes à entente directe des chirurgiens-dentistes.

Les engagements et services proposés par les régimes d'assurance maladie obligatoire

Conformément aux engagements présentés en février 2016 dans le cadre du rapport sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé, de nouvelles procédures, harmonisées, sont mises en place à partir du 1^{er} juillet 2016 par l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoires. Ces évolutions permettent d'apporter des garanties aux professionnels de santé en matière de paiement et de suivi de facturation sur les soins pratiqués en tiers payant.

⇒ **Un paiement des feuilles de soins électroniques garanti à tous les professionnels de santé sur la base des droits en carte Vitale**

Toute feuille de soins électronique établie en tiers payant avec la carte Vitale du patient sera payée conformément aux informations inscrites dans la carte, et ce même si la carte Vitale n'a pas été mise à jour.

Si les informations relatives à l'exonération du patient au titre de l'ALD ou de la maternité n'apparaissent pas encore dans la carte Vitale, le professionnel de santé pourra utiliser en complément le service ADRI (acquisition des droits intégrée) pour fiabiliser la facture et pratiquer le tiers payant sur la base des droits à jour du patient. Le tiers payant pourra ainsi être pratiqué et garanti sur l'intégralité de la base de remboursement.

Ce service peut également être utilisé en l'absence de carte Vitale pour identifier les droits du patient et fiabiliser la feuille de soins.

Le service ADRI

Il s'agit d'un service développé par les organismes d'assurance maladie obligatoire pour fiabiliser la facturation en tiers payant. Intégré au logiciel SESAM-Vitale du professionnel de santé, il permet de connaître la situation à jour des droits d'un patient grâce à un accès direct aux bases de l'Assurance Maladie.

Il sera progressivement intégré dans tous les logiciels métiers des professionnels de santé. Chaque professionnel est invité à se rapprocher de son éditeur de logiciel pour connaître le calendrier d'intégration des nouveaux services.

Pour apporter cette garantie aux professionnels de santé, l'ensemble des organismes d'assurance maladie obligatoire ont modifié les règles de traitement des rejets et les deux principaux motifs de rejets ont été supprimés.

- **La suppression des rejets liés aux droits suite à un changement de situation**

La Protection Universelle Maladie (PUMa) garantit des droits continus à l'assurance maladie obligatoire à tous les patients résidents en France. Cela signifie que les changements de situation, quels qu'ils soient (déménagements, changement de régime d'assurance maladie), n'entraînent plus de rupture de droits. Dans ce contexte, le professionnel de santé a la garantie que sa feuille de soins électronique (FSE) ne sera pas rejetée et qu'il sera payé, même si son patient a changé de régime ou de caisse de rattachement.

- **La suppression progressive des rejets liés au parcours de soins**

Le non-respect du parcours de soins était la principale cause de rejet du paiement de la part Assurance maladie obligatoire pour les factures émanant de médecins. En pratique, la suppression de ce motif de rejet permet d'apporter la garantie aux professionnels de santé qu'ils seront payés même si le patient n'a pas désigné de médecin traitant.

Les rejets liés au parcours de soins ont été supprimés pour les patients bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-c et le seront pour l'ensemble des patients au 1^{er} janvier 2017. Les femmes enceintes et les personnes en ALD ne sont en revanche pas concernées par ce type de rejets car elles ne sont pas soumises aux règles du parcours de soins dans le cadre de leur prise en charge à 100%.

⇒ **Un suivi de la facturation et des rejets facilité par des retours d'information simplifiés et harmonisés entre les différents organismes d'assurance maladie obligatoire**

La norme de retours d'information sur les facturations (norme de transmission 580) qui facilite le suivi des paiements et les rapprochements comptables sera disponible pour les médecins dès le 1^{er} juillet 2016 et étendue aux autres professionnels de santé fin 2016.

En pratique, avec un logiciel SESAM-Vitale à jour des nouvelles fonctionnalités, les libellés de rejets de factures seront plus explicites et harmonisés entre les régimes obligatoires d'assurance maladie et les rapprochements comptables seront facilités, grâce à un retour d'information par facture.

⇒ **Un service d'accompagnement inter régimes à destination des professionnels de santé**

Les organismes d'assurance maladie obligatoire ont également mis en place un dispositif d'accompagnement pour les professionnels de santé pour les aider dans l'application du tiers payant au quotidien. Ce Centre national de Service Interrégime (CeSI) sera organisé en plateformes dédiées par professionnel de santé, accessible en multi canal (mail, téléphone, chat ...).

La plateforme pour les médecins sera disponible dès le 4 juillet 2016.

Une équipe administrative dédiée répondra à toutes les questions et les réclamations des médecins liées à la facturation en tiers payant, quel que soit le régime d'affiliation du patient et sa caisse de rattachement. Elle aura pour mission de les aider à diagnostiquer l'origine des problèmes rencontrés et fera le lien avec les régimes obligatoires concernés en assurant le suivi et la traçabilité de toutes les demandes et des réponses apportées.

Cette équipe sera disponible :

- **par e-mail, à l'adresse suivante :** cesi-medecins@cnamts.fr
- **Par téléphone depuis un numéro unique**, accessible du lundi au vendredi, de 8h à 17h et jusqu'à 20h les mercredis et jeudis : **0 811 50 50 50** (service 0,06 €/min + appel local).

Un accompagnement renforcé par les conseillers informatiques services sera par ailleurs proposé aux médecins qui rencontrent des difficultés dans l'application du tiers payant.

D'ici la fin de l'année, le service d'accompagnement devrait être progressivement ouvert aux autres professionnels de santé.

⇒ **Le versement d'une indemnité en cas de retard de paiement**

Conformément aux obligations définies dans la loi de modernisation du système de santé, une indemnité sera versée au professionnel de santé par les organismes d'assurance maladie obligatoire qui ne respecteront pas le délai de paiement de 7 jours ouvrés.

Afin de fournir aux professionnels de santé les informations nécessaires au suivi de paiement des actes et consultations qu'ils ont facturés en tiers payant, les organismes d'assurance maladie publieront chaque trimestre, sur leurs sites internet, les délais de paiement pour chaque profession.

Les délais de paiement du régime général pour le 1^{er} trimestre 2016 sont disponibles pour chaque profession sur le site [ameli.fr](http://www.ameli.fr) dans l'espace « professionnel de santé », rubrique « *Gérer votre activité* » : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante.php>

Sur cette période, toutes caisses et toutes catégories de professionnels de santé confondues, la durée moyenne de paiement des feuilles de soins électroniques en tiers payant par le régime général d'assurance maladie était de 2,97 jours.

A propos de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés

La Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Cnamts) gère, au niveau national, les branches Maladie et Accidents du travail / Maladies professionnelles du régime général de Sécurité sociale qui permet à chaque assuré de se faire soigner selon ses besoins, quel que soit son âge ou son niveau de ressources.

L'Assurance Maladie concourt, par les actions de gestion du risque ou les services en santé qu'elle met en œuvre, à l'efficacité du système de soins et au respect de l'Ondam fixé pour l'année 2016 à 185,2 milliards d'euros. Elle participe également à la déclinaison des politiques publiques en matière de prévention et informe chaque année près de 60 millions d'assurés pour les aider à devenir acteurs de leur santé.

Pour conduire ses missions, l'Assurance Maladie s'appuie essentiellement sur 101 Caisses primaires d'Assurance Maladie (Cpam) en France métropolitaine, 4 Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer, 1 Caisse commune de sécurité sociale (CCSS), et les 20 Directions régionales du Service médical (DRSM). Enfin, les 16 Carsat (Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail) ont des missions bien spécifiques en matière de retraite*, de tarification et de prévention des risques professionnels et d'action sociale.

**A l'exception de la Cramif Île-de France, qui ne gère pas les pensions de retraite, ces champs relevant de la Caisse nationale d'Assurance Vieillesse.*

Contacts presse Caisse nationale d'Assurance Maladie :

Céline Robert-Tissot - 01 72 60 13 37 - celine.robert-tissot@cnamts.fr

Lucie Hacquin - 01 72 60 17 64 - lucie.hacquin@cnamts.fr



[Suivez notre actualité sur Twitter !](#)