

LETTRE-RÉSEAU LR-DDO-14/2011

Document consultable dans Médi@m

Date :

24/01/2011

Domaine(s) :

système d'information

gestion du risque

dossier client assurés

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐
Provisoire	☐

Objet :

Prise en charge des actes de dépistage pour les personnes exposées au Benfluorex.

Liens :

Plan de classement :

P17 P01

P10

Emetteur(s) :

DDO/DDGOS

Pièces jointes : 8

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☐ CARSAT

☐ UGECAM

☒ CGSS

☐ CTI

☒ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux

☐ Chef de service

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

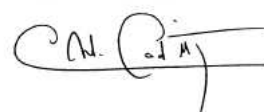
Par lettre du 28 décembre 2010 adressée aux trois Directeurs Généraux des Caisses Nationales d'Assurance Maladie (CNAMTS/CCMSA/CNRSI), le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé a indiqué sa décision que, pour les examens de dépistage et de suivi recommandés par les autorités sanitaires, « tous les patients exposés au Benfluorex, qui en feront la demande auprès de leur organisme local d'assurance maladie, bénéficient d'un remboursement à 100% du tarif opposable de sécurité sociale ».

La présente lettre réseau a pour objet de préciser le champ d'application de la mesure et d'exposer les modalités retenues pour l'instruction des demandes et le traitement des dossiers entrant dans ce champ.

Mots clés :

Benfluorex - Mediator - Dépistage - Prise en charge à 100%

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Olivier de Cadeville

LETTRE-RESEAU : LR/DDO/14/2011

Date : 24/01/2011

Objet : Prise en charge des actes de dépistage pour les personnes exposées au Benfluorex.

Affaire suivie par :

Marlène KASTLER-MOREAU  marlene.kastler-moreau@cnamts.fr

Frédéric MERLE  frederic.merle@cnamts.fr

Aïda JOLIVET  aïda.jolivet@cnamts.fr

Par lettre du 28 décembre 2010 adressée aux 3 Directeurs Généraux des caisses nationales d'assurance maladie (CNAMTS/CCMSA/CNRSI), le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé a indiqué sa décision que, pour les examens de dépistage et de suivi recommandés par les autorités sanitaires, « tous les patients exposés au Benfluorex, qui en feront la demande auprès de leur organisme local d'assurance maladie, bénéficient d'un remboursement à 100% du tarif opposable de sécurité sociale ».

La présente lettre réseau a pour objet de préciser le champ d'application de la mesure et d'exposer les modalités retenues pour l'instruction des demandes et le traitement des dossiers entrant dans ce champ.

I/ Champ d'application de la mesure de remboursement à 100%

1.1 - Personnes éligibles au bénéfice de la mesure

Cette mesure concerne tous les patients exposés au Benfluorex, médicament commercialisé sous les noms de Mediator®, Benfluorex Mylan® et Benfluorex Qualimed®.

Cette condition est réputée acquise dès lors que le bénéficiaire sollicite l'application de cette mesure de remboursement à 100%. Dès lors que l'exposition peut être antérieure à la période de conservation des données de remboursement, il n'y a pas lieu de rechercher auprès de l'assuré ou dans nos bases archives une information relative à une période de consommation et/ou date de remboursement du médicament, ou de vérifier que l'assuré a reçu un courrier préalable de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

1.2 - Actes de dépistage concernés

Les actes pouvant bénéficier d'un remboursement à 100% correspondent aux examens recommandés par les autorités sanitaires aux personnes qui ont été exposées au Benfluorex.

Il s'agit :

- de la consultation chez le médecin traitant pour qu'il soit procédé à une auscultation cardiaque,
- de la consultation spécialisée chez le cardiologue, qui si le médecin traitant le juge utile, pourrait être proposée au patient,
- l'échocardiographie éventuellement pratiquée à cette occasion.

Si ces examens devaient aboutir à la nécessité de mettre en place pour le patient un dispositif de suivi et de soins, l'adaptation de la prise en charge du patient s'effectuera dans le cadre de la procédure des affections de longue durée, soit en ALD 30 si une cardiopathie se révèle, soit en ALD hors liste pour les autres situations. Une instruction complémentaire pour le service médical est à venir.

Les dispositions décrites par la présente lettre réseau ne s'appliquent donc qu'aux actes de dépistage listés supra.

Cotations des actes concernées :

- C,
- CS (et éventuellement majoration provisoire clinicien et/ou majoration de coordination), C2, C3, CSC.
- Codes CCAM correspondants à une échocardiographie (voir liste des actes en annexe 1).

Remarque : les actes de consultations (C, CS, CSC), les actes d'avis ponctuel de consultant (C2, C3) ne sont pas cumulables avec les actes CCAM d'échocardiographie lorsqu'ils sont effectués dans le même temps.

1.3 - Date des actes concernés

Sont éligibles au bénéfice de la mesure les actes réalisés à compter du 26 novembre 2009, date de retrait du médicament du marché.

1.4 - Champ de la prise en charge à 100%

La prise en charge des actes concernés s'opère sur les principes applicables aux ALD, c'est-à-dire :

- exonération du ticket modérateur, le remboursement de l'Assurance Maladie s'effectuant sur la base de 100% du tarif opposable,

- exonération de la participation assuré de 18 euros associée à l'échocardiographie (acte CCAM d'un montant supérieur à 91 euros).
- exonération de la majoration de participation assuré lorsque le patient est « Hors parcours de soins ».

Remarque : les participations forfaitaires de 1 euro sur les consultations restent à la charge de l'assuré.

1.5 - Bénéfice de la mesure

Les actes concernés sont facturés selon les modalités habituelles par les professionnels de santé et par les établissements de santé.

Pour bénéficier de la mesure, les personnes qui le souhaitent doivent formuler, à l'issue des examens de dépistage, une demande par écrit (courrier ou mail) auprès de leur organisme d'assurance maladie. Elle doit comporter les éléments permettant d'identifier l'assuré et le bénéficiaire concernés, l'objet de la demande (remboursement à 100% d'examens réalisés suite à consommation de Benfluorex), ainsi que la date des actes pour lesquels le remboursement à 100% du tarif opposable est sollicité.

II/ Instruction des demandes et consignes de saisie des dossiers

2.1 - Formalisation de la demande

Un modèle est joint en annexe 2. Il a pour objectif de faciliter l'établissement de la demande par l'assuré et de permettre à la caisse de disposer des informations utiles pour le traitement du dossier.

Ce modèle ne doit pas être modifié en local.

Il est fourni à l'assuré lorsque celui-ci saisit sa caisse et ne doit pas être mis à disposition en accès libre.

Il n'est pas opposable aux assurés. Si le modèle n'est pas utilisé mais que la demande comporte l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier, il n'y a pas lieu de la retourner.

2.2 – Sollicitation des lignes de contact

Des scripts Medialog avec un sous-motif dédié ont été mis en ligne afin de permettre une prise en charge des sollicitations des assurés qui contacteront leur organisme d'assurance maladie pour se renseigner sur la mesure ou en solliciter le bénéfice.

Ces sollicitations doivent faire l'objet d'un recueil et d'une attention particulière par les agents de front office.

Si l'assuré indique – à l'occasion du contact- son intention de nous adresser une demande à l'issue de ses examens, il lui est proposé :

- l'envoi d'un modèle de demande de prise en charge à renvoyer complété le moment venu,
- le recueil de ses coordonnées pour suivi de son dossier et rappel éventuel.

Ces dossiers font alors l'objet d'une échéance medialog de niveau 2 qui sera transmise à l'équipe en charge du traitement des demandes.

2.3 - Recueil et centralisation des demandes

Les demandes seront adressées par l'assuré, à l'issue de ses examens et par conséquent indépendamment du support de facturation des actes concernés (FSE ou FSP dans le cas général déjà réglée selon les modalités habituelles).

Pour des raisons de suivi et de gestion attentionnée de ces dossiers, elles seront centralisées au sein d'une équipe dédiée.

2.4 - Instruction des demandes

2.4.1 – Vérification préalable concernant les actes éligibles

Pour chaque bénéficiaire concerné, ne peut être pris en charge qu'un acte par type d'actes entrant dans le champ de la demande (1 C, 1 CS...).

S'il apparaît que le bénéficiaire sollicite – dans le cadre d'une même demande ou de plusieurs demandes échelonnées dans le temps- la prise en charge à 100% d'autres actes ou d'un deuxième acte de la même catégorie, un courrier doit lui être adressé lui indiquant que le remboursement interviendra dans les conditions habituelles de prise en charge.

Voir courriers types en annexes 3-1 et 3-2.

2.4.2 – Identification des remboursements d'actes concernés par la demande

A réception d'une demande :

Consultation dans IMAGE, pour identifier si présence d'un remboursement correspondant aux actes et dates indiqués sur la demande,

- si pas de présence de remboursement, mise en instance pour nouvelle(s) recherche(s) dans IMAGE.

Exemple :

- mise en instance pour 2^{ème} recherche à J + 10 (jours ouvrés), et si infructueuse à J+20

Au terme d'un délai d'un mois, si le règlement initial n'est pas identifié, un contact est pris avec l'assuré, de préférence par téléphone, pour obtenir confirmation des éléments utiles à l'identification de la facturation des actes concernés (notamment s'il s'agit d'une feuille de soins papier) et lui indiquer que nous poursuivons le traitement de sa demande.

- si présence d'un remboursement, passage à la phase de traitement du dossier.

2.5 – Traitement des dossiers

2.5.1 – Identification des remboursements à traiter

Les demandes peuvent concerner des actes pour lesquels le remboursement opéré par l'Assurance Maladie est déjà conforme – dans les conditions habituelles de remboursement, compte tenu de la prise en charge des bénéficiaires concernés – au montant qui découle de l'application de la mesure de prise en charge à 100%.

Il s'agit de :

- l'ensemble des actes concernés pour les bénéficiaires d'une ALD dès lors qu'ils sont en rapport,
- l'ensemble des actes concernés pour les invalides, les rentiers avec taux supérieur à 66,66%, les bénéficiaires de l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre
- l'ensemble des actes concernés pour les bénéficiaires de la CMU-C

Il n'y a donc pas lieu de régulariser ces actes selon les consignes dérogatoires indiquées ci-après, mais il convient d'informer l'assuré que son règlement est bien intervenu à 100% du tarif opposable.

Voir courrier type en annexe 4.

2.5.2 – Consignes de régularisation pour les actes réalisés en ambulatoire ou en établissement privé

Le règlement a été effectué avec ticket modérateur et/ou application de la participation assuré de 18 euros, et/ou application de la majoration de participation si Hors parcours de soins :

Effectuer une régularisation selon les modalités suivantes :

- Pour la consultation du médecin traitant et la consultation du cardiologue :
 - phase négative strictement identique au paiement initial
 - phase positive :
 - si absence médecin traitant ou Hors parcours de soins, renseigner l'indicateur de parcours de soins à **Urgence**
 - code exonération **DIV** (divers)

Le rappel sera ainsi effectué à 100%, **sans application** de la majoration de participation assuré.

- Pour l'acte d'échocardiographie réalisé par le spécialiste :
 - phase négative strictement identique au paiement initial
 - phase positive :

-si absence médecin traitant ou Hors parcours de soins, renseigner l'indicateur de parcours de soins à **Urgence**

-code exonération **PREV** (prévention)

Le rappel sera ainsi effectué à 100%, **sans application** de la participation forfaitaire de 18 euros, sans majoration de participation assuré et sans participation forfaitaire 1 euro.

Attention : les actes CCAM d'échocardiographie seront compatibles avec l'exonération PREV à partir de la version V23 de la CCAM, dont la diffusion est intervenue le 14 janvier 2011, pour une installation au plus tôt et obligatoirement avant le 25 janvier 2011 (date d'effet des autres mesures intégrées dans la CCAM 23).

Les consignes de saisies de ces régularisations sont décrites en annexe 5.

A l'issue du traitement de la demande, il convient d'adresser un courrier à l'assuré pour l'informer que le règlement des actes de dépistage est bien intervenu à 100% du tarif opposable et qu'il lui appartient d'en informer son Organisme Complémentaire.

Voir courrier type en annexe 6.

Remarque : les décomptes relatifs à ces régularisations seront transmis aux Organismes Complémentaires dans le cadre des échanges NOEMIE OC.

Attention :

Afin que les actes d'échocardiographie puissent être régularisés avec le code exonération PREV, la base CCAM V23 affecte le code exonération du TM '7' à ces actes – *comme pour l'acte de Mammographie de dépistage (QEOK004).*

La base étant diffusée à un public large (autres régimes d'assurance maladie, éditeurs d'établissements de santé publics et privés, éditeurs de logiciels SESAM Vitale), certains utilisateurs peuvent supposer que l'échocardiographie peut être facturé en prévention.

Hors du dispositif décrit dans cette lettre-réseau, les actes d'échocardiographie ne peuvent être pris en charge au titre de la prévention. La mammographie de dépistage (QEOK004) reste le seul acte CCAM pouvant être facturé en prévention.

2.6 – Cas particulier des actes réalisés en établissement public

Comme pour les autres dossiers, il n'y a pas de procédure spécifique au niveau des établissements publics. La prise en charge à 100% intervient sur demande de l'assuré auprès de la caisse.

Celui-ci doit produire à l'appui de sa demande les justificatifs du reste à charge qu'il a réglé :

- avis des sommes à payer
- reçu de la trésorerie.

En l'absence de facturation individuelle de l'acte, il n'y a pas lieu de procéder à l'étape de recherche d'un remboursement initial (étape 2 .4.2).

Les modalités spécifiques de saisie de ces dossiers vous seront précisées ultérieurement.

III/ Dispositif de suivi

3.1 – Ventilations statistiques et comptables

Les montants régularisés dans les systèmes de production seront ventilés automatiquement par Qualiflux en totalité sur le risque.

3.2 – Suivi

Un récapitulatif mensuel des demandes reçues et traitées, ainsi que du volume d'actes pris en charge et des montants remboursés dans le cadre du dispositif est établi par l'ordonnateur et transmis à l'agent comptable. Une remontée mensuelle du tableau à la Cnamts est effectuée par l'agence comptable qui en conserve par ailleurs l'exemplaire papier signé correspondant.

NB = il appartient à l'agence comptable de vérifier la cohérence et la pertinence des données implémentées avant transmission qui équivaut à un aval de l'agent comptable.

Le modèle de tableau de suivi est joint en annexe 7.

Le premier envoi est attendu avant le 15 février 2011 pour les données concernant le mois de janvier 2011.

Pour les périodes suivantes (à compter de février 2011) les données transmises par les Caisses devront être adressées avant chaque 15 du mois suivant le mois concerné à l'adresse suivante dcg.dar@cnamts.fr.

L'objet du message doit être libellé de la façon suivante :

« BENFLUOREX_XXX_AAA_MM » (où « XXX » représente votre numéro de Caisse, « AAA » l'année correspondante et « MM » le mois correspondant).

Exemple : pour la CPAM de Nanterre :

le premier message aura pour objet : BENFLUOREX_921_2011_01

le suivant aura pour objet : BENFLUOREX_921_2011_02

Modalités de saisie :

Le DCGR, met en place un fichier unique de suivi pour lequel nous vous demandons de suivre les recommandations suivantes :

Ne pas modifier la structure du fichier

Respecter les formats de cellules : nombres, date, etc.....

Ne pas ajouter d'onglets

Ne pas envoyer de fichiers autres que la maquette proposée et ce quel que soit le format employé

Ne pas mettre d'informations dans le contenu du mail qui ne figureraient pas dans le fichier de suivi, elles ne seraient pas consolidées

Respecter la nomenclature du nom du fichier : « BENFLUOREX_XXX_MMAA.xls » où « XXX » représente le numéro de votre Caisse, « MM » le mois concerné et « AA » l'année des données remontées.

Exemple : le premier fichier retourné par la CPAM de Nanterre sera nommé :
BENFLUOREX_921_0111.xls
le suivant sera nommé :
BENFLUOREX_921_0211.xls