

RELATIONS AVEC LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRES

1. Les textes de référence

Code de la sécurité sociale :

- Articles [L 174-4](#) (forfait journalier), [L 322-2](#) (ticket modérateur), [R 322-1](#) (ticket modérateur), [R 322-8](#) (ticket modérateur forfaitaire – 18€)

2. Les catégories d'organismes complémentaires

Il existe trois catégories d'organismes complémentaires (OCAM ou AMC)... :

- Les mutuelles ;
- Les entreprises d'assurance ;
- Les institutions de prévoyance.

...qui représentent plus de 740 organismes différents.

3. La problématique

Il s'agit de mettre en place les conditions *optimum* de constitution des dossiers d'AMC :

- Afin que les patients puissent bénéficier du tiers payant sur les frais relatifs aux actes et consultations externes et sur les frais de séjour, pour la part non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ;
- Et afin que les établissements soient assurés en retour d'obtenir dans les meilleures conditions le règlement de leurs factures.

3.1. Le tiers payant

Le tiers payant présente un triple intérêt pour les établissements :

- Financier, en raison de l'amélioration de la qualité du recouvrement ;
- Social, pour éviter aux patients de faire l'avance des frais ;
- Et organisationnel lorsque la transmission des factures a pu être dématérialisée.

3.2. Les procédures

Les procédures à mettre en place sont différentes selon qu'il s'agit des actes et consultations externes ou des séjours :

- Les soins externes :
 - o Portent sur des actes ponctuels ;
 - o Leur prise en charge par l'organisme complémentaire ne nécessite pas de demande préalable : la présentation par le patient d'une attestation de tiers payant en cours de validité suffit ;
 - o Les garanties complémentaires sont clairement identifiées par l'attestation (périmètre pris en charge par l'organisme complémentaire, taux de prise en charge par type d'actes ou de soins...).
- Les frais de séjour (hospitalisation) :
 - o Portent sur des prestations de durée variable, avec plusieurs composantes : forfait journalier, ticket modérateur, 18 €, chambre particulière, etc. ;
 - o La prise en charge par l'organisme complémentaire se fait après demande préalable le plus souvent, mais parfois sur présentation de l'attestation ;

- Les garanties complémentaires sont plus variées, plus complexes et souvent plafonnées : période de prise en charge du forfait journalier, par exemple.

3.3. L'identification des frais pris en charge par les organismes complémentaires

La carte d'adhérent à l'organisme complémentaire donne tous les éléments permettant de déterminer les frais pris en charge par celui-ci. Il faut retenir que les frais de séjour doivent dans la majorité des cas faire l'objet d'une demande de prise en charge avant de faire bénéficier le patient du tiers payant sur cette partie de ses frais.

NB : Il peut rester une somme à la charge du patient. Cette somme doit faire l'objet d'une facturation et d'une mise en recouvrement dans les meilleurs délais.

Il arrive également que le patient soit adhérent de plusieurs organismes complémentaires : l'établissement recherche dans ce cas la couverture la mieux adaptée à la situation et/ou la plus favorable pour le patient, ou bien encore répartit les frais sur les organismes selon les prestations prises en charge.

3.4. Les conventions de tiers payant

Des conventions de tiers payant peuvent être passées entre les établissements de santé et les organismes complémentaires. Cette convention est facultative, elle permet de définir :

- Les obligations de l'établissement lui permettant de bénéficier d'une garantie de paiement (en particulier vérification de l'attestation) ;
- Le modèle de support de droits pour cet organisme : il est annexé à la convention et sera présenté par l'assuré aux agents des bureaux d'entrée ; la convention décrit le mode de lecture et de vérification de cette carte d'adhérent ;
- Les informations obligatoires devant figurer dans les factures ou dans les prises en charge ;
- Les informations obligatoires devant figurer dans les retours de paiement ou rejets ;
- Les modalités de transmission des factures et de paiement : comment retrouver l'adresse, les délais de paiement, les comptes crédités, etc.

4. La carte de l'adhérent à l'organisme complémentaire base de la garantie de paiement

Tout adhérent à un organisme complémentaire est titulaire d'une carte, appelée aussi attestation de tiers payant. C'est sur la vérification de cette carte que repose principalement la garantie de paiement des frais pris en charge par l'organisme. L'établissement doit donc vérifier très soigneusement, outre l'identification du bénéficiaire, le champ d'application du tiers payant, et la période de validité de la couverture complémentaire.

4.1. La durée de validité

Il n'y a pas de lien entre la durée d'ouverture des droits à un régime de base de sécurité sociale et la durée des droits à une couverture complémentaire. Différents événements peuvent conduire l'adhérent d'un organisme complémentaire à changer de couverture complémentaire (par exemple, changement d'employeur) ou à ne plus bénéficier de couverture complémentaire.

- Le patient dispose d'une carte d'adhérent **régulièrement mise à jour** (une à plusieurs fois par an) par son organisme complémentaire. Cette carte, qui précise l'étendue de la couverture complémentaire, doit être demandée et vérifiée à chaque passage du patient à l'hôpital, y compris lorsque ces passages sont rapprochés ;
- L'attestation de tiers payant a une durée de validité indiquée qui doit être vérifiée par l'établissement. Cette attestation n'est pas nécessairement annuelle. Elle engage l'organisme complémentaire qui la diffuse sur la période de l'attestation ;
- **Le tiers payant ne doit jamais être appliqué sur la base d'une carte dont la période de validité aurait expiré ;**

- De même, la réponse à une demande de prise en charge (pour les frais de séjour) a une période de validité très limitée qu'il faut vérifier impérativement de façon systématique.

4.2. L'identification des bénéficiaires

- Les organismes complémentaires sont habilités à gérer le numéro INSEE, mais cette donnée n'est pas suffisante ;
- Pour traiter correctement une facture ou une prise en charge, l'AMC doit recevoir :
 - o Le numéro INSEE de l'assuré social (carte Vitale AMO), les assurés ne déclarant pas toujours le bon numéro INSEE à l'AMC (des enfants peuvent être rattachés au père et à la mère, l'organisme complémentaire ne connaissant qu'un des 2 numéros INSEE) ;
 - o La date de naissance du bénéficiaire (carte Vitale AMO) ;
 - o Le numéro d'adhérent (porté sur l'attestation AMC) qui doit impérativement être mentionné sur la facture ;
 - o Les noms et prénoms des bénéficiaires (présents sur les factures papier, mais pas sur les factures électroniques).

5. La gestion des codes assurance maladie complémentaire (AMC) et des adresses de facturation

Hors télétransmission, le nom et l'adresse du centre de gestion de l'AMC figurent sur l'attestation de tiers payant ou dans la convention.

En télétransmission, le numéro d'AMC est pris sur l'attestation de tiers payant présentée par l'assuré.

Le numéro d'AMC et le « type de convention » permettent de retrouver l'adresse électronique du destinataire.

La fusion, les regroupements d'AMC : ces AMC assurent en général une continuité de service sur les attestations en cours de validité.

Un principe : pour éviter toute difficulté, l'établissement doit systématiquement vérifier la validité de l'attestation.