

# LES PROCEDURES DE PRISE EN CHARGE

---

## 1. Les textes de référence

---

- Code de la sécurité sociale :
  - o Article [L 162-21-1](#) (dispense d'avance des frais) ;
  - o Articles [R 166-3](#) (accord préalable) et [R 174-4](#) (dispense de demande de prise en charge).

## 2. Les principes généraux

---

**Le principe** : les établissements sont dispensés de présenter une demande de prise en charge (administrative) pour les assurés sociaux qui attestent de leur identité et de l'ouverture de leurs droits aux prestations de l'assurance maladie grâce à leur carte Vitale en cours de validité. Ce principe est posé par l'article [R 174-4](#) du code de la sécurité sociale.

Dans ce cas, les frais d'hospitalisation et de soins externes des patients assurés sociaux sont directement pris en charge par leur organisme d'assurance maladie et les patients sont dispensés de l'avance des frais.

**Pour les assurés sociaux qui ne peuvent justifier de droits ouverts**, l'établissement dispose de deux possibilités :

- **Soit consulter l'annuaire « FEU VERT »**, disponible en France métropolitaine pour les assurés du régime général (☞ infra) ;
- **Soit adresser une demande de prise en charge à la caisse pivot**, qui la transmet à la caisse dont relève l'assuré pour le versement des prestations. Cette caisse notifie sa décision à la caisse pivot ainsi qu'à l'établissement (☞ infra § 5).

### L'annuaire FEU VERT

Afin de faciliter la prise en charge des personnes non munies de leur carte vitale lors de leur admission ou de leur consultation et/ou afin de vérifier la validité de leurs droits auprès d'un organisme d'assurance maladie, un annuaire des services FEU VERT est disponible en France métropolitaine pour les assurés du régime général. Cet annuaire se présente sous la forme d'une application fonctionnant sur un PC équipé d'un émulateur Minitel. Il permet aux établissements de santé de consulter :

- Les droits des assurés sociaux du régime général et de leurs ayants droit ;
- L'exonération, éventuelle, du ticket modérateur liée soit au régime, soit à la nature de l'affection.

A terme (2ème semestre 2008, à l'issue d'une étape d'expérimentation lancée auprès d'une trentaine d'établissements de santé en février 2008), "Feu Vert" sera remplacé par **le service en ligne « Consultation des Droits » appelé service CDR**. Ce nouveau service sera disponible pour **l'ensemble des assurés du territoire**, qu'ils soient affiliés à la CNAMTS, à la MSA ou au RSI. Il sera **accessible via Internet, à l'aide de la CPE nominative** (☞ fiche « Carte Vitale »), la connexion étant cryptée.

**A noter** : le déploiement du service CDR ne signifie pas l'arrêt immédiat de l'annuaire Feu Vert.

Une fois les droits à l'assurance maladie du patient vérifiés, **certaines prestations** nécessitent un accord préalable du contrôle médical pour être prises en charge par l'assurance maladie (☞ article [R 166-3](#) du code de la sécurité sociale).

Il convient de distinguer la demande de prise en charge administrative de la demande d'accord préalable du contrôle médical, qui n'a pas les mêmes effets.

La présente fiche s'attache plus particulièrement à traiter les modalités de prise en charge administrative en vue de la facturation des soins, l'accord préalable du contrôle médical étant rapidement évoqué.

### 3. La dispense de prise en charge ou « présomption » d'ouverture de droits

---

La notion de « présomption » d'ouverture des droits était liée au dispositif de la dotation globale. Avec la disparition de la dotation globale, les établissements doivent impérativement vérifier l'exactitude des informations communiquées par le patient sur l'existence de leurs droits à l'assurance maladie, ou, si le patient est dans l'impossibilité de présenter sa carte Vitale ou une attestation de droits, rechercher s'il bénéficie de droits auprès d'un organisme d'assurance maladie.

Cette procédure s'applique également aux établissements en dotation annuelle de financement (SSR, psy, hôpitaux locaux, etc.).

L'établissement doit donc obtenir par tous moyens à sa disposition (**carte Vitale, attestation d'ouverture de droits, feu vert, etc.**), l'assurance que le patient bénéficie d'une couverture maladie avant de constituer le dossier de facturation.

La dispense de demande de prise en charge vaut en principe pour tous les régimes et tous les risques, sauf les accidents du travail et les maladies professionnelles et exceptions rappelées au § 4.

### 4. Dans quels cas demander une prise en charge ?

---

Une demande de prise en charge (administrative et/ou médicale selon les cas) doit être présentée dans les cas suivants :

- Accidents du travail et maladies professionnelles (☞ fiche [accidents du travail maladies professionnelles](#)) ;
- ALD hors liste ou poly-pathologies ;
- Conventions internationales ou migrants.

**Cas particulier de patients relevant de la caisse des français à l'étranger :**

☞ Fiche « [Les français expatriés relevant de la caisse des français de l'étranger](#) ».

### 5. L'intervention du contrôle médical

---

☞ **Cas particulier de l'admission en SSR ou en USLD**

**L'admission directe** dans un service de moyen ou de long séjour est, en principe, subordonnée à l'accord de l'organisme d'assurance maladie dont relève le patient, donné après avis du contrôle médical de la caisse d'affiliation (article [R 166-3](#) du code de la sécurité sociale). Toutefois, **depuis la canicule d'août 2003, des dérogations ont été données par le ministère et les caisses d'assurance maladie pour permettre les entrées directes en service de soins de suite et de réadaptation sans attendre l'accord préalable de la caisse.**

**En cas de transfert**, le service du contrôle médical est informé sous 48 heures de l'admission du patient dans les services de moyen et de long séjour.

☞ **Cas particuliers des soins à domicile et de l'hospitalisation à domicile** : le service du contrôle médical est informé sous 48 heures de l'admission du patient dans les services de soins à domicile et d'hospitalisation à domicile.

### 6. La procédure de demande de prise en charge

---

La demande de prise en charge doit être adressée à la caisse pivot dès l'admission du patient. Cette demande peut être faite par télétransmission dans la chaîne « BG » (budget global) ou sur support

papier. La caisse pivot retransmet cette demande à la caisse d'affiliation du patient (caisse gestionnaire).

La caisse gestionnaire, après avoir vérifié l'ouverture des droits de l'assuré, transmet sa décision à l'établissement de santé par l'intermédiaire de la caisse pivot.

La caisse pivot dispose d'un délai de 50 jours (ou 45 jours à compter de la réception des demandes de PEC), pour faire parvenir les réponses des organismes gestionnaires. **Au-delà de 50 jours, la PEC est présumée acquise conformément au principe des « accords tacites ».**

Le retour des PEC est affecté d'un code état qui précise la situation du dossier.

## **7. La transmission des informations de séjour**

---

Lorsque la prise en charge par l'assurance maladie est certaine, les données relatives aux séjours et aux actes et consultations externes vont suivre 2 voies distinctes :

- **Une transmission des informations par la chaîne dite « BG » (budget global) :** informations de séjour et fichier des actes et consultations externes (☞ fiches correspondantes). Ces informations transmises à la caisse pivot permettront ultérieurement de répartir entre les différentes régimes les sommes versées par la caisse pivot à l'établissement en application de l'article [R 174-1-2](#) du code de la sécurité sociale. Cette transmission est obligatoire en application de l'article [R 174-1-6](#) du même code, elle peut donner lieu à des rejets ou des corrections de fichiers qui doivent impérativement être retraités par l'établissement ;
- **Une transmission mensuelle de l'ensemble de l'activité MCO sur e-PMSI** en vue de sa valorisation par l'ARH et du paiement correspondant par la caisse pivot.