

Mut'Santé

Protocole de mise en œuvre du dispositif de gestion lié à la dispense d'avance des frais

Préambule

Les organismes d'assurance maladie complémentaire (dont la liste est jointe en annexe A), exprimant la volonté d'accroître le service rendu à leurs adhérents, et aux professionnels de santé, ont mis en place un dispositif de gestion du tiers-payant régime complémentaire.

Le dispositif, dénommé **Mut'Santé**, permet le paiement au professionnel de santé des actes et prestations de santé dispensés par celui-ci et éligibles à la procédure de dispense d'avance de frais dans les conditions définies par le présent protocole et ses annexes indissociables.

Mut'Santé intervient en qualité de mandataire des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Dans le présent protocole technique, le terme **Adhérent** est défini comme terme générique pour désigner une personne physique titulaire d'un contrat d'assurance maladie complémentaire. Selon l'organisme d'assurance maladie complémentaire, le titulaire du contrat est désigné sous le nom d'adhérent, de sociétaire, d'affilié, d'assuré, ...

1. Objet du protocole

Le présent protocole technique a pour objet de préciser les différentes modalités à observer pour accorder à un patient la dispense d'avance de frais en utilisant la procédure de délégation de paiement des dépenses de santé.

Les organismes d'assurance maladie complémentaire, porteurs de risques ou délégataires de gestion, garantissent le paiement de la quote-part des frais de santé qu'ils prennent en charge sur présentation d'une carte de tiers-payant Mut'Santé en cours de validité à la date de facturation, pour les prestations de santé indiquées sur la dite carte, dans la limite des garanties énoncées, ou après accord sur une demande de prise en charge.

2. Un interlocuteur unique : Mut'Santé

Mut'Santé est l'interlocuteur unique des professionnels de santé pour l'envoi des factures tiers-payant RC papier ou dématérialisées, le suivi de leur traitement et de leur règlement.

3. Garantie de paiement

Dès lors qu'un adhérent ou l'un de ses ayants-droit présente à un professionnel de santé la carte de tiers-payant « Mut'Santé » en cours de validité, les prestations dispensées éligibles à une dispense d'avance de frais bénéficient d'une garantie de paiement par l'organisme complémentaire au professionnel de santé.

La garantie de paiement est limitée à hauteur des taux et montants pris en charge figurant sur la carte attestation tiers-payant présentée pour les prestations concernées, et pour les seuls bénéficiaires présents sur la carte justifiant l'ouverture de leurs droits en assurance maladie complémentaire.

Dans le cadre des prestations optique et dentaire, hors soins conservateurs, la garantie de paiement s'applique sur le montant figurant sur la notification de prise en charge émise par Mut'Santé.

4. Conditions générales de mise en œuvre

Pour bénéficier de la dispense d'avance des frais de santé l'adhérent ou son ayant-droit doit présenter simultanément au professionnel de santé :

- La carte attestation tiers-payant de son organisme d'assurance maladie complémentaire normalisée portant le logo Mut'Santé (annexe B), en cours de validité ; toute modification de cette carte devra avoir reçu l'accord préalable des parties signataires.
- Sa carte d'assurance maladie obligatoire (carte vitale ou reflet de la carte) en cours de validité.

Pour faire bénéficier le patient de cette dispense d'avance de frais au titre du tiers-payant complémentaire, le professionnel de santé doit s'assurer que :

- La carte attestation d'assurance maladie complémentaire présentée est en cours de validité à la date d'exécution des prestations médicales dispensées,
- Le bénéficiaire des soins est bien présent sur la carte attestation d'assurance maladie complémentaire présentée,
- L'ouverture des droits RC du bénéficiaire des soins est effective à la date d'exécution des soins,
- Les soins dispensés présentés au remboursement sont couverts par l'un et l'autre des régimes obligatoire et complémentaire pour les prestations remboursables par le régime obligatoire,
- Les informations présentes sur l'attestation d'assurance maladie complémentaire et la carte d'assurance maladie régime obligatoire (carte Vitale ou l'attestation correspondante) correspondent,

- Les prestations de soins dispensées sont éligibles à la dispense d'avance de frais sur la carte attestation d'assurance maladie complémentaire.

Pour faire valoir la dispense d'avance de frais, le professionnel de santé doit établir une facture subrogatoire pour obtenir le remboursement de la part complémentaire.

Le professionnel de santé fait son affaire du règlement de la part du régime obligatoire qui sera effectué par l'organisme de régime obligatoire dont dépend l'assuré, et de l'éventuelle part restant à charge de l'adhérent après l'application du dispositif d'avance de frais.

Le professionnel de santé calcule le montant de la part complémentaire objet de la dispense d'avance de frais, après déduction de la part prise en charge par le régime obligatoire, à partir des informations portées sur la carte attestation tiers-payant RC :

- Taux de prise en charge indiqué sur l'attestation d'assurance complémentaire exprimé en référence
 - au ticket modérateur,
 - à la dépense réelle,
 - au tarif de responsabilité,
- Montant unitaire de base,
- Forfait.

Dans ce contexte, 100% du tarif de responsabilité, après déduction de la part prise en charge par le régime obligatoire, équivaut à 100% du ticket modérateur.

5. Facturation et règlement

Les règlements sont effectués par virement sur le compte bancaire ou postal porté sur le RIB donné par le professionnel de santé à Mut'Santé lors de son adhésion au présent protocole.

5-1. Les conditions de facturation et de règlement

Les parties s'engagent à favoriser le développement de la télétransmission des factures dématérialisées aux fins de supprimer les documents papier.

Le professionnel de santé qui adresse les factures tiers-payant RC à Mut'Santé peut, à tout moment, demander à Mut'Santé de passer à une facturation dématérialisée et à la télétransmission de celles-ci.

Si le professionnel de santé n'est pas en mesure de télétransmettre des factures dématérialisées, il transmet des factures subrogatoires matérialisées (support papier). Les modalités d'application de ces deux circuits de transmission des factures sont décrites ci-après.

Les factures subrogatoires tiers-payant RC comportant des actes remboursables RO doivent être adressées à Mut'Santé dans un délai maximum de trois mois suivant l'envoi de la facture tiers-payant RO au régime obligatoire.

Les factures subrogatoires tiers-payant RC ne comportant que des actes médicaux et prestations non remboursables par le régime obligatoire d'assurance maladie doivent être adressées à Mut'Santé dans un délai maximum de trois mois, à compter de l'exécution des actes.

Mut'Santé ne fait pas de règlement partiel, une facture est payée dans sa totalité ou globalement rejetée.

Si le professionnel de santé a adressé plusieurs factures à Mut'Santé, il reçoit un virement globalisé des factures acceptées en règlement, et un retour lui précisant, au sein de ce virement global, les factures qui ont été acceptées en règlement.

Les factures que Mut'Santé n'a pas pu payer sont retournées au professionnel de santé avec le motif de rejet.

5-2. Les informations présentes sur une facture

Les factures subrogatoires tiers-payant RC doivent obligatoirement porter les informations suivantes :

- Identification de l'organisme complémentaire :

- Numéro d'organisme complémentaire.

Ces informations sont indiquées sur l'attestation tiers-payant RC.

- Identification du bénéficiaire des soins facturés :

- Numéro INSEE de l'adhérent ou de l'ayant droit bénéficiaire des soins,
- Date et rang de naissance de l'adhérent ou de l'ayant droit bénéficiaire des soins.

Ces informations sont indiquées sur l'attestation tiers-payant RC.

- Identifiant du professionnel de Santé :

- Nom et adresse du professionnel de Santé,
- Numéro ADELI d'identification du professionnel de santé ou code FINESS pour les établissements de santé.

- Factures :

- Numéro de la facture subrogatoire,
- Numéro de lot de facture (uniquement pour les factures dématérialisées),
- Date de la facture subrogatoire,
- Total de la dépense réelle,
- Total de la part du régime obligatoire,
- Total de la part tiers-payant RC dû par l'organisme complémentaire au professionnel de santé,
- Total du reste à charge de l'adhérent ou de son ayant-droit.

- Sur chaque ligne de prestation facturée :

- Date d'exécution de l'acte ou de la période pour une série d'actes identiques,
- La date de prescription (selon les actes),
- Code de l'acte dispensé (code regroupement pour les actes CCAM, lettre clé pour les actes NGAP et NABM, code acte, ...),

- Coefficient, prix unitaire et quantité des actes,
- Montant de la dépense réelle,
- Montant de la base de remboursement du régime obligatoire,
- Taux de participation du régime obligatoire,
- Montant du remboursement du régime obligatoire,
- Montant tiers-payant à payer par l'organisme complémentaire au professionnel de santé,
- Montant du reste à charge de l'adhérent ou de son ayant-droit.

5-3. Requalification de la facturation des actes par le régime obligatoire

La requalification par l'organisme d'assurance maladie obligatoire :

- du taux de prise en charge de l'acte par celui-ci,
- ou de la cotation de l'acte

peut générer une régularisation du montant payé en tiers-payant au professionnel de santé par l'organisme d'assurance maladie complémentaire.

- un trop perçu,
- un paiement complémentaire.

Cette régularisation, selon les cas, peut générer une demande de remboursement du trop perçu, ou un paiement complémentaire au professionnel de santé par l'organisme d'assurance complémentaire.

6. Assistance technique

Mut'Santé s'engage à informer le professionnel de santé de toute évolution du protocole de télé transmission des factures subrogatoires dématérialisées.

Mut'Santé s'engage à mettre à la disposition des professionnel de santé une assistance téléphonique du lundi au vendredi de 9 H à 12 H 30 et de 13H30 à 17H30 (heure métropole) au numéro d'appel suivant qui leur est réservé : 0 821 011 000 (0,118 euros ttc/min).

7. Diffusion de la liste des AMC

Mut'Santé diffuse, à l'intention des professionnels de santé concernés, la liste des organismes d'assurance maladie complémentaire qui ont délégué la gestion du tiers-payant complémentaire à Mut'Santé pour leur spécialité médicale. Une liste à jour est jointe en **annexe A** au présent protocole technique. Cette liste est évolutive, elle sera mise à jour et fera l'objet d'une diffusion à chaque fois qu'il sera nécessaire. Elle pourra être consultée sur le site internet de Mut'Santé.

8. Modalités particulières pour les factures matérialisées

8-1. Modalités d'adressage des factures matérialisées

Le professionnel de santé qui opte pour le circuit papier doit adresser les factures détaillées à l'adresse du centre de gestion de Mut'Santé indiqué sur la carte tiers-payant.

8-2. Délai de paiement

Dans le cas de transmission de factures papier, Mut'Santé s'engage à payer les factures conformes aux informations portées sur la carte attestation tiers-payant dans un délai de 20 jours ouvrés, par référence au calendrier bancaire, à réception des factures par Mut'Santé.

8-3. Information du professionnel de santé du paiement ou du rejet des factures matérialisées reçues par Mut'Santé

Mut'Santé n'adressera pas de bordereau de paiement et de rejet sur support papier par voie postale.

Le professionnel de santé sera informé par Mut'Santé du retour de liquidation des factures matérialisées par les moyens techniques suivant :

- Les coordonnées du professionnel de santé connues par Mut'Santé contiennent une adresse mail, le professionnel de santé sera informé quotidiennement des factures reçues mises en paiement, des factures rejetées avec le motif de rejet.
- Les coordonnées du professionnel de santé connues par Mut'Santé ne contiennent pas d'adresse mail, le professionnel de santé recevra un fax chaque mois. Le fax l'informera des factures reçues mises en paiement au cours du mois, des factures rejetées pendant la même période avec le motif de règlement.

9. Modalités particulières pour les factures dématérialisées

9-1. Modalités de règlement

Dans le cas de télétransmission de factures dématérialisées, Mut'Santé s'engage à payer les factures conformes aux informations portées sur la carte attestation tiers-payant, en cours de validité, et pour les personnes dont les droits sont ouverts, dans un délai de 5 jours ouvrés par référence au calendrier bancaire, à réception des factures par Mut'Santé.

Les factures reçues par Mut'Santé après **17** heures seront considérées comme reçues le jour ouvré suivant.

9-2. Télétransmission des factures dématérialisées

9-2-1. Principes

Le professionnel de santé qui télétransmet des factures dématérialisées à Mut'Santé doit respecter le protocole technique de télétransmission.

La télétransmission de factures dématérialisées à Mut'Santé par le professionnel de santé dispense celui-ci d'adresser des factures sur support papier tant à Mut'Santé qu'à l'organisme d'assurance maladie complémentaire qui a délégué la gestion du tiers-payant à Mut'Santé.

Le traitement des factures par Mut'Santé et leur règlement seront fondés sur les informations reçues par télétransmission.

De même, Mut'Santé est exonéré de toute édition de décompte papier vers le professionnel de santé, Mut'Santé fera un « retour électronique de liquidation » tel que prévu ci-après.

Dès lors que le professionnel de santé opte pour la télétransmission, cette procédure doit être appliquée à tous les organismes d'assurance maladie complémentaire concernés par le dispositif Mut'Santé.

A des fins de contrôle, le professionnel de santé s'engage à conserver pendant 90 jours à compter de la date d'envoi, et à mettre à disposition des organismes d'assurance maladie complémentaire, une copie, sous forme papier ou électronique, des éléments constitutifs des factures subrogatoires tiers-payant RC.

Au-delà du délai de 90 jours précité, Mut'Santé ne pourra plus contrôler la validité du règlement effectué.

Les échanges de données entre le professionnel de santé et Mut'Santé pourront s'effectuer, au choix du professionnel de santé :

- soit directement du professionnel de santé vers Mut'Santé,
- soit par l'intermédiaire d'un Organisme Concentrateur Technique (OCT) auquel le professionnel de santé est abonné. L'OCT télétransmettra les flux reçus au destinataire final, Mut'Santé ou le professionnel de santé selon le type d'information véhiculée (facture ou retour de liquidation (RSP) qu'il soit signalement de paiement ou rejet).

Il appartient à l'organisme concentrateur technique sélectionné par le professionnel de santé de satisfaire aux contraintes imposées par la CNIL aux organismes concentrateurs techniques, notamment dans sa délibération n°93-053 du 15 juin 1993.

9-2-2. Echange de données

Les échanges électroniques entre le professionnel de santé vers Mut'Santé sont :

- l'émission des factures du professionnel de santé vers Mut'Santé,
- la réception par le professionnel de santé des retours de liquidation RSP (Rejet, Signalement, Paiement) transmis par Mut'Santé,
- Les accusés de réception logique ou ARL.

9-2-3. Normes et Protocoles de transmission

Les informations transmises devront être conformes au cahier des charges en vigueur pour les normes d'échange suivantes :

- Factures : B2 ou DRE pour les factures,
- Retour RSP : Noémie 576, 578, 580 et 900 pour les informations retour

Les protocoles de transfert de fichiers sont les suivants :

- IP SESAM vitale,
PESIT pour les OCT

Le numéro de télétransmission pour les flux est le 98532005.

Pour les flux de DRE, la table de convention est jointe en **annexe C**.

9-2-4. Factures

Les factures dématérialisées conformes à la norme citée utilisée, devront obligatoirement comporter au minimum les informations indiquées dans le paragraphe 5-2.

9-2-5. Retour de liquidation et règlement

Mut'Santé transmet régulièrement au professionnel de santé un fichier retour de liquidation qui correspond à l'ensemble des factures traitées lors d'une même journée de liquidation de Mut'Santé pour l'ensemble des AMC ayant donné délégation de gestion du tiers-payant RC à Mut'Santé sans qu'il y ait une correspondance de 1 à 1 entre les « lots aller » et les fichiers retours. Les factures rejetées par Mut'Santé sont retournées par voie informatique avec l'indication en clair des motifs de rejet.

Le professionnel de santé reçoit un virement financier correspondant au total des factures acceptées contenues dans le fichier qu'il aura reçu en retour de Mut'Santé.

La « date comptable », donnée figurant dans le fichier transmis au professionnel de santé, correspondant à la journée de traitement de Mut'Santé, est rappelée dans le libellé du virement émis vers le professionnel de santé.

Le retour informatique comporte obligatoirement les informations suivantes :

- numéro et montant de chaque facture réglée,
- montant total des factures réglées pour une « journée comptable », date de journée de traitement par Mut'Santé,
- s'il y a lieu, numéro et montant de chaque facture rejetée, ainsi que l'information en clair du motif de rejet,
- l'identification de l'organisme d'assurance maladie complémentaire mandant.

9-2-6. Mise en œuvre de la télétransmission

Les échanges électroniques entre le professionnel de santé ou son OCT et Mut'Santé doivent être conformes au cahier des charges SESAM Vitale. Pour cela, le professionnel de santé doit disposer d'un logiciel agréé SESAM Vitale.

A défaut, si toutefois le professionnel de santé dispose d'un logiciel non SESAM Vitale capable d'émettre des flux à destination des organismes d'assurance maladie complémentaire, la télétransmission peut-être mise en œuvre après qu'une étude ait été

effectuée et des tests mis en œuvre pour établir les conditions de fonctionnement de cette télétransmission.

9-2-7. Evolutions de SESAM-Vitale

Le dispositif, et particulièrement les modalités de fonctionnement de la télétransmission, sont susceptibles d'être modifiés en cas d'évolution des cahiers des charges SESAM Vitale (évolutions de normes, de réseaux, de cartes...) ou de la mise en œuvre des versions ultérieures de SESAM-Vitale ou d'évolutions réglementaires.

Pour bénéficier de la télétransmission dans le cadre de SESAM Vitale, le professionnel de santé doit mettre à jour les éléments des tables de conventions (table de convention de regroupement) tels que définis par le cahier des charges de la version SESAM Vitale en vigueur.

Le professionnel de santé s'engage à maintenir à jour son système SESAM Vitale, et en particulier les référentiels de convention et de tarification de la part complémentaire.

10. Conditions d'application du protocole

Les conditions d'exécution du présent protocole, ainsi que les modalités de rupture et de révision suivent le régime de la convention de délégation de paiement conclue à titre principal entre l'organisme d'assurance maladie complémentaire et le professionnel de santé.

11. Mise à disposition des professionnels de santé du site web de Mut'Santé

Le site Internet mutsante.fr sera mis à disposition des professionnels de santé qui auront adhéré au présent protocole.

Ils pourront notamment:

- Y retrouver le présent protocole,
- Télécharger la liste des organismes d'assurance maladie complémentaires qui ont délégué la gestion du tiers-payant complémentaire à Mut'Santé,
- Consulter les prestations payées par Mut'Santé,

Pour accéder aux informations relatives à ses factures, le professionnel de santé devra s'identifier et saisir le mot de passe que Mut'Santé lui aura communiqué.

12. Application du présent protocole

Le présent protocole est ouvert à tout professionnel qui en fera la demande et en acceptera les conditions.