

Circulaire DSS/2 A n° 2000-240 du 27 avril 2000 relative à la mise en oeuvre des arrêtés du 31 décembre 1999, relatifs aux conditions de prise en charge par la protection complémentaire en matière de santé respectivement des dispositifs d'optique médicale et des soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale

SS 1 11
1789

NOR : MESS0030241C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate

Références :

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle ;
Arrêté du 31 décembre 1999 pris pour l'application des articles L. 165-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale, relatif aux conditions de prise en charge et aux prix des dispositifs d'optique pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé ;
Arrêté du 31 décembre 1999 pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale, relatif aux conditions de prise en charge et aux montants maximum de dépassements applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques et l'orthopédie dento-faciale.

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Monsieur le ministre de l'agriculture et de la pêche ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires et sociales, direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud, direction interrégionale de la sécurité sociale d'Antilles-Guyane, direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés ; Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses nationales ou services gestionnaires des régimes spéciaux d'assurance maladie (Banque de France, CAVIMAC, CANSSM, CCIP, CNMSS CRPCEN, ENIM, Port autonome de Bordeaux, RATP, SNCF) La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions de prise en charge par la protection complémentaire en matière de santé des dispositifs d'optique médicale ainsi que des soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale.

I. - DISPOSITIFS D'OPTIQUE

1. Prise en charge et prix d'éléments d'équipement

L'arrêté du 31 décembre 1999, pris pour l'application des articles L. 165-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale, fixe, par catégorie figurant à la nomenclature et par équipement, les montants maximum remboursables, en sus des tarifs de responsabilité, pour les dispositifs d'optique pris en charge par la CMU complémentaire ainsi que les prix limites de vente auxquels les distributeurs doivent proposer ces dispositifs aux bénéficiaires de cette protection complémentaire.

Comme précisé dans cet arrêté, il convient d'entendre par « équipements » l'ensemble constitué par une monture et deux verres. Toutefois, il peut être nécessaire, compte tenu de la prescription médicale, d'individualiser les différents éléments de l'équipement d'optique. Il s'agit des cas de prescription suivants :

- prescription d'un équipement comportant des verres appartenant à des catégories d'équipement distinctes, ayant des prix et des montants de prise en charge différents ;
- prescription tendant à la délivrance d'un équipement partiel (1 verre ou 2 verres sans la monture ou une monture seule), le reste de l'équipement demeurant utilisable et adapté aux besoins de correction de la vision.

Pour permettre une prise en charge adaptée par la CMU complémentaire, les montants remboursables et les prix limites fixés par équipements doivent être décomposés par élément d'équipement. A cette fin, un arrêté modifiera prochainement l'arrêté du 31 décembre 1999 en lui annexant un tableau prévoyant cette décomposition en ce qui concerne les équipements pour adultes.

Dans l'attente de la publication de cet arrêté et pour permettre d'ores et déjà la prise en charge d'éléments d'équipements, vous trouverez le tableau en cause annexé à la présente circulaire et vous voudrez bien en assurer la diffusion auprès des caisses et des organismes participant à la gestion de la CMU complémentaire ainsi qu'auprès des opticiens.

2. Application du droit à un équipement au plus par an

L'arrêté du 31 décembre 1999 prévoit que la prise en charge des équipements d'optique par la CMU complémentaire est assurée dans la limite d'une attribution maximale par an, sauf exception notamment pour les enfants de moins de six ans. L'année à prendre en compte à cet égard est la période de douze mois figurant dans la notification d'attribution de la CMU complémentaire.

Toutefois, il peut s'avérer justifié, sur prescription médicale, de remplacer au cours de cette période de référence un équipement - ou de certains de ses éléments - qui a été attribué auparavant mais pendant la même période. Il s'agit des cas de figure suivants :

- évolution rapide et importante de la pathologie visuelle nécessitant une modification de correction au moins égale à 0,5 dioptrie ;
- intolérance aux verres progressifs connue au moment de la prescription et rendant nécessaire la délivrance de deux équipements destinés à assurer respectivement une correction pour la vision de loin et une correction pour la vision de près ; la prise en charge de ces deux équipements ne pourra être cumulée, au cours de la période de référence, avec celle d'un équipement comportant des verres progressifs.

Je ne m'opposerai pas à la prise en charge par la CMU complémentaire des équipements ou éléments d'équipement prescrits dans ces conditions.

3. Procédure recommandée

Il est rappelé, d'une part, que la prescription et la délivrance des lunettes de correction ne sont pas soumises à entente préalable et, d'autre part, que les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont dispensés de l'avance des frais.

Toutefois, les opticiens sont invités à vérifier, avant la délivrance d'un équipement d'optique ou d'éléments de cet équipement, d'une part, que les assurés sont munis d'un titre de

bénéficiaire de la CMU complémentaire et, d'autre part, qu'ils peuvent effectivement prétendre à la prise en charge de la prestation d'optique considérée au cours de la période de référence. Cette double vérification est en effet nécessaire pour que les opticiens soient assurés d'être remboursés des avances qu'ils effectueront dans le cadre de la procédure du tiers-payant.

La procédure suivante apparaît comme la plus simple et la plus sûre à cette fin :

1. L'opticien établit et remet au bénéficiaire un devis, ainsi que prévu par l'arrêté du 23 juillet 1996 modifié relatif à l'information du consommateur sur les produits d'optique médicale. Ce devis comporte au moins les informations figurant dans le modèle-type figurant en annexe à la présente circulaire.

2. Le bénéficiaire, après signature de ce devis, l'envoie, accompagné de la copie de la prescription médicale, à l'organisme auquel il appartient de prendre en charge l'équipement ou les éléments d'équipement :

- en ce qui concerne les bénéficiaires de moins de seize ans, pour lesquels le prix limite de vente est égal au tarif du TIPS, ces documents sont adressés à la caisse d'assurance maladie, la CMU complémentaire ne prenant en charge que le ticket modérateur ;
- en ce qui concerne les bénéficiaires âgés de seize ans et plus, dont la situation au regard du droit à un équipement par an doit être vérifiée, ces documents sont adressés à l'organisme complémentaire qui gère la CMU complémentaire des intéressés.

3. L'organisme informe en retour le bénéficiaire de son accord ou de son refus de prise en charge, au titre de la CMU complémentaire, de l'équipement ou de l'élément d'équipement considéré. Cette information peut être une simple mention que l'organisme gestionnaire porte sur le devis avant de retourner celui-ci au bénéficiaire.

4. L'opticien délivre l'équipement au vu du devis portant accord ou refus de prise en charge par l'organisme.

Vous voudrez bien informer les opticiens de cette procédure en soulignant tout particulièrement qu'elle leur est proposée dans leur propre intérêt.

Il me paraît important que les délais de réponse des organismes soient suffisamment rapides pour que la procédure proposée ci-dessus fonctionne dans des conditions satisfaisantes pour tous : bénéficiaires de la CMU complémentaire, distributeurs et organismes eux-mêmes. Un délai maximum de dix jours me paraît approprié.

4. Garanties offertes par l'opticien

Dans le cadre d'engagements pris à l'égard de la CNAMTS, des réseaux d'opticiens se sont engagés à offrir aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, sans surcoût pour ceux-ci, des garanties supplémentaires (garantie casse ou adaptation). Il est donc conseillé aux bénéficiaires de la CMU de se renseigner auprès des opticiens.

5. Exigences particulières du bénéficiaires

La loi impose à l'opticien de proposer au bénéficiaire de la CMU complémentaire un dispositif, ou une gamme de dispositifs, respectant le prix limite de vente fixé par arrêté (art. L. 162-5 du code de la sécurité sociale). Si le bénéficiaire, pour des raisons de convenance personnelle, demande expressément un dispositif comportant des caractéristiques particulières (monture d'une qualité particulière, traitement antireflet, par exemple) et dont le prix est, en conséquence, supérieur au prix limite de vente fixé par l'arrêté du 31 décembre 1999, ce dispositif est pris en charge à hauteur du montant maximum de

remboursement par la CMU complémentaire prévu par ce même arrêté. La partie du prix excédant ce montant maximum reste à la charge du bénéficiaire.

J'attire votre attention sur le fait que ces suppléments doivent rester exceptionnels, les dispositifs fournis aux prix maximum fixés par l'arrêté devant répondre aux besoins avec un niveau de qualité satisfaisant. Le cas échéant, le devis, conforme au modèle annexé à la présente circulaire, précise la nature et le montant des suppléments afin de permettre au bénéficiaire d'être informé préalablement du montant exact restant à sa charge. Les organismes gestionnaires de la CMU complémentaire pourront demander des explications à l'opticien et au bénéficiaire si le devis mentionne des suppléments particulièrement élevés. Ces dispositions feront l'objet d'un bilan dans les prochains mois.

6. La feuille de soins : spécifications et circuit

La feuille de soins, accompagnée du devis portant acceptation du paiement, doit faire clairement apparaître :

- par code du TIPS, le montant pris en charge en tiers payant au titre de la CMU complémentaire (ticket modérateur et, le cas échéant, dépassement) ;
- le montant total pris en charge en tiers payant ;
- le montant total des suppléments éventuels ;
- le montant total de l'équipement délivré.

La feuille de soins est adressée à la caisse dont relève le patient laquelle se charge, s'il y a lieu, de sa transmission à un organisme complémentaire. Par ailleurs, en cas de supplément lié à une exigence particulière du bénéficiaire, la caisse vérifie que le montant total figurant sur la feuille de soins correspond bien au montant total figurant sur le devis.

II. - SOINS DENTAIRES PROTHÉTIQUES ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

L'arrêté du 31 décembre 1999 fixe :

- d'une part, les conditions de prise en charge, par la CMU complémentaire, des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale (art. 1er) ;
- et, d'autre part, les montants maximum des dépassements de tarifs applicables aux bénéficiaires de la CMU complémentaire (article 2).

1. Mise en oeuvre de la règle du plafonnement

L'arrêté du 31 décembre 1999, en son article 1er, fixe à 2600 francs le plafond de prise en charge, par la CMU complémentaire, des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, et ce par période de deux ans s'ouvrant à la date d'ouverture du droit à la CMU complémentaire.

Cette règle appelle les précisions suivantes :

A. - Les montants maximum de dépassement fixés par l'arrêté s'appliquent dès lors que le patient est bénéficiaire de la CMU complémentaire, que le plafond de 2 600 francs ait été atteint ou non. Ce plafond concerne seulement le montant de dépassement pris en charge par la CMU complémentaire.

B. - L'arrêté prévoit que le plafond n'est applicable ni aux frais afférents aux prothèses

amovibles d'au moins 10 dents, ni aux traitements d'orthopédie dento-faciale, ni en cas d'impérieuse nécessité médicale constatée par le service de contrôle médical. Les dépassements pris en charge pour ces différents soins ne viennent pas diminuer le montant disponible de 2 600 francs.

C. - Si au cours de la période de référence de deux ans, pour un bénéficiaire donné, le montant total des frais afférents aux soins prothétiques pris en charge par la CMU complémentaire, sans atteindre le plafond de 2 600 francs, laisse un solde positif insuffisant pour permettre la prise en charge totale du dépassement afférent à un nouveau soin prothétique, ce solde peut être utilisé pour prendre en charge partiellement le dépassement en cause.

Exemple : soit un assuré qui a bénéficié d'une prise en charge dépassements par la CMU complémentaire pour un montant total de 2 200 francs. Le solde de prise en charge étant de 2 600 - 2 200 francs = 400 francs, il peut encore bénéficier de la prise en charge partielle d'un autre dépassement, à hauteur de 400 francs. Si le dépassement est supérieur à 400 francs, la différence est à sa charge.

D. - Un groupe de travail va être constitué pour préciser le contenu technique de la notion d' « impérieuse nécessité médicale ». Il devra remettre un rapport au troisième trimestre 2000.

2. Prise en charge des couronnes dentaires céramo-métalliques et des couronnes à incrustation vestibulaire posées sur les secondes prémolaires ou les molaires

L'arrêté du 31 décembre 1999 prévoit la prise en charge par la CMU complémentaire des frais afférents aux couronnes céramo-métalliques et aux couronnes à incrustation vestibulaire lorsque ces couronnes sont posées sur des incisives, canines ou premières prémolaires.

Quant aux couronnes de même type posées sur des secondes prémolaires ou des molaires, elles sont prises en charge à hauteur du tarif de remboursement prévu par la NGAP. Par ailleurs, quelles que soient les dents sur lesquelles elles sont posées, la limite de dépassement prévue pour ces couronnes lorsqu'elles sont posées sur les incisives, canines et premières prémolaires demeure applicable.

Un arrêté modificatif apportera à l'arrêté du 31 décembre 1999 les quelques compléments nécessaires pour que celui-ci prévoit les conditions de prise en charge de l'ensemble des soins dentaires prothétiques et orthodontiques inscrits à la nomenclature. Il s'agit de la prise en charge de deux traitements d'orthopédie dento-faciale :

- la disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée ;
- le traitement d'orthopédie dento-faciale au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale sur les maxillaires, pour une durée de six mois.

Vous voudrez bien me faire connaître les difficultés que pourraient susciter les termes de cette circulaire et, plus généralement, me tenir informé des conditions concrètes d'application des arrêtés du 31 décembre 1999 mentionnés plus haut.

Le directeur de la sécurité sociale,
R. Briet

NOMENCLATURE	PRIX LIMITE de vente de l'élément	MONTANT maximum pris en charge en sus du tarif
Monture	150	131,35
Verre simple foyer, sphérique : - de sphère allant de - 6 à + 6	104	89
- de sphère allant de - 6,25 à - 10,00 ou de + 6,25 à + 10,00	175	148
- de sphère en dehors de la zone - 10,00 à + 10,00	175	125
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique : - de cylindre inférieur ou égal à + 4,00 et de sphère allant de - 6,00 à + 6,00	123	99
- de cylindre inférieur ou égal à + 4,00 et de sphère située en dehors de la zone allant de - 6,00 à + 6,00	175	130
- de cylindre supérieur à + 4,00 et de sphère allant de - 6,00 à + 6,00	175	134
- de cylindre supérieur à + 4,00 et de sphère située en dehors de la zone allant de - 6,00 à + 6,00	175	113
Verre multifocal ou progressif sphérique : - de sphère allant de - 4,00 à + 4,00	275	227
- de sphère située en dehors de la zone allant de - 4,00 à + 4,00	275	204
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique : - quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de - 8,00 à + 8	285	217
- quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère située en dehors de la zone allant de - 8,00 à + 8,00	375	214

Modèle de devis secteur de l'optique médicale

Identification de l'opticien (raison sociale, adresse et téléphone, télécopie, numéro d'identification)

Identification de l'assuré (nom, prénom, adresse)

Date de l'établissement du devis

Nom, prénom et date de naissance du bénéficiaire de la prestation (numéro d'assuré)

Identification de l'organisme complémentaire :

Télécopie :

Offre de base

ARTICLES	MARQUE et type	CODE TIPS	PRIX LIMITE de vente CMU	PRIX FACTURÉ	TARIF TIPS	MONTANT PRIS EN charge en sus du TIPS	ACCORD DE prise en charge	MOTIF du refus
Monture								
Verre D								
Verre G								
Total								
Net à payer par l'assuré								

Garanties gratuites proposées (monture - verres)

- Garanties valables un an et une fois en cas de casse : franchise de 30 % sur les prix des éléments de l'équipement (offre de base) devant être remplacés (OUI-NON).
- Autre :

Signature
de l'assuré :

Avis de l'organisme complémentaire

Accord pour un montant de F

Signature de l'organisme complémentaire

Date : Durée de la validité : 3 mois

Suppléments à la demande de l'assuré

ARTICLES	MARQUES et types SURCÔT FACTURÉ par rapport à l'offre de base Monture Verre D Verre G Nature des suppléments verres Anti-rayure Anti-reflet V. amincis Autres (à préciser) Net à payer à la charge de l'assuré
-----------------	---