

Aide à la complémentaire santé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 prévoit l'application de la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'ACS (aide à la complémentaire santé). La possibilité d'accéder au tiers payant pour ces bénéficiaires est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015 suite à la publication du décret d'application le 30 juin 2015. La dispense d'avance de frais concerne la part assurance-maladie obligatoire mais aussi la part complémentaire.

Conditions d'attribution d'aide à la complémentaire santé (ACS)

C'est une aide financière destinée aux foyers disposant de moins de 11 670 € annuels pour une personne seule, (soit une moyenne mensuelle de 972.50 €), ou 17 505 € pour 2 personnes et donc non éligibles à la CMU-C.

Les conditions d'attribution de l'ACS sont disponibles en ligne : <http://www.info-acs.fr/simulateur.php>

La dispense d'avance des frais pour les patients ACS est applicable aux conditions suivantes :

- Le patient doit avoir souscrit un contrat complémentaire auprès d'un organisme habilité, dont la liste est consultable en ligne : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/acs/ACS_liste_offres.pdf
- Le contrat doit avoir été conclu après le 1er juillet 2015.

Le patient doit être en mesure de vous présenter sa carte Vitale à jour, sur laquelle sont inscrits ses droits et le nom de sa complémentaire. Si la carte n'est pas à jour ou en cas d'impossibilité de lecture, il doit vous présenter une attestation de « tiers payant intégral TPI » en cours de validité, fournie par sa caisse.

Si un patient bénéficiant de l'ACS n'a pas souscrit de contrat complémentaire, vous n'avez pas d'obligation de pratiquer le tiers payant intégral. Vous devez en revanche pratiquer le tiers payant sur la part obligatoire. Votre patient doit vous présenter sa carte Vitale à jour et son attestation ACS.

Pour les contrats souscrits avant le 1er juillet 2015 ou non habilités, vous n'avez pas l'obligation de pratiquer le tiers payant sur la part complémentaire mais uniquement sur la part assurance-maladie.

Si vous avez signé une convention de tiers payant avec l'organisme complémentaire de votre patient, vous pouvez également le pratiquer sur la part complémentaire.



Pour le remboursement des honoraires, vous avez la possibilité de choisir entre deux modes de paiement :

- paiement unique par l'assurance-maladie : l'assurance-maladie vous réglera 100 % de la base de remboursement pour tous les soins. Vous devez cocher la case « paiement coordonné par l'AMO » dans votre logiciel.
- relation directe avec la complémentaire : le paiement s'effectuera en deux temps : la caisse d'affiliation de votre patient vous règlera la part obligatoire, l'organisme complémentaire vous versera le montant de la part complémentaire. Vous devez cocher la case « procédure SESAM-Vitale ».

Ce choix se fait à partir de votre logiciel de facturation et peut être modifié à tout moment. Il est important de vous assurer que votre logiciel est à **jour auprès de l'éditeur**.

En cas d'impossibilité de faire une feuille de soin électronique

Si le patient est éligible au tiers payant intégral, vous devez cocher les cases « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire » et « L'assuré n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement » de la feuille de soins. La case « L'assuré n'a pas payé la part complémentaire » ne peut pas être cochée seule.

S'il s'agit d'un patient ACS sur la part obligatoire uniquement, vous devez cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire » dans la zone « Paiement » de la feuille de soins.

Peut-on refuser le tiers payant intégral aux patients ACS ?

Oui, si le patient n'est pas en mesure de présenter sa carte Vitale et son attestation ACS avec la désignation de sa complémentaire, seul cas où ne peut être retenu le refus de soins non légitime.

Délais de paiement ?

Si l'assurance-maladie est votre interlocuteur unique, le paiement sera effectué sous 7 jours (parts obligatoire et complémentaire).

Si vous avez choisi de conserver une relation avec l'organisme complémentaire, la part obligatoire vous sera réglée dans un délai de 5 jours, la part complémentaire selon les délais habituels de l'organisme concerné.

Ces délais sont valables dans le cas d'une feuille de soin électronique. Le paiement par l'assurance-maladie est porté à 21 jours pour une feuille de soin papier.