



REMBOURSEMENT DES FEUILLES DE SOINS PAPIER : EXPLICATIONS SUR LES DÉLAIS DE TRAITEMENT ET ASTUCES POUR ÊTRE REMBOURSÉ CORRECTEMENT

ASSURÉS CAMIEG PART RÉGIME OBLIGATOIRE / PART RÉGIME COMPLÉMENTAIRE

La feuille de soins papier ne comprend pas les factures qui peuvent vous être remises à la suite d'actes non remboursés par la part sécurité sociale (lentilles refusées, ostéopathie, hospitalisation...).

Le professionnel de santé vous remet une feuille de soins papier, un parcours semé d'embûches vient de s'ouvrir !

En premier lieu, il vous faut savoir que l'assurance maladie ne travaille pas sur l'amélioration du traitement des feuilles de soins papier. L'objectif premier de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) est d'éradiquer celles-ci.

Plusieurs situations peuvent déclencher le fait de se voir attribuer une feuille de soins papier :

- Le professionnel de santé n'est pas doté du logiciel carte vitale. Par choix, le praticien ne désire pas s'inscrire dans la dématérialisation des actes de soins. Son choix n'est pas forcément le vôtre. Si vous ne désirez pas vous contraindre à l'envoi des documents, et, si vous êtes chanceux de ne pas être dans un territoire de désert médical, vous pouvez décider de ne pas continuer vos soins avec celui-ci.

Un moteur de recherche existe afin de vous informer si le professionnel de santé est doté ou non du logiciel carte vitale.

Sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>, la fiche du praticien vous informe si celui-ci est équipé du serveur.

Pour exemple, Perpignan recense 204 médecins généralistes dont 55 n'acceptent pas la carte vitale...

- **Vous avez oublié votre carte vitale** : dans ce cas, il est préférable de faire le règlement de suite après la consultation en proposant au secrétariat médical de revenir rapidement doté de cette dernière.

Pour info : une autre solution est proposée par la CNAM aux professionnels de santé, mais celle-ci les contraint à envoyer sous pli des documents à la caisse de l'assuré.

- Des soins vous sont prodigués dans un établissement hospitalier ou examens biologiques pour lesquels vous recevez a posteriori une demande de règlement. Une feuille de soins vous est envoyée à la réception de votre règlement. Ces situations ne vous permettent pas de vous soustraire à la feuille de soins papier. Néanmoins, dans la majorité des cas, celle-ci vous est envoyée préremplie informatiquement, ce qui permet un traitement numérisé et non manuel.

Numérisé, manuel ?

Avant de vous exposer comment remplir une feuille de soins papier, il est nécessaire de connaître comment celles-ci sont traitées lors de leur réception.

Toutes les feuilles sont scannées, vérifiées par un logiciel dès leur réception.

Dès cette étape, il existe deux parcours bien différents :

- **Numérisées** : si les données référencées sur la feuille de soins papier sont reconnues par le logiciel, le paiement est déclenché automatiquement, une simple vérification est faite.
- Si les renseignements sont illisibles ou manquants, le logiciel les rejette et un **traitement manuel** est nécessaire. Toutes les données doivent être saisies, puis une vérification avant paiement effectuée.

Vous l'aurez compris aisément, les temps de traitement ne sont pas comparables entre numérisé et manuel. Numérisé fait état d'un délai de traitement moyen de 20 jours, celles traitées manuellement ne sont pas « challengées ». Car la CNAM établit, sous couvert de la Convention d'Objectifs et de Gestion, des Conventions Pluriannuelles de Gestion avec chaque CPAM sur des délais de traitement des feuilles de soins électroniques (carte vitale) et de feuilles de soins papier numérisées, mais aucunement sur les feuilles de soins papier traitées manuellement !

Nous avons exigé que la CPAM92, qui gère la liquidation de nos remboursements, nous rencontre afin qu'un état des lieux précis, explications de la part de la CPAM92 et solutions soient trouvées afin que les feuilles de soins papier des assurés de la CAMIEG ne soient plus exposées à des délais de remboursement intolérables (6 semaines annoncées...).

La situation est ubuesque, mais bien réelle : il appartient donc à l'assuré de faire en sorte que la feuille de soins papier n'ait pas besoin d'un traitement manuel !

Par nos conseils, nous n'accompagnons pas cette ineptie, mais tentons de vous donner tous les atouts pour éviter des retards de remboursement pouvant vous mettre dans une situation financière délicate, voire catastrophique pour des soins de santé onéreux. **Si cette situation vous concerne, n'hésitez pas à solliciter votre représentant FO.**

Que doit comporter une feuille de soins papier pour éviter un traitement manuel ?

Différentes feuilles de soins existent (médecin, pharmacien, auxiliaire médical...), néanmoins les parties que vous devez remplir sont identiques d'une feuille de soins à l'autre, les différences sont sur les renseignements qui incombent aux professionnels de santé.

En premier lieu, si la feuille de soins est complétée manuellement, pensez à écrire en noir (conseil donné également aux professionnels de santé par la CNAM).

Y a-t-il un délai afin de se faire rembourser ?

Dans le cadre de remboursements concernant une maladie, vous pouvez vous faire rembourser jusqu'à la fin du trimestre civil de la deuxième année suivant la date des soins.

Ex : vous avez une feuille de soins en date du 3 février 2019, vous pouvez prétendre au remboursement des frais engagés jusqu'au 31 mars 2021. Feuille de soins en date du 4 avril 2018 : remboursement possible jusqu'au 30 juin 2020.

Dans le cadre de remboursements concernant la maternité, ce délai n'est pas compté à partir de la date des soins, mais de la date de première constatation médicale de votre grossesse.

Assurés CAMIEG pour la Part Régime Complémentaire seule : vous devez envoyer la feuille de soins papier à votre organisme gérant votre part Régime Obligatoire (CPAM, MSA, ...). Dans le cas où la CAMIEG est reconnue comme votre organisme complémentaire et que le lien informatique est établi, vos remboursements Part Régime Complémentaire seront effectués dès règlement de ce premier organisme. Si le transfert informatique est impossible, vous enverrez votre décompte organisme Part Régime Obligatoire à la CAMIEG pour remboursement complémentaire.

N'hésitez pas à solliciter vos représentants FO.