

Caisse Nationale
La Directrice Déléguée
à la Gestion et l'Organisation des Soins

/ 6 AOUT 2012

Monsieur Jean-Baptiste MORTIER
Directeur Général
Groupe Vitalia
5, rue du Cirque
75008 Paris

N/réf. : DDGOS/DOS/DHOSP – D-2012- 5522

Affaire suivie par : Michel Martin [✉ michel.martin@cnamts.fr](mailto:michel.martin@cnamts.fr)
Sabine Labatut [✉ sabine.labatut@cnamts.fr](mailto:sabine.labatut@cnamts.fr)

Objet : « Forfait d'assistance aux démarches administratives » facturé par les cliniques du groupe Vitalia

Monsieur le Directeur Général,

Les représentants du Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS), de l'Association des Accidentés de la vie (FNATH) et de l'Union nationale des associations familiales (UNAF), se sont émus d'apprendre que les établissements de votre groupe pratiquaient une politique tarifaire prévoyant la facturation d'un «forfait d'assistance aux démarches administratives» de plusieurs euros à vos patients, pour rémunérer des prestations «non financées par la T2A».

Ce forfait administratif (démarches administratives effectuées par la clinique pour le compte du patient) varierait de 6 à 14 € et serait exigible au titre des démarches suivantes, qu'elles aient été effectuées ou pas :

- Mise à jour des droits Sécurité Sociale de la carte vitale,
- Recherche des garanties auprès des organismes complémentaires et information du patient,
- Demande de prise en charge auprès des organismes complémentaires et relance,
- Mise en place du tiers payant afin d'éviter au patient de faire l'avance des frais,
- Devis pour les non assurés sociaux, pour les actes non pris en charge par les caisses,
- Facilités de paiement,
- Réservation de taxi, VSL ou ambulance à la sortie du patient.

Pour rappel, la loi prévoit l'acquiescement par les assurés :

- Du forfait hospitalier, prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale comme l'est une participation forfaitaire à la charge des patients hospitalisés en MCO, mais aussi en SSR et en psychiatrie,
- Des dépassements d'honoraires le cas échéant tels que prévus par la convention médicale,

- D'un ticket modérateur qui correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance Maladie. Il s'applique sur tous les soins et frais médicaux remboursables, sauf motifs d'exonération prévus.
- Des suppléments *pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale* (Cf. 2° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale).

C'est à ce titre que l'article R. 162-32-2 du même code précise que « *Les catégories de prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical, mentionnées au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale, en sus des prestations mentionnées au 1° des mêmes articles, sont les suivantes :*

1° L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation ;

2° L'hébergement, ainsi que les repas et les boissons des personnes qui accompagnent la personne hospitalisée ;

3° La mise à disposition du patient, dans sa chambre, de moyens d'émission et de réception d'ondes radioélectriques, notamment la télévision et le téléphone ;

4° Les interventions de chirurgie esthétique mentionnées à l'article L. 6322-1 du code de la santé publique ;

5° Les prestations exceptionnelles ayant fait l'objet d'une demande écrite, dans la mesure où ces prestations ne sont pas couvertes par les tarifs des prestations de l'établissement. Peut également donner lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale le maintien du corps du patient dans la chambre mortuaire de l'établissement, à la demande de la famille, au-delà du délai de trois jours suivant le décès prévu à l'article R. 2223-89 du code général des collectivités territoriales.

Il est rappelé que l'établissement doit informer le patient du prix de ces prestations, pour lesquelles il établit une facture détaillée conformément aux dispositions de l'article L. 441-3 du code de commerce.

Les dispositions du présent article s'appliquent également aux établissements relevant des articles L. 162-22-16 et L. 174-1 du présent code. »

Ainsi, le forfait d'assistance aux démarches administratives ne pourrait être facturé, que s'il est destiné à financer une exigence particulière de chaque patient. Cette exigence doit faire l'objet d'une demande écrite et ne doit pas déjà être couverte par le tarif du GHS : « *prestations exceptionnelles ayant fait l'objet d'une demande écrite, dans la mesure où ces prestations ne sont pas couvertes par les tarifs des prestations de l'établissement* ».

Le caractère systématique de la facturation dudit forfait fait douter de la licéité de la pratique.

Dans ces conditions, vous n'êtes pas en droit d'exiger des assurés une telle participation.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, à l'assurance de ma considération distinguée.



Mathilde LIGNOT-LELOUP