



Aide pour une Complémentaire Santé – ACS

Comment facturer le tiers-payant intégral ?

Qui est concerné ?

Un patient

- qui bénéficie de l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)
- qui a souscrit un **contrat complémentaire santé sélectionné par le Ministère de la Santé***

Comment appliquer le tiers-payant ?



Votre patient

a souscrit un **contrat complémentaire santé sélectionné***



vous présente

- sa carte Vitale à jour **OU**
- sa carte Vitale non à jour + l'attestation de « tiers-payant intégral – TPI » adressée par sa caisse d'affiliation. Celle-ci permet de sélectionner les informations de son contrat ACS dans votre logiciel



vous appliquez

- **le tiers-payant intégral** (part obligatoire et complémentaire)
- **si vous êtes médecin, quel que soit votre secteur d'exercice, vous faites bénéficier à vos patients de tarifs sans dépassement**



a souscrit un **contrat complémentaire santé non sélectionné**



Pas d'obligation du tiers-payant intégral.

Vous pouvez continuer à pratiquer le tiers-payant sur la part obligatoire.

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

Si vous êtes médecin,

votre patient vous présente à la fois :

- son attestation « aide pour une complémentaire santé » (ACS) – attestation de tiers-payant pour la part obligatoire (hors part complémentaire)
- ET
- sa carte Vitale à jour

- ▶ **vous appliquez le tiers-payant sur la part obligatoire** (hors part complémentaire), anciennement appelé « tiers-payant social »

- ▶ **quel que soit votre secteur d'exercice, vous faites bénéficier à vos patients de tarifs sans dépassement**



n'a pas souscrit de **contrat complémentaire santé**

* Pour votre information : liste disponible sur info-acs.fr et sur ameli.fr



Comment facturer la part complémentaire ?

Dans votre logiciel de facturation à jour, vous pouvez paramétrer la modalité de paiement liée à votre situation.

- 1 Vous souhaitez disposer d'un interlocuteur unique → Paramètre à cocher « paiement coordonné par l'AMO » → Les montants sont calculés sur la base suivante * :
- pour tous les soins remboursables : 100% de la base de remboursement
 - pour les soins d'orthopédie dentofaciale et les prothèses dentaires :
Contrat A = 125% de la base de remboursement
Contrat B = 225% de la base de remboursement
Contrat C = 300% de la base de remboursement

► Lorsque vous facturez des équipements d'optique, d'audioprothèse ou des médicaments à SMR faible, cette procédure n'est pas adaptée.



Les parts obligatoire et complémentaire vous sont versées sous 7 jours maximum, en un paiement unique par la caisse d'affiliation du régime obligatoire de votre patient. Le retour d'information suit la même modalité qu'aujourd'hui.

- 2 Vous souhaitez conserver une relation directe avec des organismes complémentaires → Paramètre à cocher « procédure standard SESAM-Vitale » → La part obligatoire est réglée par la caisse d'affiliation de votre patient, selon les délais régis par votre convention.
- L'organisme complémentaire du patient vous règle le montant de la part complémentaire transmise directement -DRE- ou via un organisme concentrateur technique -OCT- (FSE enrichie avec autorisation d'éclatement) selon les délais habituels.

Pré-requis :

- tables de conventions avec les complémentaires à jour
- présentation par votre patient du support de droit de son organisme complémentaire.

* Pour les professionnels dont les actes et prestations peuvent faire l'objet d'une entente directe (les chirurgiens-dentistes et médecins stomatologues), le montant non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et par la complémentaire santé doit être versé directement par votre patient.



À tout moment, vous pouvez modifier le choix du dispositif de tiers-payant dans votre logiciel de facturation (choix 1 ou 2). Si votre logiciel n'est pas à jour, contactez votre éditeur de solution FSE.

Vous êtes dans l'impossibilité d'effectuer une FSE...

► **Votre patient bénéficie du tiers-payant intégral et il vous a présenté son attestation TPI ainsi que sa carte Vitale.**

Vous pouvez lui faire bénéficier du tiers-payant intégral en cochant 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.

Si vous êtes biologiste, cochez la case « au laboratoire » dans la partie « remboursement » et notez la mention « tiers-payant » dans la zone prévue à cet effet.

► **Votre patient vous présente uniquement son attestation tiers-payant pour la part obligatoire** (hors part complémentaire), anciennement appelé « tiers-payant social ».

Si vous êtes médecin, vous pouvez lui faire bénéficier du tiers-payant sur la part obligatoire en cochant la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire » dans la zone « Paiement » de la feuille de soins.

► **L'envoi de la feuille de soin papier s'effectue auprès de la caisse d'assurance maladie de votre patient selon les modalités habituelles.**