



PRATIQUE DU TIERS PAYANT POUR LES CLINIQUES PRIVÉES

Octobre 2013



La Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électriques et Gazières (Camieg) est infogérée depuis le 1er juillet 2008 par la CPAM des Hauts de Seine.

La gestion des prestations de l'Assurance Maladie et Maternité incombe à cette Caisse.

Les ressortissants de ce Régime sont classés en deux catégories :

- Les personnes affiliées au régime spécial des IEG, bénéficiaires du remboursement des deux parts par la Camieg et porteuses d'une carte Vitale fournie par la Camieg (grand régime 99, caisse 939, centre 603)

- Les bénéficiaires affiliés à un autre régime de base pour la part obligatoire (CPAM, MSA, Régime Etudiant) et bénéficiaires du Régime spécial uniquement pour la part complémentaire. Ces bénéficiaires peuvent présenter une attestation papier justifiant de leurs droits au Régime complémentaire seul.

Pour la première de ces catégories, le tiers payant est INDISSOCIABLE (part obligatoire et part complémentaire) et doit faire l'objet d'une seule et unique télétransmission.

Pour la deuxième catégorie, une télétransmission unique peut être élaborée. Le flux complémentaire est retransmis par l'organisme de base au travers d'un flux Noémie1.

S'il n'existe pas de convention passée entre le Régime de base et la Camieg, une facture « papier » est envoyée à : Camieg – 92011 Nanterre cedex.

En ce qui concerne les dépassements d'honoraires, la compensation en tiers payant peut se faire actuellement jusqu'à hauteur de 120% du tarif de responsabilité de base en fonction de la dépense engagée.

Vous trouverez, ci-dessous, un récapitulatif des zones à compléter pour obtenir le paiement attendu.

DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : FACTURATION

Pratique du Tiers Payant pour les assurés affiliés à la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électriques et Gazières (Camieg) et leurs ayants droit et pour les bénéficiaires relevant d'un autre régime pour la part obligatoire pouvant prétendre aux garanties Camieg pour la seule part complémentaire **quelle que soit la norme B2 utilisée pour la norme CP (établissements publics et privés) :**

Type 2 : Début de facture

Position 119-128 : soit le numéro d'Organisme Complémentaire cadré à droite et complété par des zéros à gauche, longueur 10 caractères : 0092006089 ; soit le top mutualiste « M » en position 128, la zone étant complétée par des blancs

Type 3 : Ligne prestations hospitalières

Position 76-82 : prix unitaire de l'acte

Position 83-90 : base de remboursement pour la Caisse (quantité * coefficient * prix unitaire)

Position 91-93 : taux applicable à la prestation

Position 94-101 : montant remboursable par la Caisse (base de remboursement * taux)

Position 102-109 : montant total de la dépense

Position 120 : qualificatif de la dépense

Position 122-128 : montant remboursable par l'Organisme Complémentaire : obligatoire si présence du numéro d'Organisme Complémentaire ou du top « M » dans le type 2

Type 4 : Ligne acte

Position 91-97 : prix unitaire de l'acte

Position 98-104 : base de remboursement

Position 105-107 : taux applicable à la prestation

Position 108-114 : montant remboursable par la Caisse, idem type 3 position 94-101

Position 115-121 : montant des honoraires dépassement compris

Position 122 : qualificatif de la dépense, idem type 3 position 120

Position 123-128 : montant remboursable par l'organisme complémentaire : obligatoire si présence du numéro d'Organisme Complémentaire ou du top « M » dans le type 2

Position 42-49 : total base de remboursement des prestations hospitalières, total des bases de remboursement de type 3 position 83-90

Position 50-57 : total remboursable par la Caisse pour les prestations hospitalières, total des enregistrements de type 3 position 94-101

Position 58-65 : total des honoraires facturés dépassement compris (total des honoraires position 115-121 du type 4)

Position 66-73 : total remboursable par la Caisse pour les honoraires (total des enregistrements de type 4 position 108-114)

Position 74-81 : total participation assuré avant participation organisme complémentaire (= total montant facturé – le total remboursable par la caisse pour les prestations hospitalières + total honoraires facturés – total remboursable par la Caisse pour les honoraires)

Position 82-89 : total remboursable par les Organismes complémentaires pour les prestations hospitalières (enregistrement de type 3 position 122-128)

Position 90-97 : total remboursable par les organismes complémentaires pour les honoraires (enregistrement de type 4 position 123-128)

Position 115-122 : montant total facturé pour les prestations hospitalières correspondant au coût réel de l'hospitalisation

Type 5 : Fin de facture

Position 42-49 : total base de remboursement des prestations hospitalières, total des bases de remboursement de type 3 position 83-90

Position 50-57 : total remboursable par la Caisse pour les prestations hospitalières, total des enregistrements de type 3 position 94-101

Position 58-65 : total des honoraires facturés dépassement compris (total des honoraires position 115-121 du type 4)

Position 66-73 : total remboursable par la Caisse pour les honoraires (total des enregistrements de type 4 position 108-114)

Position 74-81 : total participation assuré avant participation organisme complémentaire (= total montant facturé – le total remboursable par la caisse pour les prestations hospitalières + total honoraires facturés – total remboursable par la Caisse pour les honoraires)

Position 82-89 : total remboursable par les Organismes complémentaires pour les prestations hospitalières (enregistrement de type 3 position 122-128)

Position 90-97 : total remboursable par les organismes complémentaires pour les honoraires (enregistrement de type 4 position 123-128)

Position 115-122 : montant total facturé pour les prestations hospitalières correspondant au coût réel de l'hospitalisation

Type 6 : Fin de lot

Position 26-33 : montant total général du lot prestations facturées (cumul du montant de toutes les factures du lot honoraires et prestations hospitalières)

Position 34-42 : montant total général du lot prestations remboursables par la Caisse (cumul montant remboursable prestations hospitalières et honoraires de toutes les factures du lot)

Position 43-51 : montant total général du lot prestations remboursables par les organismes complémentaires (cumul des montants remboursables par les organismes complémentaires prestations hospitalières et honoraires de toutes les factures du lot)

PARTICULARITÉS

CAS DE LA CHAMBRE PARTICULIÈRE POUR EXIGENCE DU MALADE

Code prestation «CPC» du forfait journalier, du forfait du jour de sortie et du lit accompagnant.

Depuis le 1er janvier 2011, ces prestations ne sont plus prises en charge par la Camieg mais par la MUTIEG.

CAS DE LA PARTICIPATION ASSURÉ DE 18 €

Ce forfait à la charge du patient peut faire l'objet d'un tiers payant et vous sera remboursé au titre de l'organisme complémentaire.

CONTACTS | @ | ☎ | ✉ | 🌐

 **Camieg.fr :** l'espace professionnel de santé vous propose un mode opératoire pour de plus amples informations sur les modalités de télétransmissions.

 **tierspayant@camieg.org :** Le service relations avec les professionnels de santé répond à vos interrogations sur le tiers payant adressées par courriel.

 **0811 709 333** Service 0,06 € / min
+ prix appel

Nos téléconseillers vous répondent de 8h30 à 17h, du lundi au vendredi. Ils vous informent sur le suivi des feuilles de soins et des flux de télétransmission et répondent à vos questions d'ordre technique et administratif.

 **Camieg - 92011 Nanterre Cedex**