



DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

SOUSS-DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET
DES RELATIONS SOCIALES

Bureau des affaires statutaires et de l'organisation du dialogue social

- 8 OCT. 2019

La garde des Sceaux,
ministre de la Justice

à

Mesdames et messieurs les directeurs
interrégionaux des services pénitentiaires

Monsieur le directeur
de l'Ecole nationale d'administration pénitentiaire

Monsieur le sous-directeur, directeur
de l'agence du travail d'intérêt général et de
l'insertion professionnelle des personnes placées
sous main de justice

Madame la sous-directrice, directrice du service
national du renseignement pénitentiaire

Objet :	Circulaire modifiant la circulaire du 26 mai 2003 relative au complément de remboursement de soins aux fonctionnaires de l'administration pénitentiaire.
Circulaire n°	NOR JUSK 1929021 C
Textes de référence	Circulaire NOR JUSE0340048C du 26 mai 2003 relative au complément de remboursement de soins aux fonctionnaires de l'administration pénitentiaire.
Textes et documents annulés et remplacés	- Point III-2.d) « Les frais dentaires » et f) « Les frais d'appareillage ». - Annexe « Demande d'autorisation préalable » - Annexe « Devis pour prothèses dentaires ». - Annexe « Devis pour prothèses auditives ».

La présente circulaire a pour objet de remplacer, au sein de la circulaire NOR JUSE0340048C du 26 mai 2003 relative au complément de remboursement de soins aux fonctionnaires de l'administration pénitentiaire :

- le point III-2.d) intitulé « Les frais dentaires » ;
- le point III-2.f) intitulé « Les frais d'appareillage » ;
- l'annexe relative au formulaire de demande d'autorisation préalable ;
- l'annexe relative au modèle de devis pour les prothèses dentaires ;
- l'annexe relative au modèle de devis pour les prothèses auditives.

En effet, depuis le 1^{er} juin 2014, la classification des actes bucco-dentaires a évolué. La classification commune des actes médicaux (CCAM) a remplacé progressivement la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

Au 1^{er} avril 2019, une nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie dentaire est entrée en vigueur, entraînant des modifications tarifaires et de nouveaux changements dans la codification.

En matière de remboursement des prothèses auditives, le tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS) a été remplacé par une « liste des produits et prestations remboursables » [LPP] prévue à l'art. L. 165-1 du code de la sécurité sociale, lors de la réforme du remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel.

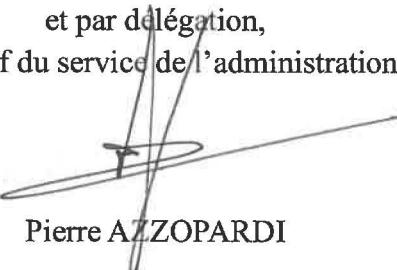
Ces changements ont été pris en compte dans la présente circulaire, qui entraîne une mise à jour de la procédure de remboursement des frais dentaires et d'appareillage des personnels des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire issue de l'article 92 du décret n°66-874 du 21 novembre 1966 relatif au statut spécial des fonctionnaires des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

Les modifications introduites par la présente circulaire prennent effet à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle convention nationale précitée, le 1^{er} avril 2019.

Le reste est sans changement.

Je vous remercie de bien vouloir me communiquer toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ces instructions.

Pour la Garde des Sceaux, ministre de la justice,
et par délégation,
Le chef du service de l'administration



Pierre AZZOPARDI

Modification de la circulaire NOR JUSE0340048C du 26 mai 2003 relative au complément de remboursement de soins aux fonctionnaires de l'administration pénitentiaire.

IV) Conditions particulières pour les compléments de remboursement de certains soins

4) Les frais dentaires

Les compléments de remboursement de l'administration sont accordés pour des actes dispensés par des chirurgiens-dentistes qui adhèrent à la convention nationale de la caisse d'assurance maladie, quel que soit le secteur (I, II, III), et codifiés dans la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Sur le devis, le chirurgien devra détailler les différents actes, séparément, avec codification et tarifs. Il peut s'agir de soins ou de prothèses dentaires.

Pour les prothèses dentaires qui font l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale, l'administration accorde une autorisation au vu du devis et à concurrence d'un tarif plafond (base de remboursement sécurité sociale de l'acte x 480 %) calculé par la sécurité sociale et qui figure à la ligne correspondant à l'acte dans le CCAM.

Pour les inlays cores, le taux de participation de l'administration est de 250 % (base de remboursement de la sécurité sociale x 250 %).

Le complément de remboursement correspond à la différence entre la dépense engagée par l'agent et les sommes remboursées par la sécurité sociale ainsi que par les organismes complémentaires de santé, sous réserve des tarifs plafonds précités. Leurs modes de calcul sont rappelés ci-dessous.

Base de remboursement de la sécurité sociale de l'acte x 70 %	= Montant remboursé par la sécurité sociale
Base de remboursement de la sécurité sociale de l'acte x 250 %	= Tarif plafonné du remboursement de l'administration (inlay core)
Base de remboursement de la sécurité sociale de l'acte x 480 %	= Tarif plafonné du remboursement de l'administration (prothèse dentaire)

La somme des remboursements ne doit pas dépasser la somme des frais engagés.

Les remboursements complémentaires dont bénéficie le demandeur seront, le cas échéant, déduits a posteriori du montant attribué par l'administration au titre du complément de remboursement.

Exemple : devis de dentiste pour un montant de 700 euros pour un HBLD270.

En appliquant le calcul ci-dessus, on obtient, dans un premier temps, le montant remboursé par la sécurité sociale :

- La base de remboursement de la sécurité sociale pour l'acte HBLD270 est de 118,25 euros.
Le montant remboursé par la sécurité sociale sera donc de : $118,25 \times 70\% = 82,78 \text{ euros}$.

Pour connaître le tarif plafonné de remboursement de l'administration, on applique ensuite la formule suivante, conformément au tableau ci-dessus :

- Base de remboursement de la sécurité sociale pour l'acte HBLD270 x 480.

Le montant maximum pris en charge par l'administration pourra donc être : $118,25 \times 480\% = 567,6$ euros.

La somme de 567,60 euros devra être notée sur la demande d'autorisation préalable.

En fin de procédure, on vérifie le montant réellement remboursé par la sécurité sociale et, le cas échéant, par la mutuelle, si l'agent en possède une :

- Remboursement de la sécurité sociale = 82,78 euros (conformément au calcul ci-dessus)
- Remboursement de l'organisme de complémentaire santé = 152 euros

La somme des remboursements perçus par l'agent est donc de : $82,78 + 152 = 234,78$ euros.

Avant remboursement de l'administration, l'agent a donc à sa charge 465,22 euros ($700 - 234,78$ euros = 465,22 euros) que l'administration va pouvoir prendre en charge, le montant maximum de prise en charge pour cet acte étant de 567,6 euros.

Le complément de remboursement des frais dentaires s'effectue sur présentation du bordereau de remboursement de la sécurité sociale sur lequel figure la prise en charge effective de la sécurité sociale ainsi que sur présentation du justificatif de remboursement de l'organisme de complémentaire santé, le cas échéant.

En matière de soins dentaires et de prothèse et inlay core, démarches à effectuer obligatoirement :

- a) Demander un imprimé "demande d'autorisation préalable", spécifique au complément de remboursement de frais pour soins dentaires.
- b) Consulter un chirurgien-dentiste ou docteur en chirurgie dentaire conventionné avec la sécurité sociale exerçant à titre libéral ou en hôpital, et demander un devis.
- c) Engager des soins seulement après l'accord de l'administration.
- d) Adresser au service gestionnaire une photocopie de la facture, les bordereaux de remboursement de la sécurité sociale (originaux) et de l'organisme de complémentaire santé pour obtenir le complément de remboursement.

6) Les frais d'appareillage

Les autorisations préalables au remboursement de frais d'orthopédie et autres frais d'appareillage sont accordées dans la mesure où ces frais sont engagés dans les centres agréés par la sécurité sociale et accompagnés d'un accord avec ces organismes (commencement de prise en charge par la sécurité sociale) et d'un devis estimatif.

Le complément de remboursement correspond à la différence entre le tarif conventionnel et les sommes remboursées à l'agent par la sécurité sociale, la mutuelle ou tout organisme complémentaire de santé ; il ne doit pas dépasser la dépense engagée.

Les remboursements complémentaires dont bénéficie le demandeur seront déduits a posteriori du montant attribué par l'administration au titre du complément de remboursement.

Condition particulière - Prothèses auditives :

Si l'agent reste libre du choix de son médecin, il doit toutefois, au préalable, obtenir l'accord de l'administration en vue de bénéficier du versement d'un complément de remboursement pour des prothèses auditives.

L'administration ne donnera son accord préalable que dans la mesure où l'appareil fait l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale et que le complément de remboursement ne dépasse pas 100 % du taux fixé par la liste des produits et prestations pour les patients âgés de moins de 20 ans (LPP -20 ans), consultable sur le site de l'assurance maladie.

L'arrêté du 23 avril 2002, relatif aux appareils électroniques de surdité, permet la prise en charge pour les deux oreilles sur prescription médicale et si le déficit auditif le nécessite, quel que soit l'âge du patient.

Le complément de remboursement correspond à la différence entre le tarif « plafond » (100 % du taux LPP - 20 ans) et les sommes remboursées à l'agent par la sécurité sociale, la mutuelle ou tout organisme complémentaire de santé ; il ne doit pas dépasser la dépense engagée.

Les remboursements complémentaires dont bénéficie le demandeur seront, le cas échéant, déduits a posteriori du montant attribué par l'administration au titre du complément de remboursement.

Articles auditifs – démarches à effectuer obligatoirement :

- 1) Demander un imprimé "demande d'autorisation préalable", spécifique au complément de remboursement.*
- 2) Consulter le praticien, faire établir le devis de l'appareil correspondant à l'acte médical et à l'ordonnance du médecin prescripteur.*
- 3) Engager les frais seulement après l'accord de l'administration.*
- 4) Adresser au service gestionnaire les bordereaux de remboursement de la sécurité sociale (originaux), de la mutuelle, la facture des soins et fournitures (dépense engagée) et un RIB (qui seront conservés par l'administration), pour obtenir le complément de remboursement. L'agent doit signaler au service gestionnaire tout forfait supplémentaire de sa mutuelle ou de son organisme complémentaire de santé qui lui serait versé.*



MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

**DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE
POUR LE COMPLÉMENT DE REMBOURSEMENT DE FRAIS POUR SOINS MÉDICAUX –
AVANT L'ENGAGEMENT DE FRAIS**

Application de l'article 92 du décret n°66-874 du 21 novembre 1966 et de l'article D227 du code de procédure pénale

PARTIE RÉSERVÉE AU DEMANDEUR

Nom :

Grade :

Établissement :

Prénom :

N° matricule harmonie :

Sollicite l'autorisation préalable à la prise en charge financière des frais médicaux restant à ma charge après remboursement de la sécurité sociale (autorisation ne pouvant être accordée qu'au regard des tarifs conventionnels de la sécurité sociale) :

Nom du praticien :

Devis n° :

Montant du praticien :

En date du :

Montant du devis initial :

Je m'engage à informer l'administration du montant des remboursements complémentaires qui me seraient versés en raison de mon affiliation à une mutuelle ou à une assurance complémentaire. En aucun cas, le complément de remboursement de soins ne pourra être supérieur à la dépense engagée restant à la charge de l'agent.

Date et signature :

PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION

Autorisation accordée pour un montant < ou égal à :	€ brut	Autorisation refusée Motif(s) :
Date de l'autorisation :		Date du refus :

Le Directeur interrégional des services pénitentiaires

Démarches à suivre :

1. Compléter la demande d'autorisation préalable puis la déposer auprès de votre service RH avec une copie du devis établi par le praticien. – 2. Après traitement de votre demande, la DISP vous retournera une copie de celle-ci avec une date d'accord ou de refus. – 3. Dès le retour de votre demande, vous pouvez faire réaliser vos soins.
ATTENTION : Les soins ne doivent pas être antérieurs à la date d'accord de la DISP. – 4. Afin d'obtenir le complément de remboursement de la part de l'administration, vous devez remettre à votre service RH une copie de la facture acquittée et des relevés sécurité sociale et mutuelle sur lesquels figurent les soins réalisés.



MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

COMPLEMENT DE REMBOURSEMENT POUR PROTHESES DENTAIRES

(Joindre à la demande préalable avant l'engagement des frais)

PARTIE RÉSERVÉE AU DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Établissement : Grade :

DEVIS N° : En date du :

Nom du praticien :

Coordonnées du praticien (adresse, tél.) :

.....
.....

PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION

Nature des prestations (code CCAM)	Base de remboursement de la sécurité sociale	Honoraires du praticien	Participation de l'administration
EXEMPLE : HBLLD270	118,25	700	567,6
TOTAL			(1)

(1) Le remboursement de l'administration sera inférieur ou égal à € BRUT

L'ensemble des remboursements (sécurité sociale + organismes complémentaires de santé + administration) ne doit pas dépasser la dépense engagée.

Les remboursements complémentaires dont bénéficie le demandeur seront déduits, le cas échéant, a posteriori du montant attribué par l'administration au titre du complément de remboursement.



MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

COMPLÉMENT DE REMBOURSEMENT POUR PROTHESES AUDITIVES
(Joindre à la demande préalable avant l'engagement des frais)

PARTIE RÉSERVÉE AU DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Établissement : Grade :

DEVIS N° : En date du :

Nom de l'audioprothésiste :

Coordonnées de l'audioprothésiste (adresse, tél.) :

.....

PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION

Référence de l'appareil (code LPP)	Localisation de l'appareil (droite ou gauche)	Prix de vente de l'appareil	Taux LPP plafond (100 % du taux LPP – 20 ans)	Taux LPP appliqué	Participation de l'administration
EXEMPLE : 2392530	Droite	1 540,30 €	1 400 €	300 €	1 100 €
TOTAL					(1)

(1) Le remboursement de l'administration sera inférieur ou égal à€ BRUT

L'administration accorde un complément de remboursement pour l'appareillage des deux oreilles qui fait l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale, sous réserve de ne pas dépasser le taux plafond figurant sur la LPP des patients de moins de 20 ans.

L'ensemble des remboursements (sécurité sociale + organismes complémentaires de santé + administration) ne doit pas dépasser la dépense engagée.

Les remboursements complémentaires dont bénéficie le demandeur seront déduits, le cas échéant, a posteriori du montant attribué par l'administration au titre du complément de remboursement.

