



10 décembre 2007

---

## Lettre-circulaire n° 254

---

### **Remboursement par l'AI des avances consenties par l'assureur-maladie**

La question de la prise en charge provisoire des prestations par l'assurance-maladie et du remboursement consécutif de ces avances par l'AI est traitée uniquement aux art. 70 et 71 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

L'art. 70 LPGA précise que s'il y a doute sur l'assureur débiteur de la prestation, la prise en charge provisoire incombe à l'assurance-maladie pour les prestations en nature. C'est donc en particulier dans les cas où l'AI conteste le droit aux mesures médicales au sens des art. 12 et 13 LAI que l'assureur-maladie pourra être amené à assumer les prestations à titre provisoire.

L'art. 71 LPGA prévoit que l'assureur tenu de prendre le cas provisoirement à sa charge (l'assureur-maladie, en l'occurrence) alloue les prestations selon les dispositions qui régissent ses activités et donc au tarif usuel de ses prestations. La deuxième phrase de cet article précise que, lorsque le cas est à la charge d'un autre assureur, ce dernier (en l'occurrence l'assurance-invalidité) rembourse au premier (en l'occurrence l'assureur-maladie) les avances versées, à concurrence toutefois des prestations qu'il aurait lui-même dû allouer.

En d'autres termes, l'AI rembourse à son propre tarif les prestations prises en charge à titre provisoire par l'assureur-maladie. Par conséquent, lorsque le tarif AI est plus élevé que celui de l'assurance-maladie, elle doit aussi s'acquitter de la différence.

Dans ce cas, l'AI ne rembourse à l'assureur-maladie que le montant qu'il a pris provisoirement en charge à son propre tarif, et c'est au fournisseur de prestations qu'elle verse la différence entre les deux tarifs.

Mais il est aussi possible que les avances consenties par l'assureur au tarif de l'assurance-maladie soient plus élevées que les frais effectivement supportés par l'AI à son propre tarif. Dans ce cas, elle ne rembourse à l'assureur-maladie que les coûts qu'elle doit assumer selon le tarif AI. Une éventuelle prétention de l'assureur-maladie au remboursement de la différence par rapport à son propre tarif n'est pas de la compétence de l'AI.

Rappelons à ce propos que la Fédération suisse pour tâches communes des assurances-maladie, dans un courrier de septembre 2005, a informé l'OFAS et les offices AI cantonaux que son « organe de liaison AI » cesserait d'établir à l'intention des fournisseurs de prestations des relevés de frais où figureraient des montants correspondant à la différence entre les tarifs des deux assureurs.

La lettre-circulaire n° 239 du 11 juillet 2006 est abrogée.

En concordance avec les explications ci-dessus, le n° 17 de la Circulaire sur le paiement des prestations individuelles dans l'AI et l'AVS est modifié comme suit:

Lorsqu'une caisse-maladie reconnue accorde une avance de prestations, elle fournit pour chaque destinataire de paiement, sur formulaire officiel en deux exemplaires, un relevé particulier des frais avec un décompte selon son propre tarif. Ce relevé est accompagné des factures originales ou de copies certifiées conformes par la caisse-maladie.

Le n° 95 de la même circulaire est modifié comme suit :

Lorsque des prestations ont été prises en charge à titre provisoire par la caisse-maladie, le montant dû par l'AI est versé directement à la caisse-maladie et, le cas échéant, au fournisseur de prestations.