



Table des matières

CHAPITRE I : Définition et rôle de la Secrétaire Médicale.....	3
CHAPITRE II : Organisation et méthodes de travail	4
CHAPITRE III : Le parcours de soins coordonnés et le médecin traitant	5
Qui peut être médecin traitant ?	5
Le temps de l'engagement.....	6
Spécificités du parcours de soins	6
Liste non exhaustive des exceptions du parcours de soins	7
Rémunérations versées au médecin traitant par l' Assurance Maladie.....	8
CHAPITRE IV : Les différents secteurs de médecins et cotations des actes	9
La convention médicale	9
Les secteurs.....	9
Les nomenclatures.....	10
Les cotations des actes.....	10
Rémunérations versées au médecin par l' Assurance Maladie	15
CHAPITRE V : Les Couvertures Sociales	16
Les cas d'exonération du ticket modérateur	17
La C2S.....	17
Cas particulier : l'ALD Affection de longue durée	18
Cas particulier : Région Alsace Moselle.....	19
Les forfaits et les franchises médicales obligatoires	20
CHAPITRE VI : Le dossier patient	23
Partie administrative	23
Partie médicale.....	23
Partie paramédicale.....	23
CHAPITRE VII : Les documents rédigés par le médecin	25
Lettres.....	25
Certificats	25
Comptes rendus opératoires (CRO ou CROP).....	25
CHAPITRE VIII : Les différents imprimés de la sécurité sociale.....	26
La feuille de soins – cf. annexe 2	28
La prescription médicale de transport – cf. annexe 5	28
Document établi pour la prise en charge des transports par l' Assurance Maladie.....	28
La demande d' accord préalable valant prescription médicale – cf. annexe 6	29
La demande de remboursement des frais de transport pour motif médical en véhicule personnel et/ou en transports en commun – cf. annexe 7	30
La demande d' accord préalable – cf. annexe 8	30
Protocole de soins – cf. annexe 9	31
L' arrêt de travail – cf. annexe 10	31
Feuille d' accident du travail ou de maladie professionnelle – cf. annexe 11	31
Certificat médical d' accident du travail ou de maladie professionnelle – cf. annexe 12	32
CHAPITRE IX : Le dossier hospitalier	35
Passport d' hospitalisation	35
CHAPITRE X : Le PMSI.....	37
Circuit de l' information médicale dans les établissements de Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO).....	37
CHAPITRE XI : La carte vitale	40
La gestion des honoraires.....	41

CHAPITRE I

Définition et rôle de la Secrétaire Médicale

La Secrétaire Médicale est une assistante pour le médecin.

Elle est le lien entre le patient et le professionnel de santé.

Elle doit :

- Être discrète et respecter le secret professionnel
- Être accueillante, chaleureuse et souriante
- Avoir une bonne présentation
- Donner une bonne image du cabinet médical
- Être disponible et motivée
- Être organisée et méthodique
- Être performante en administratif médical
- Maîtriser le matériel informatique

CHAPITRE II

Organisation et méthodes de travail

La secrétaire médicale doit savoir :

- Gérer son temps de travail
- Prendre correctement les messages (pour les visites à domicile d'un généraliste)
- Gérer le planning des rendez-vous et des visites (évaluer l'urgence de la consultation...)
- y compris à l'aide d'un logiciel de prise de rendez-vous par Internet
- Effectuer la création, l'actualisation, le suivi, le classement et l'archivage des dossiers patients
- Prendre des initiatives
- Gérer avec sang-froid une urgence médicale
- Remplir les différents imprimés spécifiques médicaux
- Maîtriser les différents cotations en fonction des secteurs de médecins
- Connaître et gérer les différents types de couvertures sociales
- Effectuer la comptabilité journalière et gérer sa caisse
- Pointer les remboursements et les virements de l'Assurance Maladie
- Gérer un compte bancaire
- Gérer un stock
- Effectuer les commandes (compresse, fournitures de bureau, imprimés de l'AM...)
- Tenir la comptabilité mensuelle et savoir régler et classer les différentes factures
- Communiquer les éléments indispensables au comptable responsable
- Dans certains cas, savoir effectuer un bulletin de paye
- Maîtriser la frappe des différents documents médicaux (lettre de consultation, CROP...)
- Maîtriser un logiciel de santé spécifique
- Maîtriser le système SESAM-VITALE

Bien sûr, ces tâches varient selon la structure où la secrétaire médicale exerce.

Elle peut exercer ce métier dans différentes structures telles que :

- Le cabinet médical (médecin généraliste ou spécialiste)
- L'hôpital
- La clinique
- La maison de convalescence
- Le centre de rééducation
- La maison de retraite
- Le laboratoire
- Le centre de radiologie
- Le service de PMSI
- Le service social ou médico-social (DRASS, PMI)
- La médecine et santé au travail
- Le paramédical : kiné, orthophoniste

Attention, l'assistante dentaire bénéficie d'une formation spécifique.

CHAPITRE III

Le parcours de soins coordonnés et le médecin traitant

Le parcours de soins coordonnés est le circuit que les patients doivent suivre pour accéder aux soins. L'acteur principal de ce parcours est le médecin traitant.

Le parcours de soins a été mis en place en 2005. Il consiste pour un patient de 16 ans et plus à avoir un médecin traitant déclaré auprès de sa caisse d'Assurance Maladie.

Cette déclaration concernait les patients de 16 ans et plus, mais depuis 2017, les patients de moins de 16 ans peuvent déclarer un médecin traitant avec l'accord d'un des deux parents comme c'est le cas pour les 16-17 ans.

Le rôle du médecin traitant consiste à :

- Assurer un suivi médical optimal
- Orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés
- Centraliser toutes les informations afin de gérer le dossier médical du patient
- Etablir le protocole de soins dans le cadre d'une Affection de Longue Durée (ALD)
- Assurer une prévention personnalisée

La déclaration peut s'effectuer avec le médecin choisi :

- En version papier, à l'aide du formulaire : « déclaration de choix du médecin traitant ». Voir *Annexe 1 : Déclaration de choix du médecin traitant.*
- En version dématérialisée, sur présentation de la carte vitale du patient, le médecin équipé d'un lecteur SESAM-Viale et de sa Carte professionnelle de Santé (CPS), peut transmettre directement la déclaration en se connectant sur son espace ameli-pro.

Qui peut être médecin traitant ?

Tout médecin inscrit au conseil de l'Ordre peut être médecin traitant :

- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste
- Médecin libéral
- Médecin hospitalier
- Médecin urgentiste
- Médecin salarié d'un centre de santé

Tout médecin dominant son accord au patient peut remplir ce rôle. Le choix est libre et individuel. Il n'y a pas de contrainte géographique.

Établissement de long séjour

En établissement de long séjour, les déclarations de choix du médecin traitant sont individuelles et non collectives.

Un médecin non conventionné peut-il être médecin traitant ?

Oui. Tout médecin inscrit au conseil de l'Ordre, qu'il soit généraliste ou spécialiste, qu'il soit médecin libéral, médecin hospitalier, médecin urgentiste ou médecin salarié d'un centre de santé, peut être médecin traitant.

Le temps de l'engagement

Il n'y a pas de durée d'engagement. Une grande liberté est laissée aux patients dans le choix du médecin y compris au niveau géographique.

Le médecin traitant d'un patient, l'est sans condition de durée, sachant que la liberté de choix donne la possibilité de ne plus être médecin traitant, et qu'elle permet également au patient de changer de médecin traitant.

De la même façon que le patient a le libre choix de son médecin traitant, le médecin est libre d'accepter ou de refuser d'être le médecin traitant d'un patient et libre de changer d'avis.

Pour bénéficier de soins mieux remboursés, il est recommandé aux patients de 16 ans et plus de déclarer un médecin traitant.

Les consultations dans le cadre du parcours de soins, sont remboursées à 70% du tarif conventionnel par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La non-déclaration du médecin traitant entraîne donc une pénalité dans les remboursements : une consultation hors parcours de soins est remboursée 30 % par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Spécificités du parcours de soins

Les situations où le patient respecte le parcours de soins :

- La consultation du médecin traitant
- La consultation d'un médecin que le patient déclare nouveau médecin traitant
- La consultation du remplaçant du médecin traitant
- La consultation d'un médecin sur orientation du médecin traitant : le médecin correspondant
- La consultation d'un médecin si le médecin traitant n'est pas remplacé ou consultation assurée par un associé en cas de cabinet de groupe : médecin traitant remplacé
- La consultation d'un médecin en urgence
- La consultation d'un médecin hors résidence habituelle
- La consultation d'un médecin en accès direct spécifique

Ces situations sont prévues sur la feuille de soins papier par des cases à cocher, et en cas de feuilles de soins électroniques (FSE), il faudra utiliser les codes suivants : MTO, MTR, MTU, MTH, MTD.

Médecin correspondant

Le médecin traitant peut orienter le patient vers un autre médecin (généraliste ou spécialiste) lorsque son état le justifie. Cette démarche doit être accompagnée d'une lettre décrivant l'état de santé du patient. Lorsque le patient doit revoir le médecin correspondant dans le cadre d'un suivi, il n'est pas nécessaire qu'il repasse par le médecin traitant.

Ce médecin doit indiquer sur la feuille de soins les nom et prénom du médecin traitant.

Médecin non remplacé

Dans cette situation en effet, le médecin consulté à la place du médecin traitant, en son absence, coche la case « Médecin traitant remplacé », prévue à cet effet sur la feuille de soins papier qui entre en vigueur le 1er juillet 2005, ou saisit le code « MTR » s'il réalise une feuille de soins électronique (F.S.E.), ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.

Cabinet de groupe

Les patients peuvent consulter un autre médecin du cabinet.
Dans cette situation, le médecin consulté coche la case « Médecin traitant remplacé », prévue à cet effet sur la feuille de soins papier, ou saisit le code « MTR » s'il réalise une FSE, ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.

Patients en cas d'urgence

En cas d'urgence, les patients peuvent consulter un médecin de garde, la nuit de 20h à 8h, ou le dimanche ou les jours fériés, sans baisse de remboursement.

Dans cette situation, le médecin consulté coche la case « Urgence », prévue à cet effet sur la feuille de soins papier, ou saisit le code « MTU » s'il réalise une FSE, ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.

Patients en vacances ou en déplacement

En cas d'éloignement de leur domicile habituel, pour des vacances par exemple, les patients peuvent consulter un autre médecin, sans baisse de remboursement.

Dans cette situation, le médecin consulté coche la case « Hors résidence habituelle » prévue à cet effet sur la feuille de soins papier, ou saisit le code « MTH » s'il réalise une FSE, ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.

Accès direct spécifique

Consultation de certains spécialistes, sous certaines conditions, sans être orienté au préalable par le médecin traitant.

Cela concerne les :

- Gynécologues
- Ophtalmologues
- Psychiatres ou neuro-psychiatres pour les 16 à 25 ans
- Addictologues
- Stomatologues

Dans ces situations, le médecin consulté coche la case « Accès direct spécifique » prévue à cet effet sur la feuille de soins papier ou saisit le code « MTD » ou indique « Accès direct spécifique » (en fonction des logiciels) s'il réalise une FSE, ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.

À noter que sans médecin traitant déclaré, le patient est lésé sur son remboursement même s'il consulte les spécialistes en accès direct spécifique.

Liste non exhaustive des exceptions du parcours de soins

Le parcours de soins ne concerne pas :

- Les étrangers de passage en France
- Les patients bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME)
- Les affiliés à une caisse de sécurité sociale d'une Collectivité d'Outre-Mer (COM)
- Les moins de 16 ans
- La consultation directe d'un spécialiste : dans le cadre d'une ALD exonérante (médecin mentionné sur le protocole de soins), pour le suivi d'une maladie chronique, pour une séquence de soins en concertation avec le médecin traitant
- Les actes de dépistage organisé
- La consultation d'un chirurgien-dentiste

- La consultation des sages-femmes
- La consultation des auxiliaires médicaux

En dehors de toutes ces situations, le patient est considéré comme étant hors parcours de soins s'il n'a pas de médecin traitant déclaré ou s'il consulte un autre médecin sans être orienté par son médecin traitant. Il convient de cocher la case accès hors coordination en feuille de soins papier, et en FSE de saisir le code HCS.

Rémunérations versées au médecin traitant par l'Assurance Maladie

Le Forfait Patientèle Médecin Traitant (FPMT)

Entré en vigueur, depuis le 1^{er} janvier 2018, afin de valoriser le rôle du médecin traitant dans le suivi du patient et la coordination des soins.

Le FPMT est pour l'ensemble des médecins libéraux conventionnés et déclarés comme médecins traitants. Il est réservé aux médecins de secteur 1 et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO).

Ce forfait est calculé en fonction des caractéristiques (âge et pathologie) de la patientèle du médecin l'ayant déclaré comme médecin traitant.

Une majoration supplémentaire est appliquée selon la part de patientèle bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S).

Pour les patients en ALD

Pour les ALD exonérantes uniquement, une rémunération forfaitaire de 40€/an et par patient en ALD est versée au médecin traitant. Cette rémunération intègre notamment au titre de la coordination et du suivi, la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant.

CHAPITRE IV

Les différents secteurs de médecins et cotations des actes

La convention médicale

Il s'agit d'un accord signé entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, qui définit les règles et obligations respectives de l'Assurance Maladie et des médecins qui exercent en cabinet, en maison de santé, ou en clinique privée.

La convention propose des mesures relatives aux modalités d'exercice des médecins (installation, facturation, télémedecine ...), à la qualité de services (horaires d'ouverture ...) et à la modernisation des pratiques et des échanges (taux de télétransmission des documents : feuille de soins, arrêt de travail, protocole de soins...)

La dernière convention 2016-2021 signée en août 2016 a comme mesure principale, l'augmentation des tarifs de consultation.

Si la hausse de la consultation est la mesure la mieux connue de cette convention médicale, d'autres dispositions sont en train de se mettre en place. Il s'agit de répondre à deux objectifs clés :

- ☞ Renforcer l'accès aux soins.
- ☞ Améliorer la prise en charge des patients.

Cette convention est consultable sur le site <http://convention2016.ameli.fr/>

Les secteurs

Les médecins exercent en hôpital ou en Cabinet. Ceux qui travaillent à l'hôpital appartiennent à la fonction publique hospitalière et sont rémunérés mensuellement. Ceux qui travaillent en cabinet et en clinique sont appelés **médecins libéraux**. Ils exercent à titre personnel ou en société civile associée à d'autres confrères. Leur rémunération est fonction de leur activité et s'appelle des honoraires. Il arrive fréquemment que des médecins exercent parallèlement à titre libéral et en milieu hospitalier.

Tous les médecins libéraux exercent leur activité en respectant un secteur tarifaire. On parle communément du secteur 1 et du secteur 2 pour les médecins conventionnés. Il existe un troisième secteur pour les médecins non conventionnés.

Secteur 1

Les médecins en secteur 1 pratiquent les tarifs de base de la sécurité sociale. Les patients sont remboursés sur la base du tarif de Sécurité Sociale.

Non autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires sauf :

- ☞ En cas d'exigence particulière du patient : Dépassement Exceptionnel (DE)
- ☞ En cas de soins non coordonnés : Dépassement Autorisé (DA)

Sur les documents identifiants le médecin, le secteur 1 est identifié par la mention **conventionné**.

Secteur 2 (conventionné à honoraires libres)

Les médecins en secteur 2 sont à honoraires libres, et peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires avec « fact et mesure ». Les patients sont remboursés sur la base du tarif de la Sécurité Sociale.

Le montant des dépassements reste libre.

Sur les documents identifiants le médecin, le secteur 2 est identifié par la mention **conventionné à honos libres**.

Au sein du secteur 2, l'Assurance Maladie propose aux médecins de souscrire à un contrat à double option, l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens.

Ils s'engagent alors à respecter un taux moyen d'activité facturée avec dépassement d'honoraires et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement d'honoraires. Le taux de dépassement autorisé est en général plafonné à 100 % du montant de la consultation, ainsi un médecin spécialiste ayant adhéré à l'OPTAM pourra facturer une consultation CS + MCS + MPC de 30€ à 60€.

Ce dispositif a pour objectif principal de faciliter l'accès aux soins en limitant, mais sans supprimer, les dépassements d'honoraires.

Secteur 3

Les médecins en secteur 3 sont à honoraires totalement libres car ils sont non conventionnés, cela signifie qu'ils n'ont pas signé de convention avec l'assurance maladie. Les caisses de Sécurité Sociale remboursent leurs consultations sur la base d'un tarif d'autorité (TA) correspondant à un remboursement symbolique d'environ 1 €.

Sur les documents identifiants le médecin, le secteur 3 est identifié par la mention **non conventionné**.

Le dépassement d'honoraires

Il correspond au prix d'un acte médical supérieur au tarif défini par la Sécurité Sociale. Il n'est donc pas pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais il peut l'être en partie ou en totalité par l'Assurance Maladie Complémentaire si les garanties du contrat le prévoient.

Les nomenclatures

Tous les actes médicaux sont répertoriés au sein de deux nomenclatures :

La **NGAP pour les actes cliniques médicaux**.

La **CCAM pour les actes techniques médicaux**.

Les cotations des actes

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels (création en 1972)

Les codes de la NGAP sont des lettres comme CS, G, TCG...

"V, Vs, VNpsy" pour les visites au domicile du malade, "B" pour les analyses de laboratoire, "AM" pour les services d'auxiliaires (AMK : kiné, AMO : orthophoniste, AMY : ophtalmo)...

Concernant les consultations, les cotations les plus rencontrées sont :

Tableau des tarifs de base

	Code	Tarif
Consultation généraliste	G	25
Consultation spécialiste	CS	23
Consultation spécialiste OPTAM/OPTAM-CO	CS + MPC + MCS	30
Avis ponctuel de consultant	APC	50
Téléconsultation généraliste	TCG	25
Téléconsultation spécialiste	TC+MPC+MCS	30

G : 25 euros (consultation généraliste de secteur 1)

CS : 23 euros (consultation spécialiste de secteur 2)

CS+MPC+MCS (consultation spécialiste de secteur 1, secteur 2 OPTAM, ou secteur 2 si respect des tarifs opposables)

23 euros

+ 2 euros MPC : Majoration Provisoire Clinicien

+ 5 euros MCS : Majoration Coordination Spécialiste

Soit un total de 30 euros

APC : 50 euros (Avis Ponctuel de Consultant)

L'APC, anciennement C2, est applicable par les médecins spécialistes.

Avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant. Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie.

Depuis le 15 septembre 2018, une consultation à distance (téléconsultation) a été mise en place. TCG : 25 euros facturable par le généraliste de secteur 1, secteur 2 OPTAM ou secteur 2 si respect des tarifs opposables.

TC : 23 euros facturable par le spécialiste de secteur 2

TC+MPC+MCS : 30 euros facturable par le spécialiste de secteur 1, secteur 2 OPTAM ou secteur 2 si respect des tarifs opposables.

Le respect de certaines conditions est nécessaire pour ouvrir le droit au remboursement de la téléconsultation :

Le respect du parcours de soins coordonnés

La connaissance du patient par le médecin téléconsultant

Depuis le 1^{er} novembre 2017, de nouveaux tarifs sont applicables chez un spécialiste pour les consultations complexes à 46€ et les consultations très complexes à 60 €.

Il existe des codes majorant le tarif des consultations de base. Ces majorations ont été mises en place progressivement par exemple : MCG, MCS, MEG, MU, MUT, MCU, MRT...

Attention, certaines majorations sont réservées exclusivement aux médecins adhérent à l'OPTAM.

Des majorations ont été mises en place pour la prise en charge sans délai :

LA MAJORATION D'URGENCE DU MEDECIN TRAITANT (MUT) fixé à 5 euros

Elle est applicable sur la consultation à tarif opposable lorsque le médecin traitant contacte un médecin correspondant pour obtenir une prise en charge de son patient sous 48h.

LA MAJORATION DU MEDECIN CORRESPONDANT EN URGENCE (MCU) fixé à 15 euros

Elle est applicable sur la consultation à tarif opposable lorsque le médecin correspondant prend en charge sous 48h un patient adressé par son médecin traitant.

LA MAJORATION REGULEE DU MEDECIN TRAITANT (MRT) fixé à 15 euros

Elle est applicable sur la consultation à tarif opposable lorsque le médecin traitant reçoit en urgence son patient à la demande du centre de régulation pendant les horaires habituels de ses consultations.

LA MAJORATION D'URGENCE (MU) fixé à 22,60 euros

C'est la cotation à utiliser lorsqu'il y a interruption des consultations pour une visite d'urgence :

Soit à la demande du centre de réception et de régulation des appels du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)

Soit à la demande expresse et motivée du patient

La majoration d'urgence peut se cumuler avec :

La cotation des indemnités horo-kilométriques (IK)

La cotation d'un électrocardiogramme

Elle ne peut pas se cumuler avec :

La majoration de nuit ou de milieu de nuit (MDN, MDI)

La majoration de dimanche et jours fériés (MDD)

La majoration de déplacement (MD)

Les médecins généralistes peuvent appliquer une majoration de déplacement aux

visites à domicile.

Ils peuvent également appliquer une majoration de nuit ou de jour férié.

Ils ne peuvent cependant pas cumuler plusieurs majorations (ex : consultation de nuit + férié)

Pour les chirurgiens, la visite sera gratuite durant les 30 jours suivant l'intervention, au-delà le chirurgien cotera une consultation.

LES VISITES A DOMICILE

VG+MD : 25 + 10 = 35€

MD : Majoration de Déplacement pour visite à domicile justifiée.

La majoration de déplacement (MD), dont le montant est fixé à 10 euros, ne peut pas se cumuler avec la majoration de nuit, de dimanche et la majoration d'urgence. Cette majoration est effective du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi entre 8h et 12h.

La majoration de déplacement de nuit (MDN), elle est effectuée entre 20h et minuit ou entre 6h et 8h. Son montant est fixé à 38,50 euros.

La majoration de déplacement de milieu de nuit (MDI), elle est effectuée entre 0h et 6h. Son montant est fixé à 43,50 euros.

La majoration de déplacement de dimanche ou jour férié (MDD), elle s'applique à partir du samedi midi. Son montant est fixé à 22,60 euros.

La prise en charge du déplacement à domicile est réservée aux personnes dans l'incapacité de se déplacer. C'est le médecin qui estime la capacité du patient à se déplacer.

La majoration de déplacement est justifiée pour les patients relevant des critères médico-administratifs, cliniques ou sociaux.

Si le médecin estime que le déplacement du patient au cabinet était possible, il peut majorer le montant des honoraires. Il faut indiquer alors « DE » dans la zone de dépassement sur la feuille de soins.

Lorsque le médecin consulte à domicile plusieurs malades de la même famille habitant ensemble, seul le premier acte est compté pour une visite, les suivants sont considérés comme des consultations.

Attention : on ne peut facturer plus de deux consultations en plus de la première visite.

*Nota pour la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion : les cotations diffèrent :
G : 29,60 – CS : 27,60 (34,60 avec les majorations) – APC : 57,60*

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux (1^{ère} version en mars 2005)

Tous les codes sont constitués de 4 lettres et 3 chiffres. Elle est utilisée pour codifier les actes techniques médicaux.

La CCAM répertorie plus de 7600 actes répartis en 19 chapitres. Les chapitres sont organisés par grande structure anatomique ou fonctionnelle.

Exemple d'un code CCAM : JKLD001 : pose d'un dispositif intra-utérin (stérile)
À cet acte, correspond une fiche fournissant des informations telles que le tarif, la nécessité d'un accord préalable, les éventuels types d'acte pouvant être associé à l'acte principal...

Capture écran fiche CCAM :

Fiche d'acte abrégée

CODE : JKLD001
LIBELLE : Pose d'un dispositif intra-utérin

Code regroupement : ATM - Acte technique médical

Date d'effet : 01/01/2018

Activité : 1 - 1 Phase : 3

Convention PS: Sans restriction de territoire et de spécialité

Prise en charge

Accord préalable : Cet acte n'est pas soumis à une entente préalable

Admission au remboursement : Acte remboursable

Exonération du ticket modérateur : Acte pouvant être exonéré par le régime de santé et exonéré lors de la facture

Tarifification

Prix de l'acte : 39,4 euros

Suppléments de charges en cabinet : 0,0 euros

Il existe également des codes modificateurs valorisant l'acte dans certaines circonstances, tels que : F pour dimanche et jours fériés, U pour les soins d'urgence, P pour la nuit de 20h00-00h00 et de 06h00-08h00 et S pour la nuit de 00h00-06h00.

Lorsqu'un médecin associe des actes et que cette association n'est pas prévue en CCAM (voir CCAM en ligne - Ameli), il doit mentionner un « code association » qui précise les modalités de tarification de chaque acte :

- Le 1^{er} acte le plus cher, facturé à 100% : code association 1
- Le 2^{ème} acte le moins cher, facturé à 50% : code association 2
- Le 3^{ème} acte est gratuit, facturé à 0€ : code association 3

En règle générale, 2 actes sont facturables. Mais là aussi, nous trouvons des exceptions.

Les actes issus des deux nomenclatures ne sont pas compatibles mais il y a des exceptions.

Trois exemples :

- Une consultation et un frottis cervico-vaginal
- Une consultation et une radiographie du poumon (pneumologue uniquement)
- Une consultation et un électrocardiogramme

Rémunérations versées au médecin par l'Assurance Maladie

La Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Le dispositif de la ROSP, créé en 2011, contribue à faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé définis par la convention médicale.
Le médecin perçoit une rémunération en fonction de la réalisation des objectifs.
Les objectifs sont évalués au moyen d'indicateurs calculés sur l'ensemble de la patientèle du médecin.
L'ensemble des indicateurs représente un nombre de points et le point = 7€.

Les 3 grands volets d'indicateurs de la ROSP sont :

- Le suivi des pathologies chroniques
- La prévention et le dépistage
- L'efficacité des prescriptions

Le forfait structure

Depuis le 1er janvier 2017, avec la convention médicale 2016, le forfait structure remplace l'ensemble des indicateurs de la ROSP portant sur l'organisation du cabinet.

Ce forfait est composé de deux volets :

- L'équipement au cabinet : valorise l'investissement dans des outils et modes d'organisation facilitant la pratique des médecins et la gestion de leur cabinet.

Tous les indicateurs du volet 1 doivent être atteints pour accéder au volet 2.

- Les services au patient : rémunère de manière complémentaire l'investissement des médecins dans des démarches et nouveaux modes d'organisation pour améliorer les services aux patients.

Chaque indicateur est associé à un nombre de points et le point = 7€.

CHAPITRE V

Les Couvertures Sociales

Les couvertures sociales sont assurées par les différentes caisses d'assurance maladie. La principale et la plus répandue est la CPAM, mais il existe diverses caisses selon les secteurs professionnels (agricole : MSA, fonction publique : MFP, ...).

Le régime de base permet au patient d'être remboursé à hauteur de 70 % du montant de la consultation (90 % en région Alsace Moselle). Cette part est appelée la part AMO : Assurance Maladie Obligatoire. La part restante s'appelle l'AMC : Assurance Maladie Complémentaire ou ticket modérateur. Elle est prise en charge par les mutuelles le cas échéant.

Il faut noter que les honoraires des auxiliaires médicaux (infirmières, kiné ...) sont pris en charge à hauteur de 60 %.

Voir annexe 4 : *Tableau « Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie »*

La PUMA (Protection Universelle Maladie)

Mise en place en 2016, la PUMA est une couverture maladie de base qui garantit à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière un droit à une prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie.

Elle permet d'éviter les ruptures de droits en cas de changement de situation (perte d'emploi, séparation, ...).

Conditions d'accès :

- Résider en France de façon stable (au moins 6 mois par an)
- Être en situation régulière (nationalité française, ressortissant européen titre ou document de séjour)
- Ou exercer une activité professionnelle

Le Tiers Payant :

C'est la dispense d'avance des frais. Le TP peut être intégral ou partiel.

Depuis le 1er janvier 2017, le tiers payant est devenu un droit pour les soins pris en charge au titre de l'assurance maternité et de l'ALD.

Le Ticket Modérateur :

C'est la part des dépenses de santé laissée à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Dans certains cas, le patient est exonéré du TM, et bénéficie du tiers payant.

Les cas d'exonération du ticket modérateur

Depuis le 1er novembre 2019, un nouveau dispositif destiné à faciliter l'accès aux soins et à offrir une meilleure protection en matière de couverture santé à remplacer la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) et l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé). Il s'agit de la C2S.

La C2S (Complémentaire Santé Solidaire)

- La complémentaire santé solidaire destinée aux personnes aux ressources modestes est une aide financière qui permet de payer ses dépenses de santé.
- En fonction des ressources, la C2S est sans ou avec une participation financière pour l'assuré :
- Elle ne coûte rien
 - Elle coûte moins de 1€/jr/personne
- Conditions d'accès :
- Bénéficier de la PUMA
 - Ne pas dépasser la limite maximum de ressources

L'AME (Aide Médicale de l'État)

L'aide médicale de l'État est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française.

Conditions d'accès :

- Résider en France de façon stable (de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois)
- Être en situation irrégulière (sans titre ou document de séjour)
- Ne pas dépasser la limite maximum de ressources

Lorsqu'un bénéficiaire de l'AME régularise sa situation, il perd le bénéfice de l'AME et peut demander la C2S.

A noter que l'AME est attribuée sans condition aux enfants mineurs dont les parents sont en situation irrégulière.

La maternité

Du 1^{er} jour du sixième mois de grossesse jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement ainsi que tous les frais d'hospitalisation du nouveau-né dans les 30 jours suivant la naissance.

L'accident du travail (pour tout accident sur le lieu du travail ou le trajet entre celui-ci et le domicile) et/ou la maladie professionnelle (pour toute conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel d'une profession).

Les bénéficiaires de l'article L212-1 (militaires, victimes de guerre)

Prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités pensionnées au titre du CPMAVG : Code des Pensions Militaires d'Invalidité et des Victimes de Guerre.

Les victimes d'acte de terrorisme (VAT)

Les personnes blessées au cours d'un acte de terrorisme et qui figurent sur la liste officielle des victimes transmise par l'État à l'Assurance Maladie bénéficient à ce titre de la prise en charge intégrale de tous leurs soins médicaux en lien avec cet événement et sans avance des frais, à condition de présenter aux professionnels de santé l'attestation de prise en charge. Voir annexe 3 : « Attestation de prise en charge des victimes d'actes de terrorisme ».

L'exonération du ticket modérateur est également appliquée pour :

Les analyses de laboratoire relatives au dépistage du VIH et de l'hépatite C

Les frais liés aux IVG

Les actes de prévention et de dépistage

Les patients concernés ne font pas l'avance des frais et ne sont pas soumis à la participation forfaitaire de 1 €, ni aux franchises médicales.

Cas particulier : l'ALD Affection de longue durée

Trois situations donnent lieu à un statut particulier dit ALD exonérantes :

- Les patients atteints d'une affection inscrite sur la liste (ALD 30).
- Les patients atteints d'une affection dite « hors liste » (ALD 31), c'est à dire une maladie grave ne figurant pas sur la liste des ALD 30, entraînant un traitement d'une durée prévisible de plus de 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse.
- Les patients atteints de poly-pathologies (ALD 32).

ALD exonérante : pathologie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et coûteux.

Le patient est exonéré du ticket modérateur cependant le forfait de 1 € et les franchises médicales restent à sa charge.

Ces pathologies sont répertoriées sur une liste établie par le ministère de la santé.

Liste des Affections Longue Durée (ALD 30) qui donnent lieu à exonération du ticket modérateur (Article D-322-1 du CSS)

- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- Bilharziose compliquée
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves,
- cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine
- Diabète de type 1 et diabète de type 2
- Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave

- Hémoglobinopathies, hémolyse, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostasie graves
- Maladie coronaire
- Insuffisance respiratoire chronique grave
- Lépre
- Maladie de Parkinson
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- Mucoviscidose
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- Paraplégie
- Péri-artérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
- Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- Sclérose en plaques
- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne
- Spondylarthrite ankylosante grave
- Suites de transplantation d'organe
- Tuberculose active
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

ALD non exonérante : pathologie nécessitant des soins continus et/ou un arrêt de travail prolongé d'une durée supérieure à 6 mois, mais qui n'ouvre pas droit à l'exonération du ticket modérateur. Le patient est remboursé aux taux habituels.

Cas particulier : Région Alsace Moselle

Le droit local en Alsace et Moselle est un régime juridique qui conserve, dans les anciens territoires cédés puis repris, les dispositions mises en place par les autorités allemandes lorsqu'elles sont estimées plus favorables aux habitants ainsi que des dispositions qui ont été transformées ou supprimées par la législation française. Ce régime, créé en 1919 au lendemain de la Première Guerre mondiale, concerne les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle aujourd'hui situés dans la région Grand Est.

Une des plus importantes dispositions ayant un impact sur le régime de sécurité sociale est l'obligation d'une mutuelle complémentaire instaurée en 1911.

Les taux de remboursement de la caisse d'assurance maladie sont supérieurs aux taux pratiqués dans les autres régions. En effet, l'Assurance Maladie Obligatoire rembourse la consultation, dans le parcours de soins à 90%.

Voir Annexe 4 : Tableau « Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie »

Les forfaits et les franchises médicales obligatoires

Qu'est-ce que la franchise médicale ?

La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Montants des franchises médicales :

- 0,50 € par boîte de médicaments, sans plafond journalier
- 0,50 € par acte paramédical, plafonné à 2€/jr/professionnel de santé
- 2 € par transport sanitaire, plafonné à 4€/jr/transporteur

Le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

Il faut noter que la franchise ne s'applique pas aux médicaments et aux actes paramédicaux délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence type SAMU.

Tous les assurés sont concernés par la franchise, sauf :

- Les enfants de moins de 18 ans
- Les bénéficiaires de la C2S, et de l'AME
- Les femmes enceintes (à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement)
- Les jeunes filles mineures d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence
- Les VAI pour les frais de santé en rapport avec cet événement
- Les bénéficiaires de l'art. L212-1, mais uniquement pour les soins délivrés gratuitement par l'Etat et nécessités par les infirmités donnant lieu à pension

Qu'est-ce que la participation forfaitaire de 1 € ?

Une participation forfaitaire de 1 € s'applique à tous les patients de plus de 18 ans qu'ils soient ou non dans le parcours de soins coordonnés. Elle s'applique sur :

- Toutes consultations ou actes réalisés par un médecin au cabinet, à domicile, en centre de soins, en consultation externe ou aux urgences de l'hôpital
- Les examens de radiologie
- Les analyses de biologie médicale

La participation forfaitaire de 1€ est plafonnée à 4€/jr/médecin et à 50€/an.

La participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas :

- Chez le chirurgien-dentiste
- Pour les soins pratiqués par un auxiliaire médical (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...)
- Pour les soins pratiqués par une sage-femme
- Dans le cadre d'une intervention chirurgicale
- Pour les actes réalisés dans le cadre du dépistage du cancer du sein

Tous les assurés sont concernés par la participation forfaitaire de 1€, sauf :

- Les enfants moins de 18 ans
- Les bénéficiaires de la C2S, et de l'AME

- Les femmes enceintes (à partir du 1^{er} jour du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement)
- Les VAT pour les frais de santé en rapport avec cet événement
- Les bénéficiaires de l'art. L212-1, mais uniquement pour les soins délivrés gratuitement par l'Etat et nécessités par les infirmités dominant lieu à pension

Qu'est-ce que le forfait de 24 € ?

Pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€ qu'ils soient pratiqués en cabinet ou en établissements de santé ou en HAD, le ticket modérateur qui reste à la charge du patient est remplacé par une participation forfaitaire de 24 €. Elle est souvent prise en charge par les mutuelles.

Dans les situations suivantes :

- Bénéficiaire de la C2S
- Bénéficiaires de l'AME
- Bénéficiaires du régime Alsace Moselle
- Bénéficiaires d'un régime spécial couvrant le forfait de 24€

Le patient est exonéré du règlement des 24€ au médecin, car cette participation est prise en charge par l'Assurance Maladie.

En facturation, pour les patients concernés et exonérés, un code de prestation « PAV » coté à zéro (Participation Assuré en Ville) doit figurer sur la feuille de soins en plus de l'acte ou des actes facturés.

Dans les situations suivantes, le patient est exclu du forfait de 24€ :

- Bénéficiaires d'un AT/MP
- Les femmes enceintes (à partir du 1^{er} jour du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement)
- Bénéficiaires d'une ALD exonérante pour les soins en rapport avec la pathologie
- Bénéficiaires de l'art. L212-1, mais uniquement pour les soins délivrés gratuitement par l'Etat et nécessités par les infirmités dominant lieu à pension
- Traitement de la stérilité
- Soins aux prématurés
- Tests VIH
- Titulaires d'une allocation de solidarité aux personnes âgées

Certains actes et frais ne rentrent pas dans le champ d'application de la participation forfaitaire de 24€ et sont pris en charge à 100%. Il s'agit :

- Des actes d'imagerie médicale d'un tarif supérieur ou égal à 120€
- Des frais de transport d'urgence, en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte dont le tarif est supérieur ou égal à 120€
- Des frais de transports entre les deux établissements, ou en cas d'hospitalisation à domicile (HAD), entre l'établissement et le domicile
- Des frais d'hospitalisation à partir du 31^{ème} jour d'hospitalisation consécutif

Qu'est-ce que le forfait hospitalier ?

Le forfait hospitalier est une participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien liés à son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de la sortie. Le montant de ce forfait est fixé par arrêté ministériel.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, il s'élève à :

- 20 € par jour en hôpital ou clinique
- 15 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé

Il est souvent pris en charge par les mutuelles.

Les situations d'exonération du forfait hospitalier :

- Les femmes enceintes hospitalisées pendant les 4 derniers mois de grossesse, pour l'accouchement et pendant les 12 jours qui suivent l'accouchement
- Les bénéficiaires de la C2S et de l'AME
- Les enfants hospitalisés dans les 30 jours suivant la naissance
- Les patients hospitalisés dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
- Les patients en HAD
- Les enfants handicapés de moins de 20 ans hébergés dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle
- Les bénéficiaires du régime Alsace Moselle
- Les titulaires d'une pension militaire

CHAPITRE VI

Le dossier patient

Le dossier patient est un ensemble de documents physiques ou informatisés qui retrace les épisodes concernant la santé du patient. Il contient des informations administratives, médicales et paramédicales.

Partie administrative

- Nom (nom de jeune fille), prénom, date de naissance
- Adresse
- Téléphones (fixe, portable, professionnel)
- Adresse mail
- Profession
- Numéro et caisse de sécurité sociale
- Mutuelle
- Nom du médecin traitant ou des médecins correspondants

Partie médicale

La partie médicale du dossier patient contient un historique comprenant :

- Les antécédents personnels, familiaux et chirurgicaux
- Les allergies
- Les traitements
- Les vaccinations
- Le groupe sanguin

Et une partie relatant des dates et motifs de consultation.

Le logiciel HelloDoc présente un outil, appelé MECA :

- - M : motif
- - E : examen
- - C : conclusion
- - A : Action

Partie paramédicale

La partie paramédicale du dossier patient contient tous les résultats d'examens, les courriers des divers correspondants, les comptes rendus d'hospitalisation...

La loi du 04 mars 2002 permet au patient d'avoir accès à son dossier ou d'en demander une copie mais en respectant une procédure : à savoir une demande écrite en recommandé avec accusé de réception, accompagnée d'une pièce d'identité ou un justificatif en cas de demande pour un membre de la famille, un mineur ou un majeur protégé.

L'établissement peut demander une participation financière pour les frais de copies et d'envoi. La communication doit être faite au plus tard dans les 8 jours suivant la demande. Si les informations remontent à plus de 5 ans, le délai est porté à 2 mois.

En 2004, le ministère de la santé a instauré un dossier médical informatisé reprenant toutes les données médicales du patient. Son but est d'améliorer la prise en charge du patient, et la coordination des soins. On l'appelle le Dossier Médical Partagé : DMP. Il est opérationnel depuis 2011.

Confidentiel et non obligatoire, le DMP est un carnet de santé numérique gratuit et sécurisé permettant à tout assuré de réunir ses données de santé en ligne et de les partager avec les professionnels de santé de son choix.

Il peut être créé par le patient en toute autonomie, ou auprès de sa caisse d'assurance maladie, ou auprès d'un professionnel de santé équipé de l'outil informatique nécessaire, directement sur le site www.mon-dmp.fr. La carte vitale est indispensable pour la création du DMP.

Il contient les informations telles que :

- Les pathologies et allergies éventuelles
 - Les antécédents
 - Les traitements et soins
 - Les comptes rendus d'hospitalisation et/ou de consultation
 - Les résultats d'examens (radios, analyses biologiques...)
 - Les données de remboursements de l'assurance maladie
- Et tout autre information permettant la prise en charge du patient (directives anticipées, les coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence...)

Les professionnels de santé peuvent ajouter tous types de documents jugés utiles dans le cadre de la prise en charge de leurs patients. Cependant, le patient en contrôle l'accès. A part lui, seuls les professionnels de santé autorisés peuvent le consulter.

Le médecin traitant de chaque patient dispose d'un accès privilégié au DMP de sa patientèle. Il a également la possibilité de compléter le volet de synthèse médicale, document rapidement accessible aux autres professionnels de santé.

Le DMP relève du secret médical. Seuls les professionnels de santé qui prennent en charge le patient ont accès à son DMP, en fonction de leur profession et de leur spécialité.

En cas d'urgence : tout médecin régulateur du SAMU peut accéder au DMP d'un patient. Si l'état du patient présente un risque immédiat pour sa santé, un professionnel de santé peut également y accéder. Cette situation est appelée « accès en mode bris de glace ». Ces accès ne seront possibles que si le patient n'y est pas opposé.

Annexe : logo DMP



CHAPITRE VII

Les documents rédigés par le médecin

Les principaux types de documents rédigés par le médecin.

- Les lettres
- Les certificats
- Les comptes rendus opératoires
- Les ordonnances

Lettres

Les lettres sont constituées par les courriers de liaison entre médecins, les courriers adressés au patient, les lettres de sorties d'hospitalisation et les expertises.

Elles sont rédigées sur papier à en-tête du médecin, et contiennent obligatoirement la date, le lieu et la signature du médecin.

Certificats

Les certificats sont la plupart du temps établis à la demande du patient. Il peut s'agir de certificat de dispense de sport, de présence à la consultation, de grossesse... Les certificats ne doivent pas mentionner de pathologie précise, une dispense d'activité ou une obligation de repos sera liée à l'état de santé du patient. Le certificat comporte toujours les mentions suivantes :

« *Je soussigné (Docteur xxx) certifie que (prénom et nom du patient)* »

Certificat établi à la demande de l'intéressé (lorsque le patient le demande) et remis en main propre (lorsque le certificat est remis au patient) pour faire valoir ce que de droit. »

Enfin, on ajoutera la date, le lieu et la signature du médecin.

Comptes rendus opératoires (CRO ou CROP)

Ils sont obligatoirement établis à l'issue de chaque intervention chirurgicale. Ils comprennent : Le

- Les nom, prénom et date de naissance du patient
- La date de l'intervention
- L'heure de l'intervention (heure de début et de fin) ou la durée
- Le type d'intervention et la cotation CCAM
- Le nom du chirurgien, de l'anesthésiste et des autres intervenants
- Le type d'anesthésie, le cas échéant
- Si matériel utilisé, les références aux fins de traçabilité
- Le déroulement de l'intervention
- La signature de l'opérateur

Ordonnances

Il existe 4 types d'ordonnances. Elles présentent toujours le nom et le prénom du médecin, sa spécialité, son secteur d'activité, son lieu d'exercice, les numéros à joindre en cas d'urgence, ses numéros d'identification : RPPS, AM ou FINESS, la date et la signature du médecin.

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

AM : Assurance Maladie, s'il exerce en libéral

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux, s'il est salarié de l'établissement

• Les ordonnances simples

Ce sont les ordonnances les plus répandues, rédigées par le médecin soit de façon manuscrite ou de façon informatique. En version numérique, il est possible d'utiliser la base de données des médicaments. Pour un traitement médicamenteux, les ordonnances indiquent le nom, et le prénom du patient, la date, le nom du médicament, la posologie et le mode d'emploi, la durée du traitement (Quantité Suffisante Pour : QSP ou nombre de renouvellements).

Mentions facultatives : âge (ou date de naissance), poids et taille.

La plupart du temps, ces ordonnances ont une validité d'un an.

• Les ordonnances bizonnes (Voir Annexe 15)

Elles sont réservées aux patients en ALD. Elles présentent deux zones permettant de distinguer les soins en rapport avec l'ALD (partie supérieure) et les soins sans rapport avec l'ALD (partie inférieure).

• Les ordonnances sécurisées ou infalsifiables

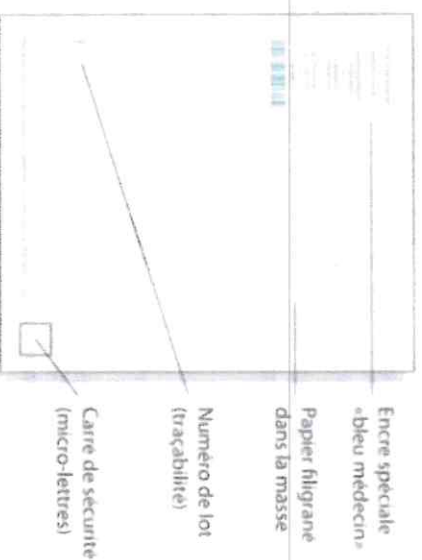
Elles sont réservées à la prescription de substances spécifiques telles que les stupéfiants.

Ces ordonnances répondent à des spécifications techniques précises (papier filigrané blanc sans azurant optique, mentions pré-imprimées en bleu azoté).

Doivent figurer en toutes lettres sur cette ordonnance : le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises, et le dosage des spécialités. Dans le carré de sécurité, le prescripteur devra indiquer le nombre de spécialités prescrites. Ces médicaments sont prescrits sur une ordonnance sécurisée afin de pouvoir en contrôler la délivrance à la pharmacie.

Sa durée de validité est généralement très courte environ 3 jours.

Caractéristiques de l'ordonnance protégée



Les ordonnances de médicaments d'exception

Cette prescription concerne les médicaments dont la délivrance est soumise à des règles strictes, en raison de leur coût élevé ou des indications thérapeutiques qui doivent être scrupuleusement respectées.

Pour qu'un médicament d'exception soit pris en charge par l'Assurance Maladie, il doit être prescrit sur le certifié « ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception qui comprend 4 volets : (Voir Annexe 16)

- o Volet 1 à conserver par le patient
- o Volets 2 & 3 adressés à l'Assurance Maladie en vue du remboursement et un des deux volets sera transmis au contrôle médical
- o Volet 4 à garder et à archiver par le pharmacien ou le fournisseur

Pour connaître le taux de remboursement des médicaments, voir Annexe 4 : Tableau « Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie ».

CHAPITRE VIII

Les différents imprimés de la sécurité sociale

Les caisses d'assurance maladie fournissent divers imprimés, appelés Certifié, à l'attention des médecins. Certains sont nominatifs comme la feuille de soins, l'avis d'arrêt de travail, d'autres sont vierges comme la prescription médicale de transport, la demande d'accord préalable. L'informatisation des cabinets médicaux permet de plus en plus de dématérialiser ces imprimés et d'effectuer des télé-services tels que l'avis d'arrêt de travail, le certificat médical d'accident du travail et de maladie professionnelle, le protocole de soins, la prescription médicale de transport, la demande d'accord préalable, à l'aide de la carte vitale du patient.

La feuille de soins – cf. annexe 2

Document établi par le professionnel de santé afin que le patient soit remboursé de ses frais de santé.

La feuille de soins du médecin se complète différemment selon la situation :

Le patient règle les honoraires : le médecin complète uniquement le nom et prénom de la personne recevant les soins, les conditions de prise en charge des soins, les actes effectués, le paiement. Il signe et remet la FS au patient qui devra compléter celle-ci et l'adresser à sa caisse d'Assurance Maladie pour remboursement.

Le patient bénéficie du tiers payant : le médecin complète l'ensemble des rubriques de la FS : la personne recevant les soins et assuré (e) y compris le code de l'organisme de rattachement, les conditions de prise en charge des soins, les actes effectués, le paiement. En fonction du tiers payant qui est appliqué, il convient de cocher la ou les case (s) suivantes : « l'assuré (e) n'a pas payé la part obligatoire », « l'assuré (e) n'a pas payé la part complémentaire ».

Le médecin signe et fait signer le patient, et adresse la FS à la caisse d'Assurance Maladie du patient afin de se faire rembourser.

La prescription médicale de transport – cf. annexe 5

Document établi pour la prise en charge des transports par l'Assurance Maladie.

Il appartient au médecin de prescrire au patient, dans le respect du référentiel de prescription des transports, le mode de transport le mieux adapté à son état de santé, et à son niveau d'autonomie.

Il existe différents types de transports pris en charge par l'assurance maladie :

- Les transports sanitaires :
 - L'ambulance : transport médicalement prescrit en position allongée ou nécessitant une surveillance constante. L'équipage est constitué de deux personnes dont l'une est obligatoirement titulaire du Certificat d'Aptitude Ambulancier (CAA), l'autre soit du PSCI, soit du CAA.
- Le VSL (Véhicule Sanitaire Léger) : transport médicalement prescrit en position assise avec nécessité d'assistance. Le conducteur doit être titulaire du certificat de Prévention et Secours Civique de niveau I (PSCI1). Il fait partie du TAP : Transport Assis Professionnalisé.
- Taxi conventionné : transport en position assise avec facilité d'accès au véhicule lorsque l'état de santé du malade ne permet pas d'emprunter un transport en commun. Les taxis doivent passer une convention avec la CPAM. Il fait partie du TAP : Transport Assis Professionnalisé).
- Les transports non sanitaires :
 - Voiture particulière : le malade peut se déplacer lui-même ou est accompagné par une personne de son entourage. Il sera remboursé sur la base des kilomètres effectués et le carburant déposé.
 - Transports en commun : le malade peut se déplacer et accéder aisément aux transports en commun (métro, bus...). On lui remboursera son titre de transport.

Les situations permettant la prise en charge du transport par l'Assurance Maladie :

- Hospitalisation complète, partielle ou ambulatoire
- Soins ou traitements en rapport avec une ALD avec déficience ou incapacité
- Soins ou traitements en rapport avec un AT/MP
- Nécessité d'être allongé ou sous surveillance constante
- Convocation du service médical de l'Assurance Maladie
- Rendez-vous chez un fournisseur d'appareillage agréé
- Accompagnement d'un enfant de - de 16 ans ou une personne dont l'état de santé nécessite l'assistance d'un tiers
- Certains transports inter-établissements

Cet imprimé est composé de 2 volets : Le 1^{er} volet est à adresser au service médical de l'Assurance Maladie et le 2^{ème} volet à l'organisme d'Assurance Maladie pour remboursement avec les justificatifs nécessaires.

Les frais de transport pris en charge par l'Assurance Maladie sont, en règle générale, remboursés à 65%. Voir Annexe 4 : *Tableau « Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie »*

La demande d'accord préalable valant prescription médicale – cf. annexe 6

Document établi lorsque l'accord préalable de l'Assurance Maladie est nécessaire pour la prise en charge de certains transports.

Les situations nécessitant l'accord préalable de l'assurance maladie sont :

- Les transports de longue distance : plus de 150 km aller
- Les transports en avion ou en bateau de ligne régulière (billet 2^{ème} classe)
- Les transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de 2 mois au titre d'un même traitement)
- Les transports liés aux soins ou traitements dans les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMP/P) pour les enfants ou adolescents.

Cet imprimé est composé de 3 volets : le 1^{er} et le 2^{ème} sont à adresser au service médical de l'Assurance Maladie (le 2^{ème} est pour l'administratif). Le 3^{ème} est à adresser à l'Assurance Maladie pour remboursement avec les justificatifs nécessaires.

La non-réponse de l'organisme dans un délai de 15 jours vaut pour accord.

La demande de remboursement des frais de transport pour motif médical en véhicule personnel et/ou en transports en commun – cf. annexe 7

Document permettant au patient d'être remboursé de son transport en véhicule personnel et/ou en transports en commun par l'assurance maladie si son état le justifie et à certaines conditions. Il doit adresser cette demande accompagnée de la prescription médicale de transport ou de la demande d'accord préalable valant prescription médicale et des justificatifs de dépenses.

Cet imprimé peut être remis au patient ou est disponible dans les organismes d'Assurance Maladie ou sur le site ami.fr à la rubrique « formulaires » de l'espace « assurés ».

Le patient peut également demander le remboursement de ses frais de transports médicaux en ligne (Mes Remboursements Simplifiés) en se connectant à : <https://www.mrs.beta.gouv.fr>

La demande d'accord préalable – cf. annexe 8

Document établi quand l'accord préalable de l'Assurance Maladie est requis pour la prise en charge de certains actes et traitements.

Cette demande est nécessaire pour :

- Les traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF)
- Les actes de masso-kinésithérapie dans le cadre des situations de rééducation soumise à référentiel
- Certains examens et analyses de laboratoire
- Certains médicaments hypcholestérolémiants
- Certains appareillages médicaux

C'est le professionnel de santé qui informera le patient de la nécessité d'effectuer une DAP. Il est composé de 2 volets à adresser au médecin conseil de l'Assurance Maladie.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le professionnel de santé dispense l'acte. Il doit toutefois établir une DAP en y indiquant la mention « Acte d'urgence ».

La non-réponse de l'organisme dans un délai de 15 jours vaut pour accord.

Protocole de soins – cf. annexe 9

Document établi lorsque le patient est atteint d'une ALD.

Le médecin y note le diagnostic précis avec date de début de l'affection, les critères diagnostiques et le plan de soins prévu.

Lorsque l'ALD est accordée par le médecin conseil de l'Assurance Maladie, c'est pour une durée de 5 ans. A l'issue de cette date, on peut demander le renouvellement mais dans le cas de pathologie à vie, le renouvellement sera automatique (par exemple : diabète, HTA, insuffisance cardiaque...).

Cet imprimé est composé de 4 volets : tous sont à adresser au service médical de l'Assurance Maladie. Après avis de ce dernier, le 1^{er} volet est conservé par le service médical, le 2^{ème} et 3^{ème} sont renvoyés au médecin qui remet le volet 3 au patient (volet attestant la prise en charge à 100% auprès des professionnels de santé).

Le 4^{ème} volet permet la rémunération du protocole de soins.

L'arrêt de travail – cf. annexe 10

Document établi lorsqu'il y a un arrêt de travail supérieur à 3 jours.

Il peut être initial (1^{ère} consultation) ou de prolongation.

Le médecin remplit la partie « renseignements médicaux »

Le patient remplit la partie le concernant (l'assuré (e) et l'employeur).

Il est composé de 3 volets remis au patient : les 1^{er} et 2^{ème} qu'il adressera au médecin conseil de sa caisse d'Assurance Maladie. Et il adressera le 3^{ème} volet à son employeur ou au Pôle emploi dans les 2 jours suivant la date d'interruption du travail.

Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle – cf. annexe 11

Document établi lorsqu'il y a AT/MP et permettant à la victime de bénéficier du tiers payant, dans la limite des tarifs conventionnels.

Lorsqu'il y a accident de travail, l'employeur remet à la victime cet imprimé et établit parallèlement une déclaration d'accident du travail. Et lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée, c'est la caisse d'Assurance Maladie qui remet cet imprimé à la victime.

Cet imprimé est conservé par la victime et doit être présenté systématiquement au praticien qui dispense les soins, à l'auxiliaire médical, au biologiste, au pharmacien ou au fournisseur. Ces derniers doivent y annoter les actes réalisés en page 2 du document : récapitulatif des soins et fournitures.

Le praticien doit parallèlement établir et adresser sa feuille de soins (ou facture) à l'organisme gestionnaire de l'accident ou de la maladie pour remboursement.

A la fin des soins, le patient adressera ce document à sa Caisse d'Assurance Maladie.

Certificat médical d'accident du travail ou de maladie professionnelle – cf. annexe 12

Document permettant au médecin de faire les constatations détaillées, ainsi que les conséquences et les conclusions d'un AT/MP.

Cet imprimé est délivré et complété par le médecin à l'aide des informations fournies par le patient et éventuellement après avoir pris connaissance de la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Il peut être initial, de prolongation, final ou de rechute.

Il comporte 3 parties :

- Renseignements concernant l'assuré
- Renseignements concernant l'employeur
- Renseignements médicaux (constatations détaillées, conséquences et conclusions)

Cet imprimé est composé de 4 volets : le 1^{er} et le 2^{ème} sont à adresser par le praticien au médecin conseil de la caisse d'Assurance Maladie. Le 3^{ème} volet est conservé par le patient.

En cas d'arrêt de travail, le 4^{ème} volet « certificat d'arrêt de travail » est remis au patient qui devra l'adresser à l'employeur ou au Pôle Emploi dans les 2 jours suivant la date d'interruption du travail.

Tous ces différents imprimés doivent comporter l'identité et la signature du professionnel de santé, ainsi que la date d'établissement.

Annexe II : La feuille de soins (et sa notice)

- Zone 1 : identification du patient et de l'assuré (e)
- Zone 2 : identification du médecin
- Zone 3 : conditions de prise en charge
- Zone 4 : date, nature et montant de l'acte
- Zone 5 : montant total, renseignements sur le paiement de la part obligatoire et de la part complémentaire
- Zone 6 : signature du médecin et du patient

Annexe V : La prescription médicale de transport (et sa notice)

- Zone 1 : identification du patient et de l'assuré (e)
- Zone 2 : situation du patient
- Zone 3 : mode de transport
- Zone 4 : trajet précis
- Zone 5 : éléments d'ordre médical avec le motif de déplacement et la justification du mode de transport choisi
- Zone 6 : identification du médecin, date, signature
- Zone 7 : identification du patient et adresse
- Zone 8 : à remplir par le transporteur

Annexe VI : La demande d'Accord Préable pour les transports (et sa notice)

Annexe VII : La demande de remboursement des frais de transport, pour motif médical en véhicule personnel (et sa notice)

Annexe VIII : La demande d'Accord Préable (et sa notice)

Annexe IX : Le protocole de soins (et ses notices)

- Zone 1 : identification du patient et de l'assuré (e)
- Zone 2 : diagnostic justifiant la demande pour une ALD sur liste et date de début
- Zone 3 : diagnostic justifiant la demande pour une autre ALD et date de début
- Zone 4 : déclaration argumentée dans le cadre d'une autre ALD (diagnostic précis, arguments cliniques, résultats examens complémentaires et plan de soins)
- Zone 5 : observations du médecin conseil et cachet du service médical
- Zone 6 : identification du médecin, date et signature

Annexe X : L'avis d'arrêt de travail (et sa notice)

- Zone 1 : avis initial ou de prolongation de l'AT
- Zone 2 : renseignements concernant l'assuré (e)
- Zone 3 : coordonnées de l'employeur
- Zone 4 : renseignements médicaux : nom du patient, durée de l'AT, sorties, élément d'ordre médical
- Zone 5 : identification du médecin, date et signature du médecin

Annexe XI : La feuille d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP)

Page 1

- Zone 1 : identification de l'organisme gestion de l'accident ou de la maladie dont dépend le patient
- Zone 2 : identification de la victime
- Zone 3 : identification de l'employeur
- Zone 4 : date de l'AT ou de la MP, nature et siège des lésions, date de l'AT/MP
- Zone 5 : demande de renouvellement de la feuille de récapitulatif des soins

Page 2

- Zone 6 : récapitulatif des soins à remplir par les professionnels de santé dans le cadre de l'AT/MP (date, nature de l'acte effectué, montant des honoraires, signature et cachet)

Annexe XII : Le certificat médical de l'accident de Travail ou de la Maladie Professionnelle (et sa notice)

- Zone 1 : certificat initial, de prolongation, final ou de rechute
- Zone 2 : identification du patient
- Zone 3 : identification de l'employeur
- Zone 4 : renseignements médicaux (siège des lésions, nature, conséquences, durée de l'arrêt de travail, sorties, éléments d'ordre médical, conclusions)
- Zone 7 : identification du médecin, date, et signature du médecin.

CHAPITRE IX

Le dossier hospitalier

Le dossier d'hospitalisation regroupe les mêmes informations que le dossier patient (vu au chapitre V1) sur le plan administratif.

C'est-à-dire :

- ☒ Nom (Nom de jeune fille), prénom, date de naissance
- ☒ Adresse, téléphones & mail
- ☒ Informations concernant la couverture sociale (caisse de sécurité sociale et mutuelle)
- ☒ Profession
- ☒ Nom du médecin traitant et des médecins correspondants

Sur le plan médical :

- ☒ Le groupe sanguin
- ☒ Les antécédents personnels, familiaux et chirurgicaux
- ☒ Les allergies
- ☒ Les vaccinations
- ☒ Les traitements en cours
- ☒ Le motif de l'hospitalisation

Il faut noter que la plupart des logiciels de gestion des cabinets médicaux intègre une fonction permettant de réaliser le résumé du dossier du patient.

A ces informations, vont s'ajouter tous les éléments concernant l'hospitalisation tels que :

- ☒ Bilan biologique
- ☒ Imagerie (scanner, IRM...)
- ☒ Feuille de suivi de température, tension artérielle...
- ☒ CROP
- ☒ Compte rendu anatomo-pathologique

Cette liste n'est pas exhaustive, tous les documents référencés dans le dossier hospitalier doivent permettre de garder une trace complète du séjour du patient. Ce dossier est aujourd'hui très souvent en tout ou partie informatisée.

Passport d'hospitalisation

Lors de la programmation d'une hospitalisation, un passport est généralement remis au patient comprenant un certain nombre de documents. Le patient doit en prendre connaissance et effectuer les démarches nécessaires à son hospitalisation.

Liste non exhaustive des documents composant le passport d'hospitalisation :

- ☒ Le livret d'accueil de la structure
- ☒ La charte du patient hospitalisé
- ☒ Le plan de l'établissement
- ☒ Les directives anticipées
- ☒ Le bulletin d'admission
- ☒ Si anesthésie, le questionnaire pré-anesthésique

- ☒ La conduite à tenir (en pré-op par ex)
- ☒ Les résultats d'examen à ramener
- ☒ Le devis en cas de dépassement d'honoraires
- ☒ Le consentement du dépassement d'honoraires
- ☒ Le ou les ordonnance(s)
- ☒ **La désignation de la personne de confiance (voir annexe 13)**
- ☒ **Le consentement éclairé (voir annexe 14)**
- ☒ La personne à prévenir en cas d'urgence
- ☒ L'autorisation parentale pour les mineurs ou du tuteur pour les majeurs sous tutelle
- ☒ La demande de chambre individuelle
- ☒ Les tarifs des suppléments

La désignation de la personne de confiance

Conformément à la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades, le patient peut désigner la personne qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

C'est un droit qui est proposé au patient, mais ce n'est pas une obligation : il est libre de ne pas désigner une personne de confiance. Attention, la personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir en cas d'urgence.

Le consentement éclairé

La loi du 4 mars 2002 dit qu'aucun acte médical ou traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient.

En effet, le patient doit disposer de tous les éléments nécessaires à la compréhension de sa situation médicale personnelle pour pouvoir donner, de manière libre et éclairée, son consentement aux actes médicaux qui lui sont proposés.

Ce document permet ainsi au patient de certifier avoir pris connaissance des informations concernant l'acte qui sera réalisé par le médecin en date du. Après cette déclaration, le patient doit dater et signer le consentement qu'il remettra à l'entrée de son hospitalisation.

Ces deux documents sont à conserver dans le dossier médical du patient.

Le patient peut effectuer ses formalités d'admission au bureau des entrées (admissions) de l'établissement ou directement en ligne sur le site de l'établissement de santé. Les documents indispensables à la prise en charge administrative du patient :

- ☒ Une pièce d'identité
- ☒ La carte vitale ou l'attestation de droits
- ☒ La carte de mutuelle

Dans le cadre de l'hospitalisation, le patient est pris en charge à 80% par l'Assurance Maladie Obligatoire (100% dans certaines situations). Voir Annexe 4 : Tableau « Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie ».

A noter que pour la période d'hospitalisation, un bulletin de situation (d'hospitalisation) est remis au patient. Ce document fait office de justificatif d'arrêt de travail.

CHAPITRE X Le PMSI

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

Le PMSI est un dispositif que l'on trouve au sein de chaque établissement de santé : hôpital, clinique, établissement de Soins de Suite et de Réadaptation...

Un service, piloté par un médecin et composé de TIM, est dédié au fonctionnement de ce dispositif, c'est le DIM.

L'objectif est de définir l'activité de l'établissement afin d'obtenir l'allocation budgétaire de l'ARS.

Le dossier hospitalier de chaque patient passe par le service du DIM qui s'occupe de la facturation des établissements de santé.

Circuit de l'information médicale dans les établissements de Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO)

Dans le cadre de l'hospitalisation, à chaque fin de séjour, le médecin responsable de l'hospitalisation établit des résumés de séjours pour chacun de ses patients. Ces résumés sont appelés des RUM. Ces derniers sont transmis au DIM qui s'occupe d'adresser les factures à l'Assurance Maladie.

Pour ce faire, le DIM recueille, code et réalise un groupage des informations :

Les TIM synthétisent les RUM en RSS.

Les RSS sont ensuite anonymisés et deviennent alors des RSA. Ils sont dès lors susceptibles d'être transmis à l'ARS qui peut effectuer un tirage au sort pour pratiquer un contrôle de l'activité de l'établissement.

En parallèle, les RSS sont classés dans des GHM et chaque GHM est traduit en GHS (donc en €) afin d'affecter un tarif au séjour. Les factures sont ensuite transmises à l'Assurance Maladie.

À travers le PMSI, les établissements sont donc payés en fonction de leur réelle activité, c'est-à-dire selon le principe de la T2A.

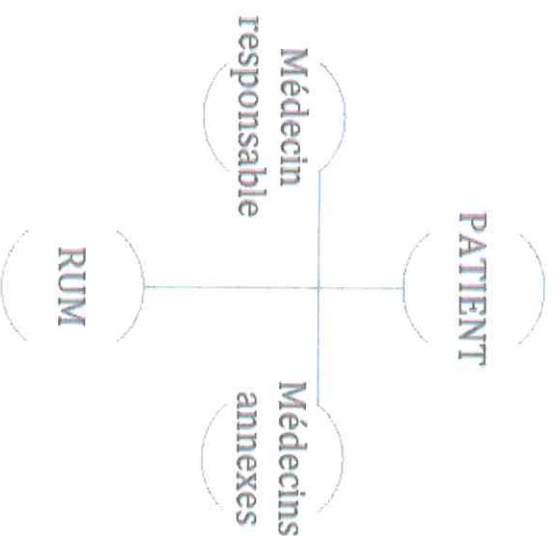
Les nomenclatures utilisées dans ce cadre sont la CIM-10 « Classification Internationale des Maladies » 10^{ème} révision, répertoire des diagnostics qui est éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé, et la CCAM « Classification Commune des Actes Médicaux », répertoire des actes techniques.

Acronymes :

- DIM : Département de l'Information Médicale
- TIM : Technicien de l'Information Médicale
- ARS : Agence Régionale de Santé
- RUM : Résumé d'Unité Médicale
- RSS : Résumé de Sortie Standardisé
- RSA : Résumé de Sortie Anonyme
- GHM : Groupe Homogène de Malades
- GHS : Groupe Homogène de séjours
- T2A : Tarification A l'Activité

A noter que si un médecin doit réaliser une consultation dans le cadre de l'hospitalisation et qu'il n'est pas à l'origine de cette hospitalisation, les modalités de facturation diffèrent mais l'information est transmise au DIM qui adresse la facture à l'Assurance Maladie.

PMSI



CHAPITRE XI

La carte vitale

La carte vitale est une carte à puce permettant de justifier les droits de son titulaire. La première version date de 1998, et depuis 2007, elle affiche la photographie du titulaire.

Elle assure l'identification numérique de l'assuré social, et ne contient pas d'informations médicales.

Elle permet de :

- Créer, actualiser le dossier patient
- Réaliser des FSE (Feuilles de Soins Électroniques) c'est à dire une feuille de soins dématérialisée. Dès lors, les remboursements sont plus rapides. Les caisses remboursent en général dans les 5 jours suivant la télétransmission.
- Accéder à l'historique des remboursements des soins médicaux, avec l'accord du patient
- Bénéficier des télé-services (ex : déclaration simplifiée de grossesse, déclaration du médecin traitant...)
- Créer, gérer le DMP

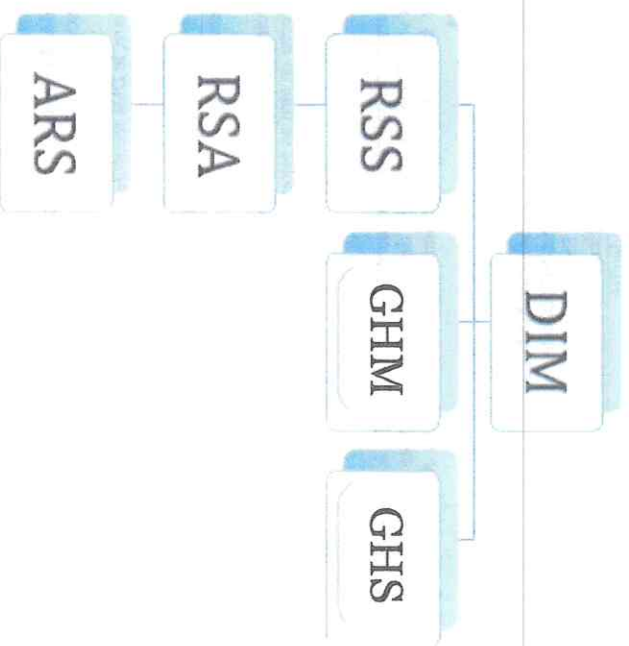
Un équipement informatique et une connexion internet sont nécessaires pour l'utilisation des cartes vitales, et le médecin doit notamment posséder une carte professionnelle de santé appelée CPS. C'est une carte sécurisée par un code à 4 chiffres. La présence simultanée de la carte vitale et de la carte CPS permet d'authentifier et de sécuriser l'échange entre le patient et le professionnel de santé. Il est également possible d'utiliser une Carte de Personnel d'Établissement (CPE).

Le système SESAM-VITALE (Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie) est le programme de dématérialisation des feuilles de soins permettant d'effectuer la télétransmission. Ce système permet d'effectuer la télétransmission de façon différente :

- Mode sécurisé : avec la CPS et la carte vitale
- Mode désynchronisé : avec la CPS d'un autre médecin ou la CPE et la carte vitale. Attention avec ce mode, il convient avant la télétransmission de rattachier les factures au bon médecin.
- Mode dégradé : avec la CPS sans la carte vitale (très utilisé pour la téléconsultation). Il convient d'adresser à l'Assurance Maladie la FS en version papier et le bordereau de télétransmission.

Pour réaliser une télétransmission, il convient de choisir la fonction « mise en lots et télétransmission » ou « télétransmission ». Le logiciel effectue des groupements en lots des FSE selon les caisses destinataires. Les caisses en retour renvoient un Accusé de Réception Logique, appelé ARL positif. Une fois les factures traitées, les médecins reçoivent un flux électronique, appelé retour NOEMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) ou RSP (Rejet, Signalment, Paiement) leur permettant de pointer les différents paiements.

À noter en cas d'ARL négatif ou d'absence d'ARL, il convient de procéder à une nouvelle télétransmission.



Annexe : image carte vitale avec logo DMP



La gestion des honoraires

Il appartient souvent à la secrétaire médicale de gérer la comptabilité du cabinet dans un registre.

Ce rôle consiste à encaisser les honoraires puis à établir un document relatant les encaissements quotidiens. Ce document peut être intégré dans le logiciel de gestion du cabinet, dans un tableur à part entière type Excel ou sous forme matérielle dans un registre aussi appelé journal d'activités.

Ce journal répertorie les encaissements journaliers, et comporte de façon générale l'identité du patient, l'acte effectué, le montant et le mode de règlement.

En ce qui concerne les bénéficiaires du tiers payant (C2S, AME...), le journal permettra le pointage des paiements à l'aide du retour NOEMIE.

Ce retour permettra de pointer tous les virements effectués par l'Assurance Maladie (consultation au cabinet, dans le cadre d'une hospitalisation : les consultations et actes effectués par le médecin, le paiement de la ROSP et du forfait structure...)

L'enregistrement des encaissements doit se faire au jour du virement par l'organisme payeur.

