

# Formation secrétaire médical : support de cours



## Unité 6 : Secrétariat médical



VIDAL FORMATION DEVELOPPEMENT  
23 rue Gabriel Péri  
31000 TOULOUSE

## Table des matières

CHAPITRE I	2
1.1 Le dossier patient	2
2.1 Partie administrative	2
3.1 Partie médicale	2
4.1 Partie paramédicale	2
CHAPITRE II	4
5.1 Les différents imprimés de la sécurité sociale	4
6.1 La feuille de soins	4
7.1 La prescription médicale de transport	4
8.1 Les transports sanitaires	4
9.1 Les transports non sanitaires	5
10.1 La demande d'accord préalable valant prescription médicale	5
11.1 La demande de remboursement des frais de transport pour motif médical en véhicule personnel et/ou en transports en commun	6
12.1 La demande d'accord préalable	6
13.1 L'arrêt de travail	6
14.1 Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle	6
15.1 Certificat médical d'accident du travail ou de maladie professionnelle	7
16.1 Documents établis ou remplis au cabinet médical	7

# CHAPITRE I

---

## **1.1 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.

### **2.1 Partie administrative**

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

### **3.1 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.

Une autre partie retrace les dates et motifs de consultation.

Le logiciel Hellocod présente un outil, appelé MECA :

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

### **4.1 Partie paramédicale**

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

La loi du 4 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 d'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 copie 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, 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](http://www.mon-dmp.fr). La carte vitale est indispensable pour la création du DMP.

Il contient des 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'examen (radios, analyses biologiques...) ;
- les données de remboursements de l'Assurance Maladie.

On y retrouve également toute autre information permettant la prise en charge du patient (directives anticipées, coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence, etc.).

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. À 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 sont possibles que si le patient n'y est pas opposé.

## CHAPITRE II

### 5.1 Les différents imprimés de la sécurité sociale

Les caisses d'assurance maladie fournissent divers imprimés, appelés Cerfa, à l'attention des médecins. Certains sont nominatifs, comme la feuille de soins ou l'avis d'arrêt de travail, et d'autres sont vierges, comme la prescription médicale de transport ou la demande d'accord préalable. L'informatisation des cabinets médicaux permet de plus en plus de dématérialiser ces imprimés et d'effectuer des téléservices 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 et la demande d'accord préalable, à l'aide de la carte vitale du patient.

### 6.1 La feuille de soins

Document établi par le professionnel de santé afin que le patient soit remboursé de ses frais de santé, (cf. annexe 2) 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 et le paiement. Il signe et remet la FS au patient qui devra la compléter 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 assurée, (y compris le code de l'organisme de rattachement), les conditions de prise en charge des soins, les actes effectués et 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 puis adresse la FS à la caisse d'assurance maladie du patient afin qu'il se fasse rembourser.

### 7.1 La prescription médicale de transport

La prescription médicale de transport est un document établi pour la prise en charge des transports par l'Assurance maladie (cf. annexe 5).

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.

### 8.1 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) et l'autre soit du certificat de prévention et secours civique de niveau 1 (PSC1), soit du CAA.
- **Le VSL (véhicule sanitaire léger)** : transport médicalement prescrit en position assise avec nécessité d'assistance. Le conducteur doit être titulaire du PSC1. 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.

### **9.1 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 du carburant dépensé.
- **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 moins de 16 ans** ou d'une personne dont l'état de santé nécessite l'assistance d'un tiers.
- Certains transports interétablissements.

Cet imprimé est composé de deux volets : le premier est à adresser au service médical de l'Assurance maladie et le deuxième 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 %. (cf. annexe 4 : tableau « Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance maladie ».)

### **10.1 La demande d'accord préalable valant prescription médicale**

Ce document est établi lorsque l'accord préalable de l'Assurance maladie est nécessaire pour la prise en charge de certains transports (cf. annexe 6).

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 seconde 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 (CMPP) pour les enfants ou adolescents.

Cet imprimé est composé de 3 volets : le premier et le deuxième sont à adresser au service médical de l'Assurance maladie (le deuxième est pour l'administratif). Le troisième 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.

### **11.1 La demande de remboursement des frais de transport pour motif médical en véhicule personnel et/ou en transports en commun**

Ce document permet 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 (cf. annexe 7). Le patient 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 et sur le site [ameli.fr](https://www.ameli.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>.

### **12.1 La demande d'accord préalable**

Ce document est établi quand l'accord préalable de l'Assurance maladie est requis pour la prise en charge de certains actes et traitements (cf. annexe 8).

Cette demande est nécessaire pour :

- les traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF) ;
- les actes de masso-kinésithérapie dans le cadre des situations de rééducation soumises à référentiel ;
- certains examens et analyses de laboratoire ;
- certains médicaments hypocholestérolémiants ;
- certains appareillages médicaux.

C'est le professionnel de santé qui informera le patient de la nécessité d'effectuer une DAP. Elle est composée 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.

### **13.1 L'arrêt de travail**

Document établi lorsqu'il y a un arrêt de travail supérieur à 3 jours (cf. annexe 10).

Il peut être initial (première 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 premier et deuxième qu'il adressera au médecin conseil de sa caisse d'assurance maladie et le troisième qu'il fournira à son employeur ou au Pôle emploi dans les 2 jours suivant la date d'interruption du travail.

### **14.1 Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle**

Document établi lorsqu'il y a AT/MP (cf. annexe 11) 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 cet imprimé à la victime et établit

parallèlement une déclaration d'accident du travail. Lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée, c'est la caisse d'assurance maladie qui remet cet imprimé à la victime.

L'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 noter 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.

À la fin des soins, le patient adressera ce document à sa caisse d'assurance maladie.

### **15.1 Certificat médical d'accident du travail ou de maladie professionnelle**

Ce document permet au médecin de consigner les constatations détaillées, ainsi que les conséquences et les conclusions d'un AT/MP (cf. annexe 12).

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).

Le certificat médical est composé de 4 volets : le premier et le deuxième sont à adresser par le praticien au médecin conseil de la caisse d'Assurance maladie et le troisième est conservé par le patient. En cas d'arrêt de travail, le quatrième 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.

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

### **16.1 Documents établis ou remplis au cabinet médical**

Annexe 5 – 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 6 – La demande d'accord préalable pour les transports (et sa notice)

Annexe 7 – La demande de remboursement des frais de transport pour motif médical en véhicule personnel (et sa notice)



Annexe 8 – La demande d'accord préalable (et sa notice)

Annexe 10 – 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, éléments d'ordre médical) ;
- zone 5 : identification du médecin, date et signature du médecin.

Annexe 11 – La feuille d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) :

- page 1
  - zone 1 : identification de l'organisme gestionnaire 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 ;
  - zone 5 : demande de renouvellement de la feuille du 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).