

Vous accompagner...

L'installation

**médecins spécialistes
en médecine générale**



❖ Votre parcours d'installation

Rendez-vous
d'installation avec un
conseiller
Professionnel de
Santé

Jour J

Lors de votre installation et à votre demande

Rendez-vous téléphonique ou physique
avec un conseiller informatique et services

Visite d'un délégué de
l'Assurance Maladie

J + 1 à 3 mois

J + 1 à 6 mois

Suivi par le service
Prescripteurs sur les
transmissions de factures

J + 1 mois : envoi d'un courrier

J + 6 mois : appels téléphoniques

Echange avec un Praticien Conseil

Selon votre demande: rencontre
possible avec un Praticien Conseil

❖ JOUR J : Rendez-vous avec un conseiller relations avec les PS

L'ASSURANCE MALADIE

- [Notre rôle](#)
- [Vos interlocuteurs](#)
- [Vos autres interlocuteurs](#)

LA CONVENTION MEDICALE

- [Choix du conventionnement et du secteur d'activité](#)
- [Contrat d'aide à l'installation des médecins](#)
- [Contrat de solidarité territoriale médecin](#)
- [Contrat de stabilisation et de coordination des médecins](#)
- [Contrat de transition pour les médecins](#)
- [Votre protection sociale](#)
- [Vos cotisations sociales](#)

POUR BIEN DEMARRER VOTRE ACTIVITE

- [La facturation de vos actes](#)
- [La classification commune des actes médicaux](#)
- [La ROSP](#)
- [Le forfait patientèle](#)
- [Le forfait structure](#)
- [Le parcours de soins](#)
- [La permanence de soins](#)
- [Le retour d'informations sur votre activité](#)
- [Quelques conseils pratiques](#)
- L'équipement informatique
- La télétransmission
- Les téléservices

VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- **Situation médico-administrative du patient**
- [La CMUC](#)
- Aide Médicale d'État
- Aide pour une complémentaire santé
- Affection de longue durée
- Prévention de la Désinsertion Professionnelle – Invalidité

- **Prescription**
- Recommandations de la Haute Autorité de Santé
- La prescription de certains médicaments hypocholestérolémiants
- Les fiches repères
- La Démarche de Soins Infirmiers (DSI)
- Les programmes de prévention



NOTRE RÔLE

Nos valeurs :

- ▶ **Solidarité** : garantir à chaque assuré social, selon ses besoins, des soins utiles nécessitant une prise en charge par un système obligatoire, solidaire et universel.
- ▶ **Egalité d'accès aux soins** : garantir l'accès aux soins pour tous à un coût individuel et collectif acceptable.

Nos missions :

- ▶ Maîtriser l'évolution des dépenses,
- ▶ Simplifier les démarches des assurés, des professionnels de santé et des employeurs.



NOTRE RÔLE

- ▶ L'Assurance Maladie, en tant qu'**Assureur en santé solidaire**, poursuit une politique visant à garantir l'accès aux soins pour tous à un coût individuel et collectif acceptable.
- ▶ Elle assume une double mission :
 - Maîtriser l'évolution des dépenses tout en améliorant l'état de santé de la population,
 - Simplifier les démarches des assurés, des professionnels de santé et des employeurs.
- ▶ L'Assurance Maladie développe une politique de prévention et d'accompagnement des pathologies lourdes.
- ▶ Pour favoriser l'accès aux soins sur tout le territoire, elle agit sur l'offre de soins et déploie des dispositifs d'aide à la complémentaire santé.
- ▶ Elle met à disposition des assurés les tarifs pratiqués pour faciliter leur orientation dans le parcours de soins.
- ▶ Pour simplifier les démarches, l'Assurance Maladie propose des services en ligne, accompagne les assurés et les professionnels de santé à des moments clés de leur vie personnelle ou professionnelle et étend son offre multi canal pour répondre aux sollicitations de ces différents publics.

Cette politique s'appuie sur un partenariat renforcé avec les professionnels de santé.

Elle favorise le recours au juste soin au meilleur prix, notamment par la mise à disposition de référentiels de prescriptions et de consommation de soins.

En parallèle, elle mène activement auprès des assurés une lutte contre la fraude et les abus.



VOS INTERLOCUTEURS DE LA CPAM

1. Des services spécialisés au sein des caisses primaires

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) disposent de services spécialisés pour l'accueil et les relations avec les professionnels de santé :

- ▶ La Plateforme téléphonique dédiée aux Professionnels de Santé
- ▶ Le Service des Relations avec les Professionnels de Santé (RPS)
- ▶ Les Délégués de l'Assurance Maladie (DAM)
- ▶ Le Service Prescripteurs
- ▶ Les Conseillers Informatique et Services (CIS)
- ▶ Le Service Médical
- ▶ Le Service Social
- ▶ Le Médiateur

Pour contacter la CPAM de la Vendée : un numéro dédié aux professionnels de santé

☎ 0 811 709 098 (service 0,06€/min + prix d'un appel local)

2. Le partenariat avec les autres organismes

- ▶ L'Agence Régionale de la Santé (ARS)
- ▶ Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM)
- ▶ Les médecins facilitateurs vendéens de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML)
- ▶ L'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF)
- ▶ La Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français (CARMF)
- ▶ L'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP)
- ▶ L'Assurance Maladie des Indépendants libéraux (ex-RSI)
- ▶ L'Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS 85)



VOS INTERLOCUTEURS 1/2

▶ La plateforme téléphonique dédiée aux Professionnels de Santé (PFS)

Ce service vous accompagne et vous apporte les premières informations nécessaires à votre installation et répond à vos questions sur les remboursements et les droits des assurés.

 : 0 811 709 098

▶ Le Service Relations avec les Professionnels de Santé (RPS)

Il assure la gestion administrative et professionnelle de votre dossier (installation, suivi d'activité, ...), vous accompagne durant la vie conventionnelle.

Courriel : correspondant.rps.cpam-laroche@assurance-maladie.fr

▶ Le Délégué de l'Assurance Maladie (DAM)

Il vous rencontre à votre cabinet et joue le rôle d'interface entre vous et la CPAM.

A ce titre, il est à votre écoute et prend en compte vos difficultés d'ordre technique et administratif. S'agissant des questions relatives à votre pratique, il peut faire le lien avec le service médical. Dans tous les cas, il s'assure qu'une réponse vous sera apportée.

Il vous accompagne dans l'exercice de votre pratique et vous apporte des informations tout au long de l'année sur :

- les dispositions conventionnelles et réglementaires
- les recommandations de bonne pratique (HAS, ANSM)
- des indicateurs relatifs à votre pratique sur des thèmes retenus dans la convention et illustrés par un profil permettant de vous situer au regard de vos confrères (moyennes départementale et nationale)
- les actualités importantes

▶ Le Conseiller Informatique Service (CIS)

Il assure un rôle de conseil et d'accompagnement personnalisé dans l'informatisation de votre cabinet.

Il participe à l'installation des services de l'Assurance Maladie et favorise leur utilisation au quotidien (assistance technique de proximité).

Courriel : cis.cpam-laroche@assurance-maladie.fr



VOS INTERLOCUTEURS 2/2

▶ Le Service Prescripteurs

Il assure le remboursement de vos actes et le versement de vos forfaits. Il vous suit dans vos télétransmissions. Pendant les 6 premiers mois de votre activité, le service prend contact avec vous régulièrement pour détecter un éventuel problème. Il gère également vos réclamations.

Courriel : prescripteurs.cpam-laroche@assurance-maladie.fr

▶ Le Service Médical

Les praticiens conseils de l'Assurance Maladie veillent et contribuent à la qualité des soins avec vous en médecine de ville et dans les structures de soins.

Ils vous conseillent sur la réglementation médico-sociale et sur les pratiques médicales.

Ils vous accompagnent pour améliorer la prise en charge des affections de longue durée ou autres pathologies de vos patients et analysent les demandes de prestations des assurés.

Service Médical

15 rue Benjamin Franklin

CS 70319 – 85008 LA ROCHE SUR YON CEDEX

Ligne directe dédiée à votre profession ☎ : 02 51 44 71 20

▶ Le Service Social de la CARSAT

Si un de vos patients rencontre des difficultés d'accès aux soins ou s'il est fragilisé par la maladie, le handicap, un accident ou le vieillissement, vous pouvez contacter le service social de l'Assurance Maladie.

Les assistants sociaux évalueront leurs besoins et mettront en œuvre un plan d'aide avec un accompagnement social adapté.



☎ : 02 51 43 52 50 ou courriel : SSRVendee@carsat-pl.fr

▶ Le Médiateur

Si vous rencontrez des difficultés dans vos relations avec la CPAM ou avec un de vos patients pour un remboursement...

Vous avez la possibilité de saisir le médiateur de la Caisse en lui adressant une demande précisant les faits, les griefs et le préjudice.



M. Didier DIXNEUF ☎ : 02 51 44 68 85 ou courriel: mediation.cpam-laroche@assurance-maladie.fr

VOS AUTRES INTERLOCUTEURS 1/3

► Agence Régionale de la Santé des Pays de la Loire

L'Agence Régionale de Santé a pour mission de déployer la politique de Santé Publique dans la région. Elle est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, à l'accompagnement médico-social. Son organisation s'appuie sur un projet de santé élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels de santé et des usagers, dans un souci d'efficacité et de transparence. Exemple de missions : organisation de la permanence des soins...



ARS de Vendée
185, boulevard Maréchal-Leclerc
85023 LA ROCHE SUR YON CEDEX
☎ : 02.51.47.11.00
Courriel : ars-dt85-contact@ars.sante.fr

► Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

Le Conseil Départemental de l'Ordre :

- ✓ tient à jour le tableau des médecins inscrits
- ✓ contrôle l'indépendance professionnelle des médecins en vérifiant leurs contrats
- ✓ statue sur certaines demandes d'installation
- ✓ veille à l'application et au respect du code de déontologie

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
Résidence Lyautey
6, place de la Vendée
85000 LA ROCHE SUR YON
☎ : 02.51.37.06.85
Courriel : vendee@85.medecin.fr

► Médecins Facilitateurs (URML)

Les médecins facilitateurs ont pour missions de :

- ✓ Apporter un lien humain entre les médecins libéraux et les jeunes en recherche (installation, remplacement)
- ✓ Informer les médecins des différents statuts qui permettent une aide ou un travail en commun
- ✓ Repérer les obstacles administratifs à l'installation
- ✓ Favoriser les mutualisations entre plusieurs médecins pour l'accueil d'un remplaçant d'un collaborateur, d'un assistant...

Courriels :

Dr LUGAND : marie.lugand@urml-paysdelaloire.org

Dr BONNAUD : christian.bonnaud@urml-paysdelaloire.org

► Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC)

L'ANDPC assure la gestion financière des actions de développement professionnel continu (DPC), et est notamment chargé de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux conventionnés participant aux actions de DPC.



Agence Nationale du DPC

93 avenue de Fontainebleau
94 276 LE KREMLIN BICETRE Cedex
Tél : 01.48.76.19.05
Site Internet : <https://www.mondpc.fr/>



VOS AUTRES INTERLOCUTEURS 2/3

► Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

L'URSSAF est chargée de :

✓ Collecter les cotisations sociales et contributions de Sécurité sociale

✓ Mettre, le plus rapidement possible, les fonds à disposition des caisses prestataires (Allocations familiales, Caisses de retraite ou d'assurance maladie et accidents du travail)

✓ Informer et contrôler les cotisants

✓ Contribuer à la mise en œuvre des simplifications administratives (déclaration unique d'embauche, Centre de formalités des entreprises pour les professions libérales et associations, proposition d'offres de déclarations et de paiements dématérialisées)

Déclarer en ligne votre activité via le formulaire CFE sur le site www.cfe.urssaf.fr

✓ Participer à la lutte contre le travail illégal afin de garantir le jeu loyal de la concurrence

✓ Prévenir les difficultés des entreprises, en participant aux instances chargées d'examiner les problèmes rencontrés par celles-ci

URSSAF Pays de la Loire
Site de la Roche sur Yon
11, rue Benjamin Franklin
85930 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9

☎ : 39.57 (service 0,12 € min + prix d'appel)



The screenshot shows the URSSAF website interface. At the top, there are navigation links: 'Lettre d'information', 'Taux et barèmes', 'Espaces dédiés', and 'Outre-mer'. Below this is the 'Votre espace' section with a login form for 'Siret / Identifiant' and 'Mot de passe', and a link for 'Mot de passe oublié?'. A green button says 'Découvrir et adhérer aux services en ligne'. Below the navigation is a search bar with 'Employeur' and 'Indépendant' tabs, and a 'Rechercher' button. The main content area is titled 'Contact > Demande d'adhésion aux services en ligne de l'Urssaf'. It features a progress bar with four steps: '1 Accueil', '2 Courriel', '3 Vérification', and '4 Mot de passe'. The 'Mes informations' section contains the text: 'Vous êtes une entreprise ou un tiers mandaté, cet assistant vous permet d'adhérer aux services en ligne de l'Urssaf pour votre propre compte.' Below this is a 'SIRET*' field with a red arrow pointing to it, and a 'Suivant >' button. At the bottom, there is a disclaimer: '* Ces informations sont obligatoires. Les informations nominatives qui sont demandées dans cette page donnent lieu à un traitement informatique. Conformément à la loi française, le droit d'accès s'applique auprès de l'ACCCO, voir nos Infos légales.'

Adhérer au bouquet services « mon.urssaf.fr », mis à votre disposition dans un espace sécurisé muni de votre N° SIRET, vous permet d'enregistrer vos coordonnées bancaires, télé-régler, taire une demande de compte à jour, formuler une réclamation,....



VOS AUTRES INTERLOCUTEURS 3/3

► Caisse autonome de retraite des médecins français

En cas d'incapacité temporaire totale de travail, la CARMF assure le versement de vos indemnités journalières à compter du 91ème jour d'arrêt de travail.

Si vous souhaitez être pris en charge dès votre 1er jour d'arrêt de travail, il est recommandé de souscrire un contrat d'assurance privée.

Pour toutes les questions concernant la retraite obligatoire, la prévoyance (invalidité et décès), vous relevez de cet organisme.



CARMF
46 rue St Ferdinand
75841 PARIS cedex 17
☎ : 01 40 68 32 00

► Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

L'ASIP SANTE assure la mission de certification, de production, de gestion et de déploiement de la carte de professionnel de santé.

Elle assure également la définition, la promotion et l'homologation de référentiels, standards, produits ou services contribuant à l'interopérabilité, à la sécurité et à l'usage des systèmes d'information de santé et de la télésanté, ainsi que la surveillance de leur bonne application.



ASIP SANTE
Service Relations Clients
BP 80210
86963 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL Cedex
☎ : 0 825 85 2000
Site Internet : esante.gouv.fr

► L'Assurance Maladie des Indépendants Libéraux (ex-RSI)

Le Régime Social des Indépendants est le régime de Sécurité Sociale obligatoire des chefs d'entreprise, travailleurs indépendants (actifs et retraités), artisans, commerçants, industriels et professionnels de santé libéraux ainsi que leurs ayants droit.

Assurance Maladie des Professions Libérales Provinces
44 boulevard de la Bastille
75578 PARIS cedex 12
☎ : 08.21.61.16.12
Site: www.rsi.fr/plp

► Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins de Vendée (ADOPS 85)

Vous déclarez à l'ADOPS 85 vos participations à la permanence des soins, que ce soit en qualité de médecin « de secteur » ou en qualité d'effecteur mobile.

L'ADOPS et l'ARS vérifient les informations et transmettent à la CPAM, qui procède ensuite à votre indemnisation.

ADOPS 85
CHD Les Oudairies
85925 LA ROCHE SUR YON Cedex 9
☎ : 02.51.44.64.80 / Fax: 02.51.44.64.81
Adresse mail: adops85@chd-vendee.fr



- ▶ L'adhésion à la convention est libre
- ▶ Le choix de votre conventionnement et de votre secteur d'activité conditionne votre protection sociale et la prise en charge d'une partie de vos cotisations sociales.

Principes

Elle organise les relations entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie

Elle est négociée et conclue entre les syndicats représentatifs de la profession et la caisse nationale d'Assurance Maladie

Champ d'application

Elle s'applique à l'ensemble des régimes d'assurance maladie : salariés, régime agricole, travailleurs indépendants

Elle concerne tous les médecins libéraux qui signent la convention

Elle fixe les tarifs applicables par le médecin selon le secteur conventionnel choisi

Durée

Signée pour 5 ans, la convention en vigueur a été publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016

Elle est affinée et complétée en fonction des avenants négociés.

Priorités

1. Valoriser l'activité

2. Améliorer l'accès aux soins

3. Renforcer la qualité des soins et les actions de prévention

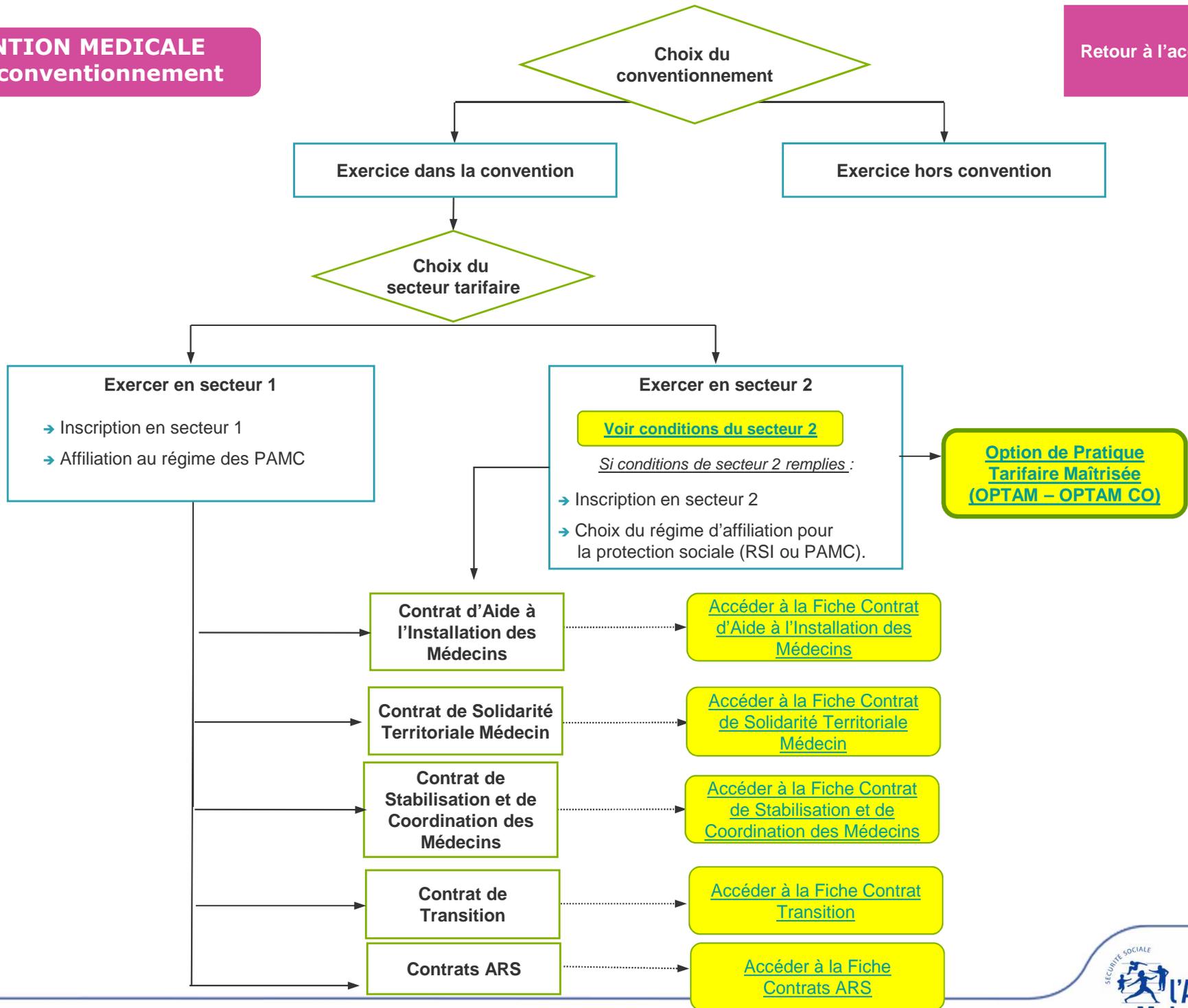
Tous les textes sont consultables sur le site Ameli.fr avec un lien vers un site dédié ! <http://convention2016.ameli.fr/>



LA CONVENTION MEDICALE

Le choix du conventionnement

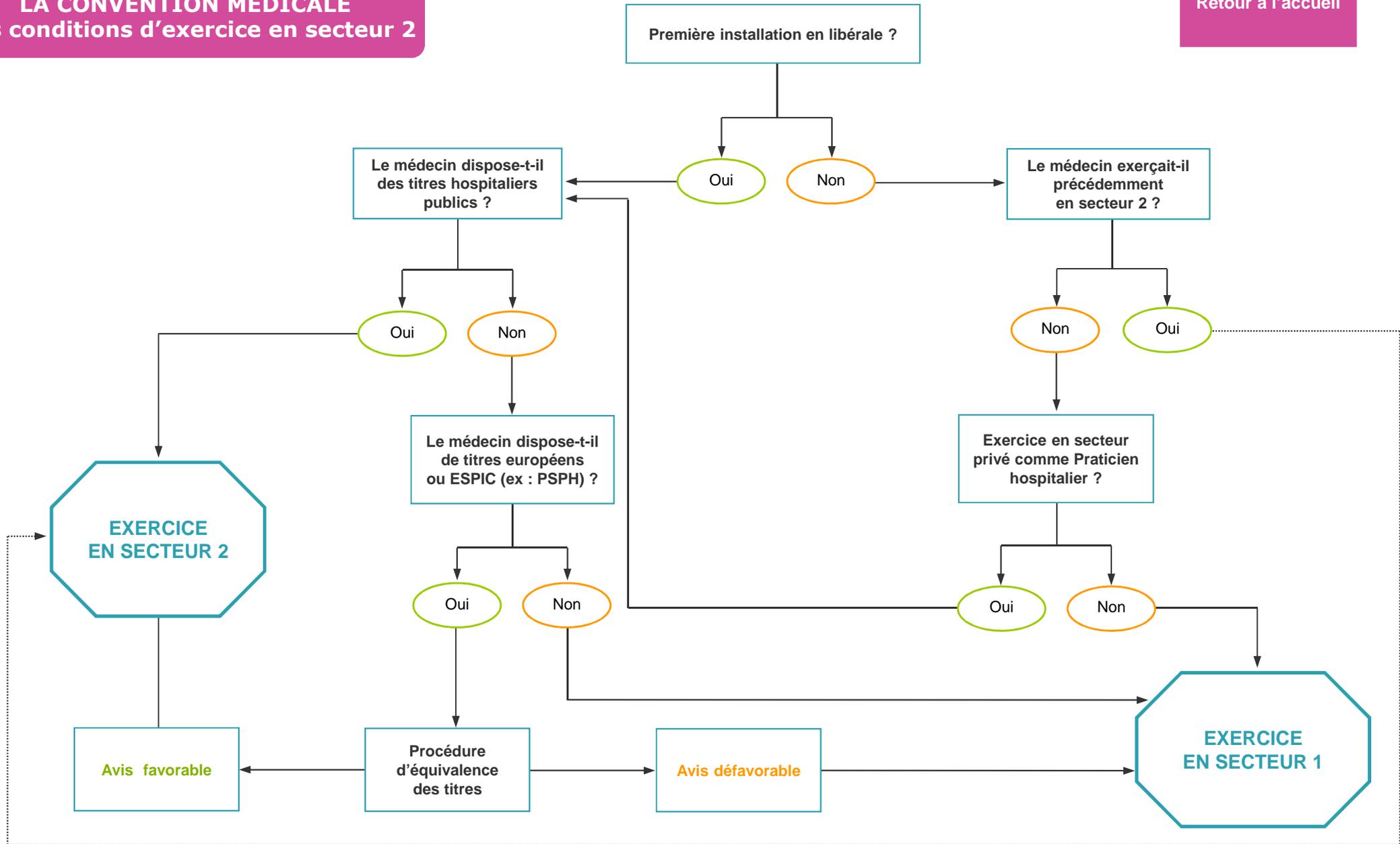
[Retour à l'accueil](#)



LA CONVENTION MEDICALE

Les conditions d'exercice en secteur 2

[Retour à l'accueil](#)



AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

❑ Secteur 2 : l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO*)

► Objectif : accroître la part des soins facturés aux tarifs opposables

► Pour vous :

- ❖ la possibilité de moduler les tarifs à des niveaux conciliables avec l'accès aux soins de tous les patients y compris les plus modestes
- ❖ une contrepartie financière calculée à partir des honoraires des actes pratiqués sans dépassement
- ❖ une valorisation des efforts en cas d'écart de quelques points seulement par rapport aux engagements
- ❖ une aide au démarrage de votre activité avec une meilleure prise en charge pour vos patients
- ❖ la revalorisation de certains tarifs cliniques et techniques : forfait patientèle, application de majorations pour des consultations complexes voire très complexes, une hausse de la prise en charge de certains actes inscrits à la CCAM et l'application de modificateurs sinon réservés aux médecins de secteur 1,
- ❖ une option d'un an (renouvelable par tacite reconduction) avec la liberté de sortir à tout moment
- ❖ le suivi de votre pratique tarifaire et de vos engagements mis à disposition trimestriellement sur votre espace AmeliPro

* L'OPTAM-CO est une option spécifique ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique, avec une valorisation directe à l'acte.

► Pour vos patients :

❖ des soins mieux remboursés

Ex. pour une consultation d'un adulte dans le cadre du parcours de soins auprès d'un spécialiste de secteur 2 :

◆ **sans adhésion à l'option de pratique tarifaire maîtrisée**, le remboursement est de 15,10€ après application de la franchise d'1€ et sans participation de sa complémentaire santé.

◆ **avec adhésion à l'option de pratique tarifaire maîtrisée**, le remboursement est de 18,60€ après application de la franchises d'1€ et sans participation de sa complémentaire santé.

❖ un meilleur accès aux soins pour les patients les plus modestes

<http://convention2016.ameli.fr/>

Pour plus d'informations, contactez votre Délégué de l'Assurance Maladie

AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

□ Le contrat d'aide à l'installation des médecins

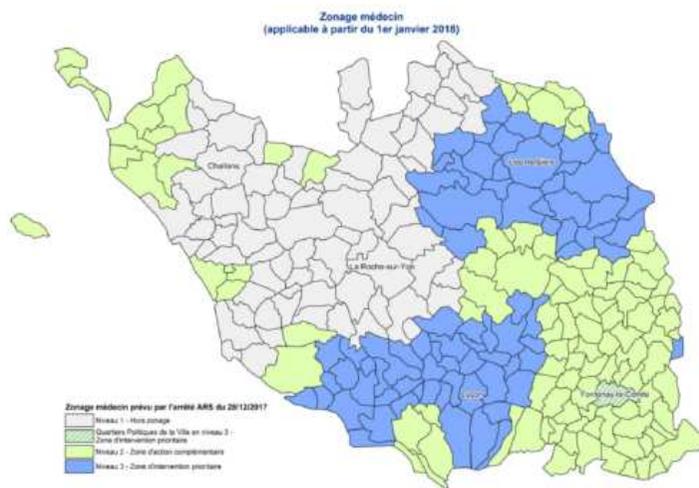
- ▶ Objectif : apporter une aide financière significative aux médecins dès leur installation en zone fragile pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité

▶ Où sont ces zones fragiles ?

En Vendée, **79** communes (en bleu) sont classées depuis fin 2017 comme zones d'intervention prioritaire :

[Liste ci-après](#)

CARTE DES COMMUNES EN ZONE PRIORITAIRE SELON L'ARRETE DE L'ARS du 28 décembre 2017



▶ Qui peut souscrire ?

Tout médecin libéral conventionné en secteur 1 ou adhérent à l'OPTAM exerçant en **groupe** ou en communauté professionnelle territoriale de santé ou en équipe de soins primaires avec la signature d'un **projet de santé** validé par l'ARS ou s'engageant à répondre à cette condition dans un délai de 2 ans suivant la signature du contrat.

Vous souhaitez adhérer ?

Contactez le Service des Relations avec les Professionnels de Santé.

▶ Pour quels avantages ?

- Une aide forfaitaire annuelle fonction du nombre de jours d'exercice libéral par semaine :
 - 50 000€ si au moins 4 jours/semaine
 - 43 750€ si 3,5 jours/semaine
 - 37 500€ si 3 jours/semaine
 - 31 250€ si 2,5 jours/semaine
- Une majoration de l'aide forfaitaire en cas d'exercice partiel de l'activité libérale au sein d'un hôpital de proximité : 2 500€

Ces aides financières sont versées en 2 fois : 50% à l'installation et 50% après 1 an

▶ Sous quelles conditions ?

Engagements socles :

- S'installer dans une zone fragile et y exercer en libéral,
- S'engager à ne pas cesser son activité, ni à changer de lieu d'exercice pendant 5 ans,
- Exercer une activité libérale partielle ou à temps plein : au minimum égale à 2,5 jours par semaine
- Participer au dispositif de la permanence des soins ambulatoires

Engagement optionnel :

- Réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité

AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

□ Le contrat de solidarité territoriale médecin

► Objectif : favoriser l'intervention ponctuelle de médecins à exercer une partie de leur activité en zone fragile

► Qui peut souscrire ?

Tout médecin libéral conventionné installé hors d'une zone identifiée par l'ARS comme « prioritaire », quel que soit son secteur conventionnel.

► Sous quelles conditions ?

- Exercer au minimum 10 jours par an en zone « prioritaire » (dans une ou plusieurs zones fragiles),
- Facturer l'activité réalisée au sein de ces zones, sous le numéro de facturant spécifiquement attribué pour cette activité,
- S'engager pour une durée de 3 ans.

Vous souhaitez adhérer ?

Vous devez au préalable déclarer ce ou ces nouveaux lieux d'exercice auprès du Conseil Départemental de l'Ordre.

Après accord du Conseil de l'Ordre, contactez le Service des Relations avec les Professionnels de Santé.

► Pour quels avantages ?

- Une rémunération égale à 25% du montant de l'activité réalisée à tarif opposable sur la zone (plafonnée à 50 000 €/an).
- Une prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre en zone prioritaire.

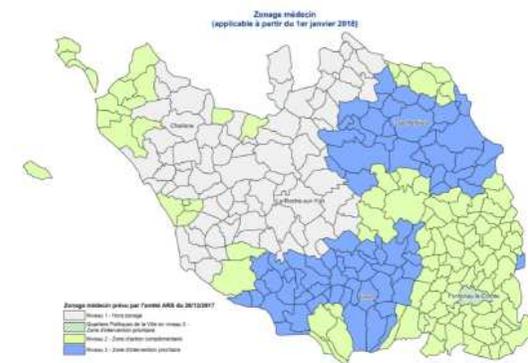
Ces aides financières sont versées au second trimestre de l'année civile suivante.

► Où sont ces zones fragiles ?

En Vendée, **79** communes (bleu) ont été classées fin 2017 comme zones intervention prioritaire :

[Liste ci-après](#)

CARTE DES COMMUNES EN ZONE PRIORITAIRE
SELON L'ARRETE DE L'ARS du 28 décembre 2017



Pour connaître les zones fragiles, consultez la carte sur [Processus d'installation | ameli.fr](#)

AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

□ Le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins

- ▶ Objectif : encourager les médecins qui s'impliquent dans des démarches de prises en charge coordonnée de leurs patients, dans l'activité de formation des futurs diplômés au sein des cabinets libéraux, dans la réalisation d'une partie de leur activité libérale au sein des hôpitaux de proximité

▶ Qui peut souscrire ?

Tout médecin libéral conventionné installé en prioritaire, quel que soit son secteur conventionnel et impliqué dans une démarche d'exercice coordonné : exercice en groupe ou appartenance à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à une équipe de soins primaires.

▶ Sous quelles conditions ?

Engagements socles :

- Etre installé en zone prioritaire classée par l'ARS
- Exercer une activité libérale conventionnée dans la zone,
- Exercer en groupe ou en communauté professionnelle territoriale de santé ou équipe de soins primaires,
- S'engager pour une durée de 3 ans.

Engagements optionnels :

- Réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité,
- Exercer les fonctions de maître de stage universitaire et accueillir en stage des internes ou des externes

▶ Pour quels avantages ?

- Une rémunération de 5 000€/an
- Une majoration de l'aide forfaitaire en cas d'exercice partiel de l'activité libérale au sein d'un hôpital de proximité : 1250€/an
- Une majoration de l'aide forfaitaire en cas d'exercice des fonctions de maître de stage de 300€/an

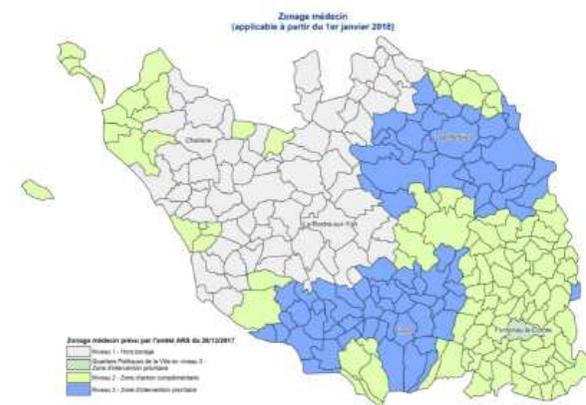
Ces aides financières sont versées au second trimestre de l'année civile suivante.

▶ Où sont ces zones ?

En Vendée, **79** communes (bleu) sont classées par arrêté de fin 2017 comme zones d'intervention prioritaire :

Liste ci-après

CARTE DES COMMUNES EN ZONE PRIORITAIRE SELON L'ARRETE DE L'ARS du 28 décembre 2017



Vous souhaitez adhérer ?

Contactez le Service des Relations avec les Professionnels de Santé.

Pour connaître les zones fragiles, consultez la carte sur [Processu d'installation | ameli.fr](#)

AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

□ Le contrat de transition pour les médecins

- ▶ Objectif : soutenir les médecins exerçant en zones fragiles à préparer leur cessation d'activité et à accompagner pendant cette période un médecin nouvellement installé dans leur cabinet

▶ Qui peut souscrire ?

Tout médecin libéral conventionné installé en zone identifiée par l'ARS comme « fragile », quel que soit son secteur conventionnel :

- âgé de 60 ans et plus et,
- Accueillant, au sein de son cabinet, un médecin âgé de moins de 50 ans exerçant en libéral conventionné qui s'installe dans la zone ou est installé dans la zone depuis moins d'un an

▶ Sous quelles conditions ?

- Accompagner l'installation en libéral d'un confrère de moins de 50 ans dans son cabinet
- S'engager pour une durée de 3 ans

Vous souhaitez adhérer ?

Contactez le Service des Relations avec les Professionnels de Santé.

▶ Pour quels avantages ?

Une rémunération égale à 10% du montant de l'activité réalisée à tarif opposable sur la zone (plafonnée à 20000€/an).

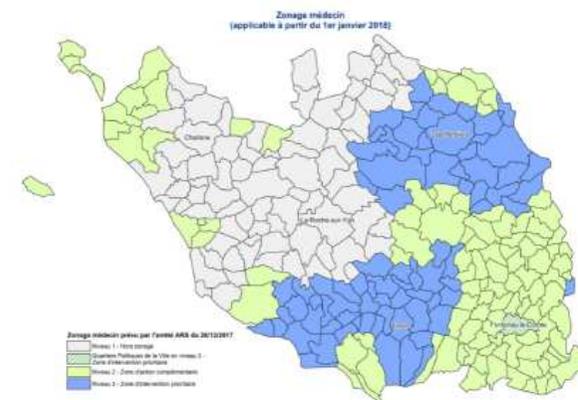
Cette aide financière est versée au 2nd trimestre de l'année civile suivante.

▶ Où sont ces zones fragiles ?

En la Vendée,
79 communes (bleu) sont classées par arrêté de fin 2017 comme zones d'intervention prioritaire :

[Liste ci-après](#)

CARTE DES COMMUNES EN ZONE PRIORITAIRE SELON L'ARRETE DE L'ARS du 28 décembre 2017



Pour connaître les zones fragiles, consultez la carte sur [Processus d'installation | ameli.fr](#)

LISTE DES COMMUNES DE VENDEE SITUEES EN ZONE PRIORITAIRE - arrêté 28/12/2017

[Retour à l'accueil](#)

Angles ;
Avrillé ;
Bazoges-en-Paillers ;
Beaurepaire ;
Le Bernard ;
Bessay ;
Le Boupère ;
La Bretonnière-la-Claye ;
Chambretaud ;
Champagné-les-Marais ;
Le Champ-Saint-Père ;
Chasnais ;
Château-Guibert ;
Chauché ;
Chavagnes-en-Paillers ;
Chavagnes-les-Redoux ;
Corpe ;
La Couture ;
Curzon ;
Les Epresses ;
Essarts en Bocage ;
Faymoreau ;
Quartiers Politique de la Ville de Fontenay-le-Comte : Moulins,
Centre- Loges-Pommeraiie-Sablière ;
La Gaubretière ;
Le Givre ;
Les Herbiers ;
Jard-sur-Mer ;
La Jonchère ;
Lairoux ;
Les Landes-Genusson ;
Longeville-sur-Mer ;
Luçon ;
Les Magnils-Reigniers ;
Mallièvre ;
Mareuil-sur-Lay- Dissais ;
La Meilleraie-Tillay ;
La Merlatière ;
Mesnard-la-Barotière ;
Monsireigne ;
Montournais ;
Moreilles ;
Mouchamps ;
Moutiers-les-Mauxfaits ;
Moutiers-sur-le-Lay ;
Nalliers ;
Péault ;
Poiroux ;
Pouzauges ;
Puyravault ;
La Rabatelière ;
Réaumur ;
La Réorthe ;
Rochetreyoux ;
Rosnay ;
Saint-André- Goule-d'Oie ;
Saint-Aubin-la-Plaine ;
Saint-Avaugourd-des-Landes ;
Saint-Benoist-sur-Mer ;
Saint-Cyr-en- Talmondais ;
Saint-Étienne-de-Brillouet ;
Saint-Fulgent ;
Sainte-Gemme-la-Plaine ;
Sainte-Hermine ;
Saint-Hilaire-la-Forêt ;
Saint-Jean-de-Beugné ;
Saint-Juire-Champgillon ;
Saint-Mars-la-Réorthe ;
Saint- Martin-des-Noyers ;
Saint-Mesmin ;
Saint-Paul-en-Pareds ;
Sainte-Pexine ;
Saint-Prouant ;
Saint-Vincent-sur-Graon ;
Saint-Vincent-sur-Jard ;
Sèvremont ;
Thiré ;
La Tranche-sur-Mer ;
Treize-Vents ;
Triaize



Ces contrats peuvent être souscrits pour toutes les zones fragiles, y compris les zones « complémentaires ».

Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) (MG et autres spécialistes)

- ◆ Bourse d'étude : 1 200 euros/mois
- ◆ Jeune médecin devant s'installer en secteur 1 (un équivalent temps-plein)
- ◆ Engagement de rester 2 à 8 ans (durée de l'aide)
- ◆ Libéral/salarié/mixte

Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)

- ◆ Garanti de revenus (6 900 euros/mois)
- ◆ Protection sociale améliorée (maternité-maladie)
- ◆ 2 ans maximum-secteur 1
- ◆ Engagement: participer à la permanence des soins

Contrat de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA)

- ◆ Toutes spécialités - 3 ans maximum
- ◆ Engagement sur l'encadrement des tarifs et sur le fait d'être remplacé si nécessaire
- ◆ Protection sociale améliorée (maternité-paternité-maladie) : forfait selon la spécialité

Contrat de Praticien Territorial Médical de remplacement (PTMR)

- ◆ Thèse < 3 ans- Max : 6 ans (1 an renouvelable)
- ◆ Complément : 4600€/an (si min d'activité atteint)
- ◆ Protection sociale améliorée (maternité-paternité-maladie)



VOTRE PROTECTION SOCIALE 1/3

Lors de votre installation, vous choisissez votre situation conventionnelle.

Ce choix doit se faire au moment du conventionnement lors de votre 1^{ère} installation en libéral et est irréversible si vous choisissez le secteur 1.

▶ Vous optez pour le secteur 1

Vous relevez du régime d'Assurance Maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC). La CPAM participe alors à la prise en charge de vos cotisations sociales.

En même temps, vous avez fait le choix de votre [régime de protection sociale](#).

En tant qu'assuré social affilié au régime des PAMC, vous bénéficiez de:

- ▶ **Remboursement de vos frais médicaux et chirurgicaux** en rapport avec la Maladie ou la Maternité
- ▶ **Indemnités visant à compenser la perte de vos revenus** concernant un arrêt maladie dans le cadre d'une grossesse, dans le cadre de la Maternité, Paternité ou Adoption
- ▶ **Allocations familiales**
- ▶ **Allocations Supplémentaires Vieillesse (ASV)**
- ▶ **Capital décès** destiné à apporter un secours de première urgence à vos proches

NB : En cas d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle (AT/MP), de la prise en charge de vos soins et du versement d'une rente en cas d'incapacité totale ou partielle. Vous êtes invités à souscrire une assurance volontaire AT/MP auprès de la caisse.

En cas d'arrêts de travail liés à la maladie ou à un AT/MP, d'indemnités visant à compenser la perte de vos revenus.

La CARMF vous indemniserà pour ces arrêts de travail à compter du 91^{ème} jour. C'est pourquoi vous êtes invité à souscrire une Assurance personnelle auprès d'un organisme privé pour bénéficier d'une indemnisation entre le 1^{er} et le 90^{ème} jour.

▶ Assurance Volontaire "Accident du Travail"

Comme vous ne bénéficiez pas à titre obligatoire de la couverture "Accidents du travail et maladies professionnelles", vous pouvez vous assurer volontairement auprès de la CPAM.

Cette adhésion vous ouvre les droits aux seules prestations en nature.

Une assurance ou une mutuelle privée peut également vous offrir ce service.

Pour plus d'informations:

Contactez nous ☎ 0 811 709 098 ou l'URSSAF

▶ Votre régime de retraite

Vos droits sont gérés par la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

46, rue Saint Ferdinand - 75841 PARIS CEDEX 17

☎ : 01 40 68 32 00

▶ [Vous optez pour le secteur 2](#)

Vous pouvez faire le choix, de relever du régime d'Assurance Maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC), comme vos confrères de secteur 1, ou du Régime Social des Indépendants (RSI), qui s'adresse plus spécifiquement aux professions libérales.



VOTRE PROTECTION SOCIALE 2/3

► **Votre assurance maladie, maternité, décès**

Vous-même et vos ayants droit bénéficiez des prestations de l'Assurance Maladie.

Aujourd'hui, deux choix s'offrent à vous :

- Vous réglez vos cotisations chaque trimestre : ce versement valide le trimestre et ouvre des droits pour un an de date à date.

- Vous réglez pour une année : ce versement valide l'année et celle qui suit.

Exemple : l'attestation du 1 mai de l'année N au 30 avril de l'année N+1 couvre N+1 et N+2.

Vous recevez une carte Vitale et une attestation papier.

C'est la CPAM de votre lieu d'exercice qui vous sert les prestations.

ZOOM sur les prestations :

Paternité :

► durée du congé équivalente aux assurés du régime général (y compris les 30 jours supplémentaires en cas d'hospitalisation immédiate du nouveau-né en service spécialisé).

► versement d'une indemnité journalière forfaitaire sous réserve de cesser toute activité rémunérée pendant la durée du congé légal

📖 Pour plus d'informations, consultez le site ameli.fr à la rubrique Assurés > [Droits et démarches](#) > [Par situation personnelle](#) > [Vous allez avoir un enfant](#)

> Vous êtes enceinte : votre congé maternité
> Votre congé de paternité et d'accueil de l'enfant

ZOOM sur les prestations :

Maternité :

► Durée du congé équivalente aux assurés du régime général

► **Allocation forfaitaire de repos maternel** (1ère moitié versée sur envoi de l'examen prénatal du 7ème mois de grossesse et 2ème moitié versée à l'accouchement) sans obligation de cessation d'activité

► **Indemnité journalière forfaitaire** sous réserve de cesser toute activité rémunérée pendant une période minimale de 8 semaines dont 2 avant l'accouchement.

Durée : la durée est alignée à celle des assurés du régime général depuis 2006, Pour une naissance simple 6 semaines avant et 10 semaines après l'accouchement.

► **Indemnité journalière maladie en cas de maternité** pour les PAMC est versée sous certaines conditions, **sur la période antérieure au congé légal prénatal de maternité** au motif de difficultés médicales liées à la grossesse.

L'incapacité physique de travail est constatée par le médecin traitant ou la sage-femme et fait l'objet **d'une prescription d'arrêt de travail**, via le formulaire cerfa S3116.

L'indemnité journalière forfaitaire est versée à partir du 4ème jour de l'incapacité de travail et pendant une durée maximale de 87 jours.

Le montant de l'indemnité journalière forfaitaire versée est égale à 1/730ème du plafond Sécurité Sociale égal à 1,8 SMIC annuel.

► [Aide financière conventionnelle complémentaire.](#)

VOTRE PROTECTION SOCIALE 3/3

L'avenant 3 de la convention médicale, a instauré **une aide financière complémentaire pour les médecins libéraux interrompant leur activité médicale en raison de maternité, de paternité ou de congé d'adoption.**

En cas de naissance ou d'adoption, les femmes médecins libérales bénéficieront **pendant 3 mois d'une indemnité forfaitaire pouvant atteindre 3 100 €/mois** si elles exercent à temps plein aux tarifs opposables ou maîtrisés (OPTAM) afin de les aider à faire face aux charges de gestion du cabinet médical. Cette aide financière complète l'allocation forfaitaire d'un montant de 3 269€ et les indemnités journalières (54,43 €) perçues par les femmes médecins en cas de maternité.

L'aide est toutefois modulée en fonction de l'activité, le seuil étant fixé à 8 demi-journées par semaine pour avoir l'indemnisation intégrale. Les femmes médecins en secteur 2 non-signataires de l'OPTAM disposeront quant à elles d'une gratification modulée aux deux tiers, soit 2 066 € brut /mois en cas de maternité pour une activité à temps plein.

Les hommes perçoivent jusqu'à 1 116 € /mois lorsqu'ils prendront un congé paternité (744 euros en secteur 2).

Ces aides ne concernent pas les remplaçants qui n'ont pas de charge de gestion de cabinet

Prestation de l'Assurance Maternité pour les PAMC médecins			
Type de prestation	Conditions de versement	Montant	Secteur conventionnel concerné
Aide financière complémentaire pour maternité / adoption temps plein	Interrompre l'activité : à temps plein	3 100 € / mois	secteur 1 et optam / optam co
		2 066 € / mois	secteur 2
Aide financière complémentaire pour maternité / adoption temps partiel	Interrompre l'activité : à temps partiel 50 et 75 %	1 550 et 2 325 € / mois	secteur 1 et optam / optam co
		1 033 et 1 550 € / mois	secteur 2
Aide financière complémentaire pour paternité à temps plein	Interrompre l'activité : à temps plein	1 116 € / mois	secteur 1 et optam / optam co
		744 € / mois	secteur 2
Aide financière complémentaire pour paternité à temps partiel	Interrompre l'activité : à temps partiel 50 et 75 %	558 et 837 € / mois	secteur 1 et optam / optam co
		372 et 558 €	secteur 2

Pour toute demande, les documents sont à adresser à : correspondant.rps.cpam-laroche@assurance-maladie.fr
 Vous trouverez sur Ameli.fr, dans la rubrique « Aide financière pour maternité, paternité, adoption », toutes les informations détaillées.



COMPARATIF PROTECTION SOCIALE « PAMC ET ex-RSI »

Praticiens de secteur 2

Vous pouvez faire le choix, de relever du régime d'Assurance Maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC), comme vos confrères de secteur 1, ou de l'Assurance Maladie des Indépendants (ex-RSI), qui s'adresse plus spécifiquement aux professions libérales.

Affiliation au régime des PAMC

Les conditions préalables

Vous relevez du régime d'assurance maladie des PAMC si :

- vous êtes :
 - médecin exerçant en secteur 2 ou en secteur 2 avec l'OPTAM ou OPTAM CO;
- vous remplissez la double condition d'exercer votre activité professionnelle non salariée depuis au moins un mois et dans le cadre de la convention médicale.

Votre protection sociale

Vous êtes affilié à la CPAM dont dépend votre lieu d'exercice.

Vous pouvez bénéficier :

- du remboursement de vos soins ;
- du versement d'indemnités ou d'allocations en cas de congé maternité, paternité ou d'adoption ;
- du capital décès.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

Le régime d'assurance maladie des PAMC ne couvre pas le risque accident du travail - maladie professionnelle.

Cependant, vous pouvez souscrire une assurance volontaire contre ce risque auprès de la CPAM.

Pour plus d'informations, sur le maintien de droits, votre retraite complémentaire...Rendez vous sur Ameli.fr dans la rubrique:

Assurés/ Droits et démarches/ Par situation professionnelle/ Vous travaillez/ Vous êtes praticien ou auxiliaire médical

Affiliation à l'Assurance Maladie des Indépendants (ex-RSI)

L'Assurance Maladie des Indépendants gère uniquement votre protection santé.

Cotisation maladie-maternité

Cette cotisation permet de bénéficier de l'ensemble des prestations maladie-maternité :

- une couverture maladie pour vous et les membres de votre famille, identique à celle des salariés (mêmes taux et mêmes conditions de remboursement)
- une assurance maternité complète en cas de grossesse ou d'adoption
- une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en cas de revenus faibles ou une aide pour souscrire une assurance maladie complémentaire

Cotisation indemnités journalières

Cette cotisation permet d'obtenir le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident.

Les indemnités sont calculées sur la base du revenu moyen soumis à cotisations des trois dernières années.

Pour plus d'informations sur :

- les prestations vieillesse (retraite de base et complémentaire) et invalidité-décès

- les prestations familiales et formation professionnelle,

Rendez-vous sur www.rsi.fr



VOS COTISATIONS SOCIALES 1/4

► Vos cotisations Maladie – Maternité – Décès

En début d'activité la cotisation est calculée sur un revenu forfaitaire. En 2018, les bases forfaitaires étaient les suivantes :

- 1ère année.....7 549 €
- 2ème année.....7 549 €

Le paiement de votre cotisation maladie est annuelle calculée au titre de l'année civile (1/01 au 31/12).

Votre participation s'élève à 0,10% de cette même base.

La participation des caisses correspond à 6,40% de l'assiette, celle-ci comprenant vos revenus au titre de l'activité conventionnée de l'année N-2 sans les dépassements d'honoraires.

► Vos cotisations Allocations Familiales

Tout professionnel de santé libéral doit acquitter auprès de l'URSSAF des cotisations d'Allocations Familiales.

En début d'activité la cotisation est calculée sur un revenu forfaitaire. En 2018, les bases forfaitaires sont les suivantes :

- 1ère année..... 7 549 €
- 2ème année..... 7 549 €

► Vos cotisations Assurance Vieillesse supplémentaire (ASV)

Concernant la retraite obligatoire et la prévoyance (invalidité et décès), vous relevez de la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France).

La cotisation pour l'année 2018 est composée d'une part forfaitaire de 4 977€ et d'une part proportionnelle dite d'ajustement de 3,20 % des revenus conventionnels de l'avant-dernière année dans la limite de 198 660€ (5 PSS). Les 2/3 de la cotisation forfaitaire des médecins en secteur 1 sont financés par les caisses Maladie, soit 3 318 €.

Votre participation s'élève à 1 659 €.

En revanche, les cotisations pour la retraite complémentaire, l'invalidité-décès sont à votre charge exclusive.

► La déclaration de vos revenus

La déclaration sociale de revenus des professionnels de santé conventionnés est **commune et unique**.

Une seule déclaration est nécessaire pour permettre de calculer l'ensemble de vos cotisations sociales. Cette déclaration sociale se fait en ligne sur le portail net-entreprises.fr.

► Le paiement de vos cotisations

En début d'activité, les premiers paiements à l'URSSAF interviennent après un délai minimum de 90 jours.

Le principe du paiement est celui du prélèvement mensuel le 5 ou le 20 de chaque mois.

À titre dérogatoire, il est possible de payer ses cotisations trimestriellement. Les cotisations sont alors versées en quatre fractions les 5 février, 5 mai, 5 août et 5 novembre.



Taux des cotisations : médecin conventionné secteur 1

Assurance maladie sur l'assiette de participation de la Cpam	6,50 %
A votre charge	0,10 %
Prise en charge assurance maladie	6,40 %
Assurance maladie sur le reste du revenu d'activité non salarié	9,75 %
Allocations familiales sur l'assiette de la participation Cpam	
Pour les revenus inférieurs à 43 705 €	0 %
Pour les revenus compris entre 43 705 € et 55 625 €	Taux progressif : entre 0 % et 3,10 %
Pour les revenus supérieurs à 55 625 €	3,10 %
Prise en charge assurance maladie	100, 75 ou 60 % de la cotisation en fonction du montant des revenus ^(*)
Allocations familiales sur le reste du revenu d'activité non salarié	
Pour les revenus inférieurs à 43 705 €	0 %
Pour les revenus compris entre 43 705 € et 55 625 €	Taux progressif : entre 0 % et 3,10 %
Pour les revenus supérieurs à 55 625 €	3,10 %
CSG-CRDS	9,70 % du revenu d'activité non salarié et des cotisations personnelles obligatoires. 6,70 % sur les revenus de remplacement (maternité, congé paternité, indemnité de remplacement maternité...).
Contribution aux unions régionales des professionnels de santé (Curps)	0,50 % du revenu d'activité non salarié dans la limite de 199 € pour 2018
Contribution à la formation professionnelle (CFP)	0,25 %* du plafond annuel de la Sécurité sociale soit 98 € pour 2017 exigible en février 2018**

(*) Pourcentage de prise en charge de la cotisation en fonction du montant des revenus :

- 100 % pour un revenu inférieur à 140 % du Pass ;
- 75 % pour un revenu compris entre 140 % et 250 % du Pass ;
- 60 % pour un revenu supérieur à 250 % du Pass.



Taux des cotisations : médecin conventionné secteur 2 (hors option Sécurité sociale pour les indépendants)

Assurance maladie sur la totalité du revenu d'activité non salarié	6,50 %
Assurance maladie sur les revenus conventionnés en dépassements d'honoraires et sur les revenus non conventionnés (à l'exception des revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut votre rémunération et de la participation à la permanence des soins)	3,25 %
Allocations familiales	
Pour les revenus professionnels inférieurs à 43 705 €	0 % du revenu d'activité non salarié
Pour les revenus professionnels compris entre 43 705 € et 55 625 €	Taux progressif : entre 0 % et 3,10 % du revenu d'activité non salarié
Pour les revenus professionnels supérieurs à 55 625 €	3,10 % du revenu d'activité non salarié
<u>CSG-CRDS</u>	9,70 % du revenu d'activité non salarié et des cotisations personnelles obligatoires
Contribution aux unions régionales des professionnels de santé (Curps)	0,50 % du revenu d'activité non salarié dans la limite de 199 € pour 2018
Contribution à la formation professionnelle (<u>CFP</u>)	0,25 %* du <u>plafond</u> annuel de la <u>Sécurité sociale</u> soit 98 € pour 2017 exigible en février 2018**



LA CONVENTION NATIONALE

[Retour à l'accueil](#)

VOS COTISATIONS SOCIALES 4/4

Informations issues du [site de la CARMF](#)

Régime	Assiette	Taux et Montant	
		Médecin	Caisses maladie
Revenus non salariés 2016 : - tranche 1 : jusqu'à 39 732 € ⁽²⁾ - tranche 2 : jusqu'à 198 660 € (5 PSS)	8,23 % 1,87 %	-	
Complémentaire vieillesse	Revenus non salariés 2016 dans la limite de 3,5 PSS soit 139 062 €	9,80 %	-
ASV	Forfaitaire : - secteur 1 - secteur 2	1 659 € 4 977 €	3 318 € -
	Ajustement : Sur le revenu conventionnel de 2016 plafonné à 198 660 € (5 PSS) : - secteur 1 - secteur 2	1,0667 % 3,20 %	2,1333 % -
Invalidité-décès	Revenus non salariés 2016 :		
	Classe A : revenus < à 39 732 € (1 PSS)	631 €	
	Classe B : revenus = ou > à 39 732 € (1 PSS) et < à 119 196 € (3 PSS)	738 €	-
	Classe C : revenus = ou > à 119 196 € (3 PSS)	863 €	-



LA FACTURATION DE VOS ACTES

▶ Soins remboursables et/ou non remboursables

Soins non remboursables (tels que l'ostéopathie, la mésothérapie...)

Pas de feuilles de soins à établir.

Soins remboursables

Utilisation d'une feuille de soins électronique ou feuille de soins référencée S 3110.

Soins remboursables et non remboursables au cours de la même séance

Seuls les soins remboursables sont à transmettre sur la feuille de soins électronique ou à porter sur la feuille de soins référencée S 3110.

▶ La cotation de vos actes se fait au moyen de :

- ▶ la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour la part des actes cliniques
- ▶ la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour la part des actes techniques

Ces nomenclatures sont accessibles sur le site ameli.fr à la rubrique > Professionnel de Santé / Médecin / Votre exercice libéral/ Facturation et rémunération / Nomenclatures et codage

Si le règlement direct des actes par le patient reste un principe, des situations de dispense d'avance des frais sont prévues par :

- ▶ la législation,
- ▶ la convention nationale des médecins libéraux



LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX 1/2

La CCAM est la nomenclature des actes techniques médicaux.

▶ **Le principe**

La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global : chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans la règle de l'art.

Elle est conçue de telle sorte que le praticien puisse décrire un acte avec un seul code.

▶ **La structure**

La CCAM est classée par grands appareils et non par spécialités.

La valeur de chaque acte est établie en fonction des deux types de ressources mobilisées par le praticien pour réaliser l'acte :

- le travail médical (qui traduit la difficulté de l'acte en termes de stress, d'effort mental, de technicité et de temps passé),
- le coût de la pratique (les charges financières incombant en propre au praticien).

Vous pouvez consulter la CCAM en vous connectant <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php> au site :

- ▶ **Par code** : pour accéder à un acte en saisissant son code exact.
- ▶ **Sur autres critères** : pour accéder aux actes en réalisant une recherche à partir d'un mot-clé présent dans les titres des chapitres, les libellés et/ou les notes des actes.

Vous pouvez saisir **un ou deux mots-clés**. Par exemple, vous pouvez effectuer une recherche sur le mot « échographie » et identifier tous les actes contenant le mot « échographie », mais aussi des recherches croisées (« échographie » et « veine »).

La recherche sur autre critère vous permet également d'accéder aux actes à partir de leur date de parution au Journal Officiel ou de la date de publication de l'arrêté réglementaire.

▶ **Par chapitre** : le classement de la CCAM correspond à une logique médicale et se fait par grands appareils ou systèmes et non par spécialités.

Aide à la cotation : OMNIPRAT

Simple, fiable, rapide : OMNIPRAT, votre outil d'aide à la pratique en médecine générale proposé par l'Union Régionale des Médecins Libéraux et l'Assurance Maladie des Pays de la Loire.

Il met à votre disposition :

1/ Une aide à la cotation simplifiée en 3 étapes pour vous aider dans votre facturation.

2/ Des fiches pratiques pour la réalisation des actes courants en médecine générale.



<https://omnirat.org/>

LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX 2/2

► En pratique

En cliquant sur le chapitre, puis le sous-chapitre, vous pouvez accéder à l'ensemble des actes de ce sous-chapitre. Vous pouvez afficher l'ensemble des notes correspondant à un chapitre en cliquant sur la case « Afficher les notes de l'arborescence ».

Après avoir sélectionné l'acte recherché, vous accédez à la page « **Fiche d'un acte** ». Vous y trouvez la description de l'acte (chapitre, code, libellé, note) et vous devez spécifier les informations que vous souhaitez afficher en cliquant sur « tous les champs » (toutes les informations concernant cet acte) ou uniquement sur le(s) champ(s) que vous recherchez.

CODE : DEQP003
LIBELLE : Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations

Code regroupement : ATM - Acte technique medical

Date d'effet : 25/01/2011 [> Historique](#)

Activité : Activité 1 **Phase :** Phase 0

Note : Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)

Prise en charge [> Plus de détails](#)

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 la règle du seuil mais n'exonérant pas la facture

Tarification [> Plus de détails](#)

Prix de l'acte : 13,52 euros
 Suppléments de charges en cabinet : 0,0 euros

Modificateurs

Code	Libellé	Montant
F	Urgence jour, dimanche ou jour ferie	19.06 euros
P	Urgence pediatres et omnipraticiens 20h - 00h et 6h - 8h	35.0 euros
S	Urgence pediatres et omnipraticiens 00h - 6h	40.0 euros
U	Urgence hors pediatres et omnipraticiens nuit 20 h - 8 h	25.15 euros



POUR BIEN DEMARRER VOTRE ACTIVITE

[Retour à l'accueil](#)

LA DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS OU TIERS PAYANT 1/3

La réglementation ou les dispositions conventionnelles prévoit, dans certaines situations, que le patient soit dispensé de vous régler le montant de la part obligatoire seule (part prise en charge par l'organisme de sécurité sociale) ou le montant total de l'acte sans dépassement (part prise en charge par l'organisme de sécurité sociale et part prise en charge par l'organisme complémentaire).

Situations ouvrant droit au tiers-payant	Part obligatoire	Part complémentaire	Prise en charge	Justificatifs à présenter par le patient	A noter
Soins en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle (AT/MP)	X	X	100% (1) par l'organisme obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> Imprimé S6201 « feuille AT/MP » complétée par l'employeur ou par l'organisme de sécurité sociale de la victime 	En sus de votre facturation, veiller à reporter les actes effectués, leur date, le montant de vos honoraires et apposez votre signature sur la « feuille AT/MP »
Actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120€	X		100% (1) par l'organisme obligatoire - 18 € de participation forfaitaire (sauf pour les cas d'exclusion(2))		La gestion de la participation assuré de 18€ avec les cas d'exclusion est gérée automatiquement en facturation Sesam Vitale. Si le patient est en dehors du parcours de soins, le remboursement est minoré de 10€ en plus de 18€.
Actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins	X		70% par l'organisme obligatoire (1)		Les actes réalisés en urgence sont exclus du parcours de soins et leur remboursement ne peut pas être minoré
Dépistage organisé du cancer du sein (mammographie)	X		100% par l'organisme obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> Bon de prise en charge à présenter au radiologue 	
Personnes détenues (incarcérées ou en aménagement de peine)	X	X	60% par l'organisme obligatoire et 40% par l'organisme complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> Carte Vitale à jour ou Attestation papier de tiers payant intégral 	Lors de votre facturation, préciser « Prévention » dans votre logiciel
Patientes mineures d'au moins 15 ans consultées dans le cadre de la contraception (consultation, acte et prescription)	X		70% par l'organisme obligatoire (1) ou 30% si le patient n'est pas dans le parcours de soins coordonné		Si la patiente a 16 ans ou plus, elle doit avoir déclaré un médecin traitant et consulté celui-ci ou être orienté par celui-ci

(1) dans la limite des tarifs conventionnels (sans dépassements) /

(2) sauf pour les actes d'imagerie, les bénéficiaires exonérés, les soins en rapport avec une ALD, bénéficiaires de l'AME, de la CMU-c ou du TPI ACS

POUR BIEN DEMARRER VOTRE ACTIVITE

Retour à l'accueil

LA DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS OU TIERS PAYANT 2/3

Situations ouvrant droit au tiers-payant	Part obligatoire	Part complémentaire	Prise en charge	Justificatifs à présenter par le patient	A noter
Soins dispensés à un patient bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat (AME)	X	X	100% (AME de base) <u>ou</u> 70% par l'organisme obligatoire et 30% par l'organisme complémentaire (AME complémentaire)	<ul style="list-style-type: none"> Carte familiale d'admission à l'aide médicale d'Etat pour les bénéficiaire de l'AME de base Carte vitale pour les bénéficiaires de l'AME complémentaire 	Dans le cadre d'une AME de base, la prise en charge à 100% est réalisée sur la part complémentaire seule
Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	X	X	70% par l'organisme obligatoire <u>et</u> 30% par l'organisme complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> Carte Vitale à jour avec la mention des droits à la CMU complémentaire (date d'ouverture et date de fin). Dans ce cas, le code 9999999-7 ou 8888888-8 apparaît. Attestation de droits mentionnant la liste des bénéficiaires et les dates d'ouverture et de fin de droits 	<p>Pas de dépassement</p> <p>Si le patiente est en dehors du parcours de soins, le remboursement sera de 30% sur la part obligatoire et de 70% sur la part complémentaire</p>
Bénéficiaires ACS n'ayant pas souscrit un contrat complémentaire santé encadré	X		70% par l'organisme obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> <u>Attestation « aide pour une complémentaire santé »</u> pour la part obligatoire 	<p>Pas de dépassement</p> <p>Sur votre Espace Pro, la rubrique > Informations patients > ACS sera renseignée comme suit « ACS : social »</p>
Bénéficiaires ACS ayant souscrit un contrat complémentaire santé encadré	X	X	<ul style="list-style-type: none"> soit 100%⁽¹⁾ par l'organisme obligatoire si vous faites le choix d'un flux « paiement coordonné par l'AMO » soit 70% par l'organisme obligatoire et 30% par l'organisme complémentaire si vous faites le choix d'un flux « procédure standard SESAM-Vitale » 	<ul style="list-style-type: none"> Carte Vitale à jour avec la mention des droits ACS (date d'ouverture et date de fin) <p><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Attestation « tiers-payant intégral »</u> pour la part obligatoire et complémentaire 	<p>Pas de dépassement</p> <p>Veiller à paramétrer votre logiciel de facturation pour permettre la facturation soit en paiement coordonné par l'Assurance Maladie (part obligatoire et complémentaire versée par l'Assurance Maladie) ou relation directe avec l'organisme complémentaire (part complémentaire versée par l'organisme complémentaire)</p> <p>Sur votre Espace Pro, la rubrique > Informations patients > ACS sera renseignée comme suit « ACS : ContratA » ou « ACS : ContratB » ou « ACS : ContratC »</p>



(1) dans la limite des tarifs conventionnels (sans dépassements)



LA DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS OU TIERS PAYANT 3/3

La pratique du tiers payant AMO (part obligatoire) **est obligatoire** pour les bénéficiaires d'une prise en charge à 100% au titre :

- o d'une ALD pour les soins en rapport avec cette affection,
- o d'une maternité,

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers-payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

(article 83 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé)

Situations ouvrant droit au tiers-payant	Part obligatoire	Part complémentaire	Prise en charge	Justificatifs à présenter par le patient	A noter
Soins dispensés à un patient atteints d'une ALD visée aux 3 ^o et 4 ^o de l'article L. 160-14 du CSS	X		100% par l'organisme obligatoire	Carte vitale	<ul style="list-style-type: none"> • Cette disposition n'est valable que pour les actes en rapport avec l'affection concernée.
Soins dispensés à un patient bénéficiaires de l'assurance maternité	X		100% par l'organisme obligatoire	Carte vitale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les soins, en rapport ou non, avec la maternité, intervenant quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se terminant douze jours après l'accouchement, ▪ Les examens obligatoires liés à la grossesse (les examens prénataux et post-nataux, l'examen du futur père, accompagné, le cas échéant, d'analyses et d'examens complémentaires appropriés, les examens obligatoires pour les enfants âgés de moins de six ans - article L. 2131-2 du CSP).

Pour toutes vos questions et réclamations liées à la facturation en tiers-payant, quels que soient le régime d'affiliation de votre patient et sa caisse de rattachement, contacter l'équipe administrative dédiée :

- à tout moment par email, : cesi-medecins@cnamts.fr
- du lundi au vendredi de 8h à 17 jusqu'à 20h les mercredis et jeudi par téléphone 0 811 50 50 50



VALORISER L'ACTIVITE : REMUNERATION AU FORFAIT

□ Zoom sur la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) Médecin Traitant Adulte

► Objectif : valoriser l'amélioration des pratiques autour de trois grands axes et au travers d'indicateurs

Thèmes des indicateurs :

Suivi des pathologies chroniques	Prévention	Efficiences
Diabète	Grippe	Prescription dans le répertoire
Hypertension artérielle	Dépistage des cancers	Prescription de bio-similaires
Risque cardio-vasculaire	iatrogénie	Efficience des prescriptions
	Antibiothérapie	
	Conduites addictives	
220 points maximum	390 points maximum	330 points maximum

L'atteinte des objectifs est mesurée pour chaque indicateur et valorisée par l'attribution de points. Chaque indicateur est indépendant. La rémunération est modulée selon la taille de la patientèle au 31 décembre N. Le nombre total de points obtenus est multiplié par la valeur du point fixée à 7 €. Le versement intervient en N+ 1.

Attention : vous disposez de 3 mois pour établir un refus concernant la ROSP par courrier recommandé avec accusé de réception. Ce refus est définitif pour toute la durée de la convention.



Pour de plus de renseignements sur ce dispositif, consultez le site ameli.fr en cliquant [ici](#).

VALORISER L'ACTIVITE : REMUNERATION AU FORFAIT

☐ Zoom sur la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) pour les enfants de moins de 16 ans ayant déclaré un médecin traitant

- ▶ Objectif : conforter votre rôle de médecin traitant

Thèmes des indicateurs

Suivi des pathologies chroniques	Prévention
Asthme (2 indicateurs)	Obésité
	Vaccination (2 indicateurs)
	Antibiorésistance (2 indicateurs)
	Dépistage des troubles sensoriels
	Dépistage des troubles des apprentissages
	Suivi bucco-dentaire
70 points maximum	235 points maximum

L'atteinte des objectifs est mesurée pour chaque indicateur et valorisée par l'attribution de points. Chaque indicateur est indépendant. Le nombre total de points obtenus est multiplié par la valeur du point fixée à 7 €. Le versement intervient en N+1.

Attention: vous disposer de de 3 mois suivant installation pour établir un refus concernant la ROSP par courrier recommandé avec accusé de réception. Ce refus est définitif pour toute la durée de la convention.

Pour de plus de renseignements, consultez le site ameli.fr en cliquant [ici](#).

VALORISER L'ACTIVITE : REMUNERATION AU FORFAIT

□ Zoom sur le Forfait Patientèle : selon les caractéristiques de la patientèle

- ▶ Objectif : renforcer votre valorisation de médecin traitant dans le suivi de votre patientèle

Caractéristiques du patient	Valorisation
Enfant de 0 à 6 ans	6€
Personne de 6 à 80 ans, en bonne santé	5€
Personne en affection de longue durée	42€
Personne âgée de plus de 80 ans	42€
Personne âgée de plus de 80 ans et en affection de longue durée	70€

- ✓ Une majoration supplémentaire est appliquée selon la part de patientèle en CMU-C

Ce forfait est attribué à tout médecin en secteur 1 ou en secteur 2 ayant adhéré aux options pratiques tarifaires maîtrisés en fonction de la patientèle qui l'aura déclaré comme médecin traitant au 31/12/N. Le versement intervient à la fin du 1^{er} semestre N+1.



VALORISER L'ACTIVITE : REMUNERATION AU FORFAIT

Zoom sur le Forfait Structure

- Objectif : vous aider à investir dans des outils et des modes d'organisation facilitant votre pratique et la gestion de votre cabinet et développer des démarches d'appui et de services offerts aux patients

Indicateurs socles : favoriser la coordination des soins et la prise en charge des patients, à travers l'équipement du cabinet	Nbre points 2019
Disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription certifié par la HAS, compatible Dossier Médical Partagé	280
Utiliser une messagerie sécurisée de santé	
Disposer d'une version du cahier des charges SESAM-Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération	
Taux de télétransmission \geq à 2/3	
Affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé	

Indicateurs complémentaires : valoriser les services supplémentaires proposés à la patientèle	Nbre points 2019
Tous les indicateurs socles doivent être atteints pour pouvoir prétendre à une rémunération des indicateurs complémentaires	
Taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices (avis d'arrêt de travail en ligne, protocole de soins électronique...)	90
Capacité à coder certaines données (pouvoir éditer des listes anonymisées attestant de la capacité à requêter sur des données médicales codées)	50
Document attestant d'un engagement à une prise en charge coordonnée des patients (équipe de soins primaires...)	60
Attester d'un investissement pour de nouveaux services aux patients : temps de personnel dédié, prestataire externe	130
Encadrement des jeunes étudiants en médecine (attestation de stage)	50

LE PARCOURS DE SOINS (1/5)

Les assurés, quel que soit leur âge, sont invités à choisir et [déclarer un médecin traitant](#).

❑ A partir de 16 ans

Si le patient consulte un médecin différent de son médecin traitant sans l'avoir préalablement consulté ou s'il n'a pas choisi de médecin traitant, le taux de remboursement des actes médicaux est minoré.

- ▶ Part obligatoire versée pour un patient dans le parcours de soins : 70%
- ▶ Part obligatoire versée pour un patient en dehors du parcours de soins : 30%

Pour pouvoir rembourser vos patients au mieux, l'Assurance Maladie a besoin de connaître leur situation vis-à-vis du parcours de soins. Vous devez donc bien préciser sur la feuille de soins si votre patient est dans le parcours de soins coordonnés ou non.

Selon sa situation, les modalités de facturation sont différentes : baisse du taux de remboursement, application de dépassements, etc.

❑ En-dessous de 16 ans

Les patients ne sont pas pénalisés en l'absence de déclaration de médecin traitant ou lorsqu'ils consultent un médecin correspondant sans orientation préalable de leur médecin traitant.

La désignation d'un médecin pour les enfants est une mesure de la convention médicale de 2016 visant à améliorer la prise en charge des plus jeunes (développement de l'enfant, le suivi de la vaccination...) et à encourager la prévention (obésité, addictions, contraception...)



Pour savoir si votre patient a déclaré un médecin traitant, n'hésitez pas à consulter votre espace sur AmeliPro.

LE PARCOURS DE SOINS (2/5)

Le médecin traitant joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins.

► Vous acceptez d'être le médecin traitant d'un patient. Quelle est la marche à suivre ?

Le patient de plus de 16 ans doit faire une déclaration de choix du médecin traitant auprès de sa caisse d'Assurance Maladie.

Cette déclaration peut être réalisée en ligne par le médecin via son espace sur Amelipro, sous réserve de l'accord du patient ou du titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs, ou en remplissant et signant un formulaire papier conjointement avec lui.

Il n'est pas nécessaire que le patient consulte spécialement pour procéder à cette déclaration de choix du médecin traitant. Il pourra profiter d'une prochaine consultation à votre cabinet pour effectuer cette formalité.

► Le médecin correspondant

Si vous assurez la fonction de « médecin correspondant » de votre patient, vous pouvez appliquer une majoration à votre tarif de consultation si vous exercez en honoraires opposables (secteur 1) ou en secteur 2 avec le contrat d'accès aux soins.

Sachez que pour un patient bénéficiaire de la CMU C ou un patient disposant d'une attestation de droit à l'ACS n'ayant pas choisi de médecin traitant, vous pouvez appliquer une majoration de coordination.

C'est le cas lorsque vous recevez un patient qui vous a été adressé par son médecin traitant, en tenant compte des informations fournies par ce confrère, notamment en termes de délais compatibles avec son état de santé.

Il vous incombe alors de tenir informé le médecin traitant du patient de vos constatations et des résultats de vos investigations éventuelles.

► Quels sont les médecins que le patient peut consulter directement, sans passer par son médecin traitant ?

Le dispositif du médecin traitant prévoit une orientation préalable du patient par son médecin traitant pour toute consultation d'autres médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes (y compris pour les consultations dans les établissements hospitaliers).

Cependant, un accès spécifique est prévu chez les médecins spécialistes suivants :

- Gynécologue, pour certains actes (examens cliniques gynécologiques périodiques, suivi des grossesses, ...) ;
- Ophtalmologue, pour certains actes (actes de dépistage et de suivi du glaucome, ...) ;
- Psychiatre ou un neuropsychiatre, si votre patient a moins de 26 ans ;
- Stomatologue, pour certains actes (soins de prévention bucco-dentaire, soins de prothèse dentaire, ...).

La liste complète des actes concernés est disponible sur [Ameli.fr](#) > rubrique Gérer votre activité > Le médecin traitant.

De même, ne nécessitent pas d'orientation préalable par le médecin traitant :

- les consultations de suivi et de contrôle ;
- les consultations prévues dans le cadre d'un protocole de soins ;
- les consultations dans le cadre d'une urgence médicale, lorsque le patient est éloigné de sa résidence habituelle (à l'occasion de vacances par exemple) ;
- les consultations faites par un confrère dans un cabinet de groupe, en cas d'absence du médecin traitant.

► **A noter** : Si vous êtes médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral ou si vous vous installez dans une zone dite « fragile », les consultations que vous assurez sont exonérées de la majoration de reste à charge pendant les 5 premières années d'installation.



LE PARCOURS DE SOINS (3/5) : LA FACTURATION ELECTRONIQUE

Lorsque vous télétransmettez des soins via votre logiciel informatique, vous pouvez **sélectionner une des propositions** (exemples ci-dessous) **pour renseigner le parcours des soins en fonction de votre situation professionnelle, de celle de l'assuré et des circonstances de la délivrance de soins.**

Exemples de propositions:

- Médecin traitant déclaré,
- Urgence,
- Accès direct spécifique,
- Médecin traitant remplacé....



Les paramétrages de ces propositions se font en lien avec votre fournisseur de logiciel afin de cocher la situation la plus appropriée dans le parcours de soins.

Le libellé des propositions peut varier en fonction du logiciel utilisé.



POUR BIEN DEMARRER VOTRE ACTIVITE

LE PARCOURS DE SOINS (4/5) : LA FACTURATION PAPIER

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case **1**

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous
nom et prénom du médecin : **2**
(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique **3** urgence **4** hors résidence habituelle **5** médecin traitant remplacé **6** accès hors coordination **7**

Feuille de soins papier

1	Vous êtes le nouveau médecin traitant déclaré.
2	Vous intervenez en tant que médecin correspondant (soit sur demande du médecin traitant, soit sur demande d'un autre médecin correspondant, soit sur demande d'un médecin en accès direct spécifique) : indiquer le nom et le prénom du médecin traitant de votre patient.
3	L' accès direct spécifique concerne : - les gynécologues consultés dans le cadre de la contraception, du suivi de grossesse, de dépistages périodiques ou d'une IVG. - les ophtalmologues consultés dans le cadre d'une prescription ou d'un renouvellement de lunettes, de dépistage et suivi de glaucome. - les stomatologue consultés dans le cadre de soins de prévention bucco-dentaire, de soins conservateurs, soins chirurgicaux, soins de prothèse dentaire, traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale. - les psychiatres ou neuropsychiatres dans le cadre des soins prodigués aux patients de moins de 26 ans.
4	Vous recevez un patient en urgence . <i>L'urgence se définit comme une situation non prévue plus de 8 heures avant, et mettant en jeu la vie du patient ou son intégrité physique et nécessitant la mobilisation rapide du médecin.</i>
5	Vous êtes consulté par un patient éloigné de sa résidence habituelle .
6	Vous remplacez ponctuellement le médecin traitant de votre patient.
7	Dans tous les autres cas (le taux de remboursement sera alors minoré car le patient sera en dehors du parcours de soins).



LE PARCOURS DE SOINS (5/5) : DECLARATION D' UN CABINET MEDICAL DE GROUPE

[Retour à l'accueil](#)

Dans le cadre du parcours de soins, la réglementation prévoit que lorsqu'un patient consulte un médecin de la même spécialité que le médecin qu'il a désigné comme médecin traitant et exerçant au sein du même cabinet médical, il doit être considéré comme respectant les règles du parcours de soins. Aucune majoration de participation ne doit alors lui être appliquée.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie recueille les informations permettant d'identifier l'ensemble des cabinets de groupe et les médecins y exerçant (à l'exception des collaborateurs libéraux²).

Ainsi, quel que soit le médecin consulté au sein de votre cabinet de groupe, vos patients, ou ceux de vos confrères déclarés « du même cabinet », seront considérés comme respectant le parcours de soins sans que vous ayez à le mentionner sur la feuille de soins.

². Les collaborateurs libéraux ne peuvent pas encore être identifiés comme appartenant à un cabinet dans le système d'information de l'assurance maladie. Une évolution technique est en cours. Dans l'attente, les collaborateurs libéraux exerçant au sein d'un cabinet de groupe doivent continuer à utiliser l'indicateur R pour une FSE (sélection de « médecin de substitution » dans son logiciel) ou cocher la case « médecin-traitant remplacé » sur la feuille de soins papier lorsqu'il assure les soins à la place du médecin traitant désigné.

 **DECLARATION D'UN CABINET MEDICAL DE GROUPE**

Document à retourner à la CPAM de Vendée :
par courrier au Service RPS - 61 rue Alain - 85981 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9
ou par mail à : correspondant.rps@cpam-laroche.namts.fr

DATE : _____

NOM ET ADRESSE DU GROUPE : _____

Catégorie du groupe (cocher la case correspondante) :

Structure juridiquement constituée	<input checked="" type="checkbox"/> Société Civile Professionnelle monodisciplinaire	
	<input type="checkbox"/> Société Civile Professionnelle pluridisciplinaire	
	<input type="checkbox"/> Société civile de moyens	
	<input type="checkbox"/> Société d'exercice libéral	
	<input type="checkbox"/> Autres structures juridiques	
Sans structure juridique formalisée	<input type="checkbox"/> Société de fait, contrat d'association, contrat de collaboration,...	

Liste des membres du cabinet de groupe exerçant dans les mêmes locaux (à l'exception des collaborateurs libéraux)

NOM	PRENOM	N° RPPS	N° AM correspondant à ce cabinet	SIGNATURE

 Pensez à signaler tout changement dans la composition de votre cabinet de groupe à votre Caisse.

En cas de changement de situation au sein de votre cabinet de groupe, contactez-nous par mail : correspondant.rps.cpam-laroche@assurance-maladie.fr

POUR BIEN DEMARRER VOTRE ACTIVITE

LA FACTURATION DE VOS ACTES

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

1	MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)	3	SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115 (cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)
	acte conforme au protocole ALD 1	action de prévention 2	autre 4
	accident causé par un tiers : non <input type="checkbox"/>	oui 5	date J J 5 M A A A A
6	MATERNITE	date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement	J J M 6 A A A A
7	AT/MP	numéro	ou date J J M 7 A A A A

1	A cocher si votre patient est reconnu en Affection de Longue Durée
2	A cocher si vous réalisez une mammographie de dépistage du cancer du sein.
3	À cocher s'il s'agit de soins en rapport avec l'affection pour laquelle le bénéficiaire des soins est pensionné de guerre
4	A cocher si vous réalisez des actes dans le cadre de la stérilité ou des soins à des mineurs victimes de sévices sexuels.
5	A cocher lorsque les soins font suite à un accident causé par un tiers (accident de la circulation, blessure au cours d'une activité sportive, mauvaise chute sur un trottoir, morsure par un chien, coups et blessures, suspicion d'erreur médicale, d'infection nosocomiale...) et reporter en face, si possible, la date de l'accident.
6	A cocher lorsque les soins sont en rapport avec une maternité et indiquer la date présumée de début de grossesse ou la date d'accouchement
7	À cocher lorsque les soins font suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle et indiquer le numéro d'enregistrement de ce dernier ou à défaut la date de l'accident ou la date à laquelle la maladie a été médicalement constatée.



POUR BIEN DEMARRER VOTRE ACTIVITE

LA DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

1

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

2

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actes

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

1	<p>A cocher si votre patient bénéficie du tiers payant sur la part obligatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) <u>n'ayant pas</u> souscrit un contrat complémentaire santé encadré, - soins réalisés dans le cadre de la permanence des soins, - patient présentant des difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières, - patientes mineures d'au moins 15 ans consultées dans le cadre de la contraception, - tous patients depuis le 1^{er} janvier 2017
1 + 2	<p>A cocher si votre patient bénéficie du tiers payant sur la part obligatoire <u>et</u> complémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - victimes d'un Accident du Travail ou Maladie Professionnelle, - bénéficiaire de l'ACS <u>ayant</u> souscrit un contrat complémentaire santé encadré, - bénéficiaires de la CMUC, - bénéficiaires de l'AME, - mammographie de dépistage national du cancer du sein. <p>A cocher si vous choisissez d'appliquer le tiers payant sur la part obligatoire <u>et</u> complémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bénéficiaire de l'Assurance Maternité - Personnes atteintes d'une ALD



LA PERMANENCE DES SOINS (1/2)

► La participation des médecins libéraux

L'organisation de la permanence des soins des médecins généralistes libéraux relève de l'ADOPS 85 (Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins). Pour participer à la permanence des soins, vous devez vous inscrire auprès de cette association.

► Le financement de la permanence des soins

Si vous êtes médecin Régulateur

L'Assurance Maladie participe au financement de la régulation des médecins libéraux.

Si vous êtes médecin libéral régulateur (permanence téléphonique), elle vous verse l'équivalent de **3C, soit 69 € de l'heure** pour votre **participation à la régulation organisée par le SAMU**, le dimanche, les jours fériés et la nuit en fonction des besoins.

Si vous êtes Médecin effecteur

La rémunération de l'astreinte peut vous être versée si vous êtes nominativement inscrit en tant que médecin de permanence auprès de l'ADOPS 85, sur un secteur donné et pour une période donnée, et que votre **intervention est conditionnée aux appels de la régulation organisée par le SAMU**.

Les tableaux de garde sont établis mensuellement par l'ADOPS 85 (Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins), validés par l'ARS puis transmis à la CPAM pour règlement. L'astreinte vous est alors versée sous la forme d'un forfait dont le montant varie, selon la période de garde :

Exemples : soirée de 20h à 00h : 90 €

samedi de 12h à 20h : 100 € ou 150 € selon période

dimanche et jour férié de 150 € à 300 € selon période.

Pour plus d'informations sur les indemnisations, contacter l'ADOPS ou l'ARS de la Vendée.

► La facturation des actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous
nom et prénom du médecin : _____
(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique urgence hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordination

En tant que médecin de garde et afin de procéder au juste remboursement des soins, veuillez à cocher la case «urgence» pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins.



LA PERMANENCE DES SOINS (2/2)

Les majorations spécifiques

En tant que médecin libéral **de garde**, vous pouvez appliquer des majorations dites « majorations spécifiques de nuit, milieu de nuit, dimanche et jours fériés » si :

- ▶ Vous êtes inscrit en tant que tel au tableau de l'ADOPS et vous intervenez à la demande du centre de régulation.
- ▶ Vous n'êtes pas inscrit au tableau de garde, mais vous intervenez sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Les majorations spécifiques à la permanence des soins sont **cumulables avec** :

- la consultation au cabinet,
- la visite à domicile,
- les indemnités horokilométriques (IK) définies à l'article 13 (C) des conditions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.

Ces majorations **ne sont pas cumulables** avec :

- les majorations de coordination : majoration de coordination généraliste (MCG)
- les majorations de déplacement pour visite justifiée suivantes : MDN, MDD, MDI, MD, MDE
- les majorations pour actes effectués la nuit, les dimanches ou jours fériés (MN, MM, F)
- les actes CCAM

Retrouvez ces informations sur ameli.fr en cliquant [ici](#)

Les codes actes des majorations spécifiques

	Codes majorations des actes à domicile	Tarifs majorations des actes à domicile	Codes majorations des actes en cabinet	Tarifs majorations des actes en cabinet
Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h	VRN	46,00 €	CRN	42,50 €
Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h	VRM	59,50 €	CRM	51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés	VRD	30,00 €	CRD	26,50 €
Samedi après-midi	VRS	30,00€	CRS	26,50€

Aide à la cotation : OMNIPRAT

Une aide à la cotation simplifiée en 3 étapes pour vous aider dans votre facturation.

<https://omniprat.org/>



Bouquet de services offrant de nombreuses fonctionnalités

Se connecter à AMELI PRO

<https://espacepro.ameli.fr>

Pour se connecter :

- Avec vos identifiants
 - Numéro d'Assurance Maladie (9 chiffres)
 - Code d'accès (code délivré à votre demande par courrier)

Accéder à votre compte

Identification

Numéro d'Assurance Maladie

Mot de passe

Mot de passe oublié ?

Vous connecter

Identification par carte CPS

Lire carte CPS

En savoir plus

Vous connecter par carte CPS

Créer votre compte

Inscrivez-vous et bénéficiez d'un ensemble de services destinés à faciliter l'exercice de votre activité professionnelle.

Numéro d'Assurance Maladie

Créer votre compte

Les fonctionnalités

Activités

- Tous mes paiements
- Indicateurs Convention médicale (ROSP)
- Maîtrise dépassement d'honoraires (OPTAM)
- Saisie des horaires de cabinet
- Patientèle sophia
- Patientèle médecin traitant
- Relevé individuel d'activité et de prescriptions

Services patients

Disponible uniquement avec une carte CPS et la carte vitale du patient

- Arrêts de travail
- Protocoles de soins et ALD
- Déclaration du médecin traitant
- Accident de travail / maladie professionnelle
- Prescription de transport
- Déclaration simplifiée de grossesse
- Historique de remboursement

Les plus

- **Commande** : commande d'imprimés et commande de dispositifs
- **Gestion du compte** : code d'accès, informations personnelles, adresse mail
- **Liens utiles** : Nomenclature des actes CCAM, référentiels HAS, AMELI
- **Contacts** : annuaire des organismes, l'Assurance Maladie par mail

Activités

Tous mes paiements

Indicateurs Convention médicale (ROSP)

Maîtrise dépassement d'honoraires (OPTAM)

Saisie des horaires de cabinet

Patientèle sophia

Patientèle médecin traitant

Relevé individuel d'activité et de prescriptions

Services patients

Arrêt de travail : Nouvelle version Créer, Créer

Protocoles de soins et ALD : Consulter, Créer, Gérer, Suivre le renouvellement

Déclaration du médecin traitant : Créer

Accident de travail / Maladie Pro : Créer un certificat

Prescription de transport : Créer, Consulter, Gérer mes brouillons, Gérer mes prescriptions

Déclaration simplifiée de grossesse : Créer

Historique des remboursements : Consulter

Identification patient

Nom : KORSIA
Prénom : Béatrice
NIR : 101010100100153
Né(e) le : 01/01/1901
Rang : 1

Régime : REGIME GENERAL
Caisse de rattachement : CPAM de l'AIN

Droits à la date du jour : OUI
Exonération : NON
ACS : OUI
CMUC : NON
AME : OUI
MT : NON

Changer de patient

Les réponses figurant ci-dessus sont données à titre d'information et sous réserve des vérifications prévues par les textes régissant le remboursement des soins.

Commandes | Gestion du compte | Liens utiles | Contacts

Commande d'imprimés

Commande de dispositifs (TDR, KDCC, Tensiomètre)

L'ASSISTANCE AMELIPRO EST DISPONIBLE AU

0 811 709 710

du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

0,06 €/min + prix appel

LE RETOUR D'INFORMATIONS SUR VOTRE ACTIVITE

► Le Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP)

Le relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP) donne à chaque médecin une image de son activité, y compris de celle de son éventuel remplaçant.

Elaboré à partir des informations enregistrées depuis le 1er janvier de chaque année, toutes caisses confondues, il vous est adressé trimestriellement. Les relevés sont cumulatifs, le deuxième trimestre s'ajoute au premier et ainsi de suite.

Le RIAP se présente sous forme de quatre chapitres distincts. Pour chaque chapitre figurent les :

- données individuelles du médecin (colonne «votre situation»),
- ratios moyens d'actes et de prescriptions obtenus au niveau de la région (colonne «référentiel région»).

① Votre activité

Ce chapitre correspond à l'activité globale constituant vos honoraires (nombre de consultations et de visites, nombre de coefficients des actes techniques ...).

② Vos prescriptions

Ce chapitre indique :

- les coefficients des actes des auxiliaires médicaux,
- le nombre de jours d'arrêt de travail prescrits et indemnisés en maladie ou accident de travail (délai de carence exclu),
- le montant des prescriptions déclinées par poste de dépense (pharmacie, transports, ...).

Il contient toutes les rubriques concernant les prescriptions qu'un médecin peut rédiger.

③ Vos patients

Il indique les caractéristiques de votre patientèle répartie par classe d'âge. Le pourcentage de patients actifs ayant eu un arrêt de travail et le pourcentage de patients exonérés du ticket modérateur sont également pris en compte. Chaque malade n'est compté qu'une seule fois quel que soit le nombre d'actes ou de prescriptions dont il a bénéficié.

④ Le coût total de votre activité

Ce chapitre correspond à l'ensemble des dépenses, montants remboursables et remboursés de vos honoraires et montants remboursables des prescriptions que vous avez établies sur la période considérée.

La rubrique "coût total" correspond à l'ensemble des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie pour l'ensemble de votre activité sur la période considérée. Elle inclut les montants remboursés des actes, des prescriptions et des frais de déplacement, sans tenir compte des dépassements.

Le RIAP est exclusivement destinés à votre usage personnel. Il vous permet de connaître précisément votre activité.

POUR BIEN DEMARRER VOTRE ACTIVITE

Retour à l'accueil

LE RELEVÉ INDIVIDUEL D'ACTIVITÉS ET DE PRESCRIPTIONS

18/03/2010

SNIR RELEVÉ INDIVIDUEL D'ACTIVITE ET DE PRESCRIPTIONS JANVIER A DECEMBRE 2009
N° professionnel : ██████████

VOTRE ACTIVITE	VOTRE SITUATION		REFERENTIEL REGION	
	en volume	par patient	en volume	par patient
NB CONSULTATIONS	4572 ***	2.72 **	4530	
NB REMUNERATIONS ALD	149 ***		141	
NB VISITES	651 ****	0.38 ****	351	0.21
NB MAJORATIONS NOURRISSON	153	0.09 **	219	0.13
NB MAJORAT ENFANTS 2-6 ANS	145	0.08	244	0.14
NB MAJORAT DEPLACEMENT JOUR	648		314	
NB ACTES CHIRURGIE ET MEDICAUX	3		29	0.03
MONTANT MOYEN REMBOURSABLE	55.53		26.90	
NB MODIFICATEURS URGENCE	3		5	
NB AUTRES ACTES REMBOURSES	5		3	
NB MAJORATIONS REGULEES	1		42	
NB MAJORATIONS NON REGULEES	1		5	
NB TOTAL ACTES REMBOURSES	5231 ***	3.11 ***	5027	3.06
% NB ACCES MEDECIN TRAITANT	82.80		66.23	
% NB ACCES CORRESPONDANT	0.04		0.12	
% NB ACCES HORS RESIDENCE	1.99		0.54	
% NB ACCES EN URGENCE	0.41		0.95	
% NB ACCES HORS COORDINATION	3.17		6.82	
% NB EXCLUSIONS DU DISPOSITIF	11.57		22.24	
VOS PRESCRIPTIONS				
COEFF. SOINS INFIRMIERS	13019	8.19 ****	6679	
COEFF. KINESITHERAPIE	14380	9.04 **	1587	
COEFF. BIOLOGIE	143778	90.48 ***	12975	77.96
NOMBRE IJ	2464	20.03	2974	30.70
MT REMBOURSABLE PHARMACIE	332233	209.08 ***	291100	176.92
DONT % GENERIQUES	4.57		6.61	
MT REMBOURSABLE FOURNITURES	30407	19.13	30263	18.02
MT REMBOURSABLE TRANSPORTS	3472	2.18	6017	3.65
MT REMB. AUTRES PRESCRIPTIONS	18879	11.88	21396	12.90
VOS PATIENTS				
% PATIENTS EXONERES	29.66		21.00	
% PATIENTS CMU	11.36		5.70	
% ACTIFS AYANT EU DES IJ	16.46		11.69	
% MOINS DE 16 ANS	15.90		23.29	
% 16 A 59 ANS	58.46		54.18	
% 60 A 69 ANS	11.61		9.19	
% 70 ANS ET PLUS	14.00		13.31	
REMBOURSEMENTS				
	VOTRE SITUATION		REFERENTIEL REGION	
	en volume	par patient	en volume	par patient
MONTANTS REMBOURSABLES ACTES	128945 **			
MONTANTS REMBOURSES ACTES	102699 ***		101819	
MT RBSABLE PRESCRIPT /MT ACTES	4.44 ***		4.23	
%HONO SANS DEPASST/HONORAIRES	99.98		99.96	

Référentiel région :
comparaison avec qui ? La moyenne des prestations et des patients enregistrés pour les médecins de même spécialité exerçant dans la région des Pays de la Loire

Quartile : indicateur visuel vous positionnant par rapport à la moyenne régionale.
* = en dessous
** ou *** = même niveau
**** = au dessus

Remboursable et remboursés :
Remboursable = montant des actes mis au remboursement moins les dépassements
Remboursés = montant des remboursements effectués



Ayez le réflexe AmeliPro !
Ce document peut être téléchargé depuis votre espace



POUR BIEN DEMARRER VOTRE ACTIVITE

Retour à l'accueil

LE RELEVÉ ANNUEL D'HONORAIRES (SNIR)

SNIR
EXERCICE 2009
CPAM SAINT NAZAIRE

RELEVÉ D'HONORAIRES
N° professionnel : ██████████
Spécialité : MEDECINE GENERALE
DEBUT EXERCICE : 10/2008

09/03/2010
Page 3/6
CONVENTIONNE

ACTIVITE PROFESSIONNELLE TOTALE

MNT ADC :	157	COE C :	4573	NBR EXS :	
NBR MAJU :	1	NBR MD :	648	NBR MGE :	
NBR MU :	1	NBR RMT :	149		

Honoraires pour actes : 129 026 €
Dont Dépassements pour :
Autres : 20 €

Honoraires hors dépassements et actes non remboursables : 129 006 €

RMT : le nombre de Rémunérations Médecin Traitant versées

ACTIVITE DETAILLEE PAR ORGANISME DE PRESTATION

REG GENERAL 061 000	COE C :	1	Honoraires	22 €
REG GENERAL 131 000	COE C :	2	NBR MNO :	1
REG GENERAL 141 000	COE C :	2	Honoraires	44 €
REG GENERAL 141 506	COE C :	1	Honoraires	22 €
REG GENERAL 141 506	COE C :	1	Honoraires	22 €
REG GENERAL 171 000	COE C :	2	Honoraires	44 €
REG GENERAL 171 601	COE C :	2	Honoraires	44 €
REG GENERAL 221 000	COE C :	2	Honoraires	44 €
REG GENERAL 271 000	COE C :	1	Honoraires	22 €
REG GENERAL 291 000	COE C :	2	NBR MNO :	1
REG GENERAL 301 000	COE C :	1	Honoraires	22 €
REG GENERAL 311 601	COE C :	3	NBR MGE :	1
REG GENERAL 321 000	COE C :	2	Honoraires	44 €
REG GENERAL 331 000	COE C :	1	Honoraires	22 €
REG GENERAL 341 000	COE C :	7	NBR MGE :	1
REG GENERAL 351 506	COE C :	7	Honoraires	154 €
REG GENERAL 351 506	COE C :	1	Honoraires	22 €
REG GENERAL 351 617	COE C :	3	Honoraires	66 €
REG GENERAL 371 000	COE C :	5	Honoraires	110 €

La rubrique « Autres » inclut des dépassements notamment pour exigence du patient (DE).

► Fin avril/début mai, la CPAM vous communique un relevé récapitulant les honoraires perçus pour l'année écoulée.

► Ce relevé précise le montant de vos honoraires et détaille votre activité professionnelle.

► Tous les régimes de protection sociale sont regroupés (régime général, professions indépendantes, agricoles ...).

► Les honoraires sur le relevé annuel correspondent aux actes remboursés au cours de l'année civile et non pas à ceux que vous avez réellement pratiqués durant la même période. Une différence peut donc apparaître entre le montant des honoraires déclarés par la caisse primaire d'assurance maladie et ceux réellement perçus.

Le relevé annuel d'honoraires est exclusivement destinés à votre usage personnel. Il vous permet de connaître précisément votre activité.

Ayez le réflexe AmeliPro !

Ce document peut être téléchargé depuis votre espace pendant 6 mois

LES FORMULAIRES

Pour obtenir vos imprimés : commander directement à partir d'ameliPro rubrique « les Plus »

Vous avez la possibilité de télécharger tous les formulaires (excepté les formulaires de facturation). Le bouton télécharger est affiché pour lorsque l'option est disponible.

En cliquant sur « Télécharger » le formulaire au format pdf s'affiche, renseigné avec vos coordonnées (N°AM, Nom prénom et Adresse du cabinet).

Ce pdf est également remplissable en ligne.

COMMANDE D'IMPRIMÉS

Dr Martin DUPONT

331022012
CPAM de GIRONDE
cnamts-
medecin@yopmail.com

MES IMPRIMÉS | MES COMMANDES

MsgMedecin

616 Demande de prolongation médicale de séjour hospitalier
COMMANDER | TÉLÉCHARGER

619 Demande d'accord préalable pour admission en service de soins

629 Demande d'entente préalable pour un traitement d'assistance respiratoire de longue durée à domicile

Un délai de 3 semaines est nécessaire à la fabrication de vos imprimés pré- identifiés.



CONSEILS PRATIQUES

► L'affichage dans votre salle d'attente

Vous êtes tenu d'afficher dans votre salle d'attente votre situation conventionnelle vis-à-vis des organismes d'Assurance Maladie ; vos honoraires et fourchettes d'honoraires pour les actes couramment pratiqués ; les conditions dans lesquelles est assurée la permanence de soins et l'urgence (+ de détails page suivante).

L'information des assurés sur l'offre de soins s'est traduite par la conception d'un dispositif permettant un premier niveau de réponse « Annuaire santé d'Améli.fr ».



► Sur vos ordonnances

Pour être correctement traitée par l'exécutant et par la caisse d'Assurance Maladie de votre patient, votre prescription en double exemplaire doit contenir :

- vos nom et prénom, spécialité(s), situation conventionnelle vis-à-vis de l'Assurance Maladie ;
- votre numéro AM (Assurance Maladie) et votre numéro RPPS (identification conforme aux caractéristiques définies par l'arrêté du 10/08/2010 décrivant le procédé d'impression de type code à barres) ;
- votre numéro de téléphone, adresse professionnelle, jours et heures d'ouverture ;
- si vous faites partie d'une association ou d'une société, vous pouvez préciser le nom des médecins associés ;
- mention « En cas d'urgence », suivie d'un numéro d'appel.

► L'accessibilité des locaux

Conformément à l'article R.4321-114 du Code de la Santé Publique, vous disposez, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats permettant le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique,

La loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » fixe le principe d'une accessibilité à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap (physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique...) et ou en cas de situations particulières (handicaps temporaires, personnes avec poussette, bagages, enfants, étrangers ne parlant pas la langue...).

Pour en savoir plus sur l'accessibilité, vous pouvez contacter la :

Direction Départementale des Territoires et de la Mer de la Vendée

19 rue Montesquieu - BP 60827
85021 LA ROCHE SUR YON cedex

Téléphone : 02 51 44 32 32 – Télécopie : 02 51 37 92 64
Informations sur www.vendee.pref.gouv.fr



CONSEILS PRATIQUES (2/4)

► L'affichage dans votre salle d'attente

Vous êtes tenu d'afficher dans votre salle d'attente :

- votre situation vis-à-vis des organismes d'Assurance Maladie (type de conventionnement) ;
- vos honoraires et fourchettes d'honoraires pour les actes couramment pratiqués ;
- les conditions dans lesquelles est assurée la permanence de soins et d'urgence vers lesquelles ils choisissent d'orienter les patients ;
- la mention « En cas de doute ou dans les cas les plus graves, appelez le n° « 15 ».

Les phrases suivantes :

1) pour les médecins conventionnés de secteur 1 :

« Votre médecin applique les tarifs de remboursement de l'assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent pas être dépassés, sauf dans deux cas :

- exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation ;
- non-respect par vous-même du parcours de soins.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas cités ci-dessus où votre médecin fixe librement ses honoraires ou dépassements d'honoraires, leur montant doit être déterminé avec tact et mesure. »

2) pour les médecins conventionnés de secteur 2 autorisés à pratiquer des honoraires différents de ceux fixés par la convention :

« Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif du remboursement par l'assurance maladie.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.

Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire, votre médecin doit appliquer le tarif de responsabilité de l'Assurance Maladie. »

3) pour les médecins non conventionnés :

« Votre médecin n'est pas conventionné ; il détermine librement le montant de ses honoraires. Le remboursement de l'Assurance Maladie se fait sur la base des tarifs d'autorité, dont le montant est très inférieur aux tarifs de responsabilité pour les médecins conventionnés.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure



CONSEILS PRATIQUES 3/4

► Comment vous faire connaître ?

En vertu de l'article R.4127-82 du Code de la Santé Publique, lors de votre installation ou en cas de modification de votre exercice, vous pouvez faire paraître dans la presse une annonce, sans caractère publicitaire, dont le texte et les modalités doivent préalablement être communiqués au Conseil Départemental de l'Ordre.

► Comment apparaître dans l'annuaire ?

En vertu de l'article R.4127-80 du Code de la Santé Publique, les seules indications qui doivent figurer dans les annuaires à usage public sont vos :

- nom et prénom ;
- numéro de téléphone ;
- adresse ;
- jours et heures d'ouverture ;
- situation vis-à-vis des organismes d'Assurance Maladie (type de conventionnement) ;
- qualification reconnue, diplômes d'études spécialisées complémentaires et capacités dont vous êtes éventuellement titulaire.

► Votre plaque professionnelle

En vertu de l'article R.4127-81 du Code de la Santé Publique, les seules indications que vous êtes autorisé à y faire figurer sont :

- nom et prénom ;
- numéro de téléphone ;
- jours et heures d'ouverture ;
- situation vis-à-vis des organismes d'Assurance Maladie (type de conventionnement) ;
- titres et qualifications reconnus par l'Ordre.

► Votre caducée

Il vous a été remis pour la première fois, lors de votre inscription à l'Ordre. Ensuite, chaque année, ce caducée est renouvelé, en janvier, lors de l'envoi de l'appel de cotisations. Le caducée sera apposé sur la face antérieure du pare-brise du véhicule que vous utiliserez pour votre activité professionnelle. Ainsi arboré, il peut vous faire bénéficier de mesures de tolérance en matière de stationnement en milieu urbain dans certaines situations (urgences, ...), mais elles ne doivent pas être de nature à gêner la circulation générale ou constituer un danger pour les autres usagers.



CONSEILS PRATIQUES 4/4

► Le remplacement

Vous vous faites remplacer :

- Informer le Conseil départemental de l'Ordre des médecins
- Lui adresser une demande d'autorisation de remplacement, en indiquant les noms et qualité de votre remplaçant, les dates et la durée du remplacement, en joignant l'attestation d'inscription au Tableau de l'Ordre de votre remplaçant, si celui-ci est docteur en médecine (remplaçant thésé) ou la licence de remplacement de votre remplaçant, si celui-ci est un étudiant.
- Vérifier que votre remplaçant réunit toutes les conditions nécessaires à son exercice dans le cadre de la convention. C'est à vous de l'informer des dispositions de la convention et des droits et obligations qui s'imposent à lui, il devra :
 - adopter votre situation au regard des droits et obligations conventionnelles, à l'exception du Droit permanent à dépassement (DP) et de l'affiliation au régime général d'Assurance Maladie.
 - utiliser vos feuilles de soins en y indiquant sa situation de remplaçant ainsi que son numéro d'inscription à l'Ordre.

Vous remplacez un confrère :

Un médecin ou un étudiant qui a remplacé un de ses confrères pendant trois mois, consécutifs ou non, ne peut pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où exerce le médecin remplacé ni dans un cabinet où des médecins exercent en association avec le médecin remplacé sauf accord notifié au Conseil Départemental de l'Ordre.

A défaut d'accord entre tous les intéressés, l'installation est soumise à l'autorisation du conseil départemental de l'Ordre.

► Votre carte professionnelle

La carte professionnelle des médecins, carte avec photographie, doit être demandée au Conseil Départemental de l'Ordre. Elle est validée annuellement par ce dernier. Elle peut simplifier certaines de vos formalités, mais elle permet surtout de prouver votre identité et la réalité de votre exercice professionnel.



SUPPORTS DE COMMUNICATION

Les actualités réglementaires et conventionnelles

En fonction des actualités par mail

Retour à l'accueil

Exemple : Flash info

« Avenants 1, 2 et 3 de la convention nationale des médecins »

l'Assurance Maladie
VENDÉE

FLASH INFO

Relations avec les Professionnels de Santé
SRP/PM/2018

Flash adressé aux médecins
généralistes et spécialistes

Le 16 février 2018

NOUVEAU ZONAGE SUR L'OFFRE DE SOINS MEDICAUX
ARRÊTÉ DE L'ARS DES PAYS DE LA LOIRE N° A-54/2017/44 PARU AU RECUEIL
DES ACTES ADMINISTRATIFS DU 30/12/2017

Dans le cadre du Projet Régional de Santé, l'Agence Régionale de Santé est chargée de définir les zones, caractérisées par une offre de soins insuffisante, sur lesquelles porteront les mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé en Région Pays de la Loire.

L'arrêté déterminant ces zones est entré en vigueur au 1er janvier 2018.

Vous trouverez, ci-joint, la carte et la liste des communes des zones d'intervention prioritaire selon l'arrêté du 28 décembre 2017.

DISPOSITIFS INCITATIFS pour l'installation et l'exercice en ZONE PRIORITAIRE :

Les médecins s'installant ou exerçant déjà dans ces zones, peuvent souscrire à l'un des 4 contrats issus de la convention nationale du 23 octobre 2016 :

- Le Contrat d'Aide à l'Installation Médecin (CAIM) : auquel peuvent adhérer les médecins exerçant en groupe, en ESP ou CPTS.
- Le Contrat de Transition (COTRAM) : auquel peuvent adhérer les médecins de plus de 60 ans, déjà installés en zone d'intervention prioritaire, accompagnant un confrère de moins de 60 ans à s'installer en libéral dans son cabinet.
- Le Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les médecins (COSCOM) : auquel peuvent adhérer les médecins déjà installés en zone prioritaire, exerçant en groupe, en ESP ou CPTS.
- Le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM) : auquel peuvent adhérer les médecins s'engageant à exercer au moins 10 jours par an dans une zone d'intervention prioritaire.

Retrouvez toutes les modalités pratiques concernant ces contrats en cliquant sur le lien suivant :

[LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX](#)

En Vendée, assurés ou agents salariés.

Des informations pratiques sur les pages locales du site Ameli.fr accessibles en cliquant sur l'onglet « votre caisse »

ASSURÉ | **PROFESSIONNEL DE SANTÉ** | EMPLOYEUR

Qui sommes-nous ? | Ressources | Presse | Recrutement

ameli.fr pour les médecins

VOTRE CAISSE : Vendée

ACTUALITÉS | TEXTES DE RÉFÉRENCE | VOTRE EXERCICE LIBÉRAL | SANTÉ ET PRÉVENTION



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

[Retour à l'accueil](#)

**Pour contacter les équipes de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie de la Vendée,
un seul numéro :**

0 811 709 098*

Plateforme téléphonique dédiée aux professionnels
de santé

Du lundi au vendredi
de 8h30 à 17h30 sans interruption

* service 0,06€/min + prix d'un appel local



Commission Paritaire Départementale

La Commission Paritaire Départementale est une instance composée d'**une Section Professionnelle représentant les médecins** et d'**une Section Sociale représentant les caisses d'assurance maladie**.

Elle assure le suivi opérationnel des engagements de maîtrise médicalisée et définit un plan d'actions adapté aux spécificités du département.

La Commission Paritaire Locale se réunit a minima 3 fois par an.

Ses missions

Elle assure le bon fonctionnement des dispositifs conventionnels et s'efforce de régler les difficultés relatives à leur application.

- Elle analyse l'évolution de la consommation des soins et les conditions d'accès aux soins des assurés.
- Elle est responsable de la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée et établit un plan d'actions local.
- Elle informe la Commission Paritaire Régionale et la Commission Paritaire Nationale de ses travaux.



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- Situation médico-administrative du patient -

Retour à l'accueil

L'Accès aux droits

La **P**rotection **U**niverselle **M**aladie garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

► Qu'est-ce que la CMU complémentaire ?

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) fonctionne comme une mutuelle pour vos patients qui ont de faibles ressources. Elle les dispense de faire l'avance des frais pour la plupart des soins.

L'Assurance Maladie délivre ce droit pour une durée d'un an, renouvelable chaque année, après avoir étudié les conditions de ressources et de résidence du demandeur.

ameli.fr - Une complémentaire santé gratuite

► Comment savoir si mon patient est bénéficiaire de la CMUC ?

Lorsque vous recevez un patient bénéficiaire de la CMUC, celui-ci doit vous présenter :

- **sa carte Vitale** mentionnant ce droit
- **ou une attestation papier de droits à la CMU complémentaire** mentionnant la liste des bénéficiaires et les dates de début et de fin de droits à la CMU complémentaire.

Page 1/2

Assurance Maladie AIDE

numéro social : 1234567890

n° de Sécurité Sociale : 12345678901234567890

Pour tout contact ☎ 3040

CAISSE DE L'ASSURÉ LILLES DE BEZONS 1007 CARCAIGNIENNE

0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000

0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000

Madame/Mlle,

Vous trouverez ci-jointe une attestation pour vous permettre de justifier de vos droits auprès des professionnels de santé, des établissements de soins et des institutions.

Cette attestation sanctionne votre déclaration émanée d'un médecin traitant. Le choix du médecin traitant et le respect du parcours de soins vous permettent d'être mieux soigné et remboursé.

Pensez à avoir toujours votre carte Vitale sur vous et à la présenter aux professionnels, que vous consultiez pour une remboursement ou non. Un autre réflexe important : actualisez votre carte et mettez à jour votre carte Vitale lorsque votre situation change : déménagement, mariage, naissance, divorce, ouverture compte bancaire, installation à l'étranger...

Vous pouvez désormais télécharger votre attestation en ligne, pour cela, connectez votre compte sur www.ameli.fr.

Je vous prie d'agréer, madame/mlle, l'expression de mes sentiments distingués.

VOTRE CAISSE DE L'ASSURANCE MALADIE

090 V 0000 0000



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- Situation médico-administrative du patient -

Retour à l'accueil

CMUC (2/2)

► Comment facturer ma prestation ?

Dans tous les cas, vous appliquez le tiers payant.

→ Vous facturez une feuille de soins électronique :

- La carte Vitale de votre patient est à jour

Elle porte la mention des droits à la CMU complémentaire. Dans ce cas, le code 9999999 7 (si la CMU complémentaire est gérée par une CPAM) ou 8888888 8 (si la CMU complémentaire est gérée par un autre organisme) s'inscrit sur la feuille de soins électronique.

Vous devez choisir le destinataire de paiement « Tiers-payant » (TP) sur « Part obligatoire (AMO) » et « Part complémentaire (AMC) ».

- La carte Vitale de votre patient n'est pas à jour

Votre patient doit vous présenter son attestation papier avec ses droits en cours de validité.

Sélectionnez l'option « Tiers-payant sur part obligatoire et sur part complémentaire » (ou « Tiers-payant sur AMO et AMC ») et saisissez manuellement le top mutualiste « M ».

La caisse d'Assurance Maladie de votre patient vous règlera directement la totalité de vos honoraires dans un délai de 4 jours ouvrés environ.

→ Vous pouvez également facturer en tiers-payant en mode dégradé (uniquement CPS):

- L'assuré n'a pas sa carte vitale, vous faites donc une télétransmission avec votre carte professionnelle CPS,
- Et en parallèle vous établissez une feuille de soins papier avec les soins réalisés et la mention « Télétransmission » que vous adressez à la CPAM par SCOR ou papier.

→ Vous pouvez également facturer en tiers-payant sur une feuille de soins papier :

- Dans la zone « Règlement » de la feuille de soins, cochez les cases « L'assuré n'a pas réglé la part obligatoire » et « L'assuré n'a pas réglé la part complémentaire ».

La caisse d'Assurance Maladie de votre patient vous règlera directement la totalité de vos honoraires dans un délai de 20 jours environ.

► Comment serai-je réglé ?

L'Assurance Maladie vous verse directement le montant de vos honoraires au tarif opposable.

Sachez qu'en établissant une feuille de soins électronique, vous êtes remboursé plus rapidement qu'avec une feuille de soins papier. Aussi en cas d'absence de Carte Vitale, pensez à facturer la transmission en dégradé plutôt qu'en feuille de soins papier.

Vous pouvez ensuite vérifier le paiement de vos factures électroniques dans Amelipro.

► Que faire en cas de difficultés rencontrées avec un patient ?

Les bénéficiaires de la CMUC doivent pouvoir être reçus par tous les médecins. En cas de refus de soins, ils pourraient porter réclamation auprès de leur caisse.

Réciproquement, si votre patient ne respecte pas certaines règles (droits à la CMUC non justifiés, rendez-vous manqués), vous pouvez aussi solliciter votre caisse.

LA CMUC EN PRATIQUE Avril 2019

Garantir l'accès aux soins pour tous

Qu'est-ce que la CMUC ?
La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) fonctionne comme une mutuelle pour vos patients qui ont de faibles ressources. Elle les dispense de faire l'avance des frais pour la plupart des soins. L'Assurance Maladie délivre ce droit pour une durée d'un an, renouvelable chaque année, après avoir étudié les conditions de ressources et de résidence du demandeur.

Comment facturer ma prestation ?
Pour pratiquer le tiers payant avec dispense totale d'avance de frais, vous réalisez une feuille de soins selon les modalités habituelles et cochez les cases « L'assuré n'a pas réglé la part obligatoire » et « L'assuré n'a pas réglé la part complémentaire ». Vous ne pouvez pas facturer de déplacement honoraires sauf en cas d'urgence particulière de votre patient.

Comment savoir si mon patient est bénéficiaire de la CMUC ?
Lorsque vous recevez un patient bénéficiaire de la CMUC, il doit vous présenter sa carte Vitale à jour (la mention « date de fin de droits » prouve l'ouverture de droits à la CMUC) ou son attestation de droits. En cas de besoin, vous pouvez également visualiser directement ses droits sur votre compte ameli.

Comment serai-je réglé ?
L'Assurance Maladie vous verse directement le montant de vos honoraires au tarif opposable. Le versement intervient dans les neuf jours si vous établissez une feuille de soins électronique ou dans les trois semaines, s'il s'agit d'une feuille de soins papier. Vous pouvez ensuite vérifier le paiement de vos factures électroniques dans votre logiciel de télétransmission grâce à l'outil Noemie. Pour en savoir plus : www.ameli.fr (rubrique : « gérer votre activité »).

→ Pour en savoir plus
Après de votre caisse, en appelant le 36 46 (grâce à un appel local depuis un poste fixe) et sur www.ameli.fr

Amelipros - @COMUM/AM

L'Assurance Maladie



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- Situation médico-administrative du patient -

Retour à l'accueil

L'AIDE MEDICALE D'ETAT

- ▶ Elle est destinée à assurer l'accès aux soins des étrangers et de leurs personnes à charge ne remplissant pas les conditions de régularité et de stabilité de séjour en France.
- ▶ L'AME ouvre droit à la prise en charge à 100% des soins médicaux dans la limite des tarifs de responsabilité tant en médecine de ville qu'à l'hôpital et du forfait hospitalier, avec dispense d'avance de frais sur présentation de l'attestation de droits.
- ▶ Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas de carte Vitale. Ils doivent vous présenter leur titre d'admission pour pouvoir bénéficier de la prise en charge des soins.



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- Situation médico-administrative du patient -

[Retour à l'accueil](#)

L'AIDE POUR UNE COMPLEMENTAIRE SANTE 1/3

L'ACS est une aide financière venant en déduction des cotisations à payer pour un contrat de complémentaire santé. En pratique, la demande d'attribution de cette aide est étudiée par la caisse d'Assurance Maladie.

En cas d'accord, la caisse d'Assurance Maladie adresse à l'assuré :

- Une attestation-chèque à remettre à un organisme complémentaire
- Une « **attestation de tiers-payant sur la part assurance maladie obligatoire (hors part complémentaire)** » à présenter aux médecins, avec la carte Vitale, pour bénéficier des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires et de la dispense d'avance des frais sur la part prise en charge par l'Assurance Maladie (part obligatoire). Elle est valable 18 mois.

► **Le patient vous règle uniquement la part complémentaire.**

Si l'assuré choisit un des contrats sélectionnés par l'Etat, figurant sur la liste des offres disponible sur www.info-acs.fr, la caisse d'Assurance Maladie adresse alors à l'assuré **une « attestation de tiers payant intégral »** :

- L'assuré doit alors mettre à jour sa carte Vitale pour pouvoir bénéficier de la dispense totale d'avance de frais (part obligatoire et part complémentaire).
- En cas d'impossibilité de lecture de sa carte Vitale, il doit présenter conjointement aux professionnels de santé son attestation et sa carte Vitale.

► **Le patient n'a rien à payer.**

Vous serez remboursé directement par la caisse d'Assurance Maladie pour la part obligatoire si vous faites le choix d'un flux « paiement coordonné par l'AMO » ou à 70% par l'organisme obligatoire et 30% par l'organisme complémentaire si vous faites le choix d'un flux « procédure standard SESAM-Vitale »

Pour plus d'informations, consultez le site www.info-acs.fr



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- Situation médico-administrative du patient -

Retour à l'accueil

L'AIDE POUR UNE COMPLEMENTAIRE SANTE 2/3

Vous recevez un patient bénéficiaire de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ?

► Comment savoir si votre patient est bénéficiaire de l'ACS et bénéficie du tiers-payant intégral ?

Le tiers payant intégral est proposé aux patients disposant de l'ACS, dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le ministère de la Santé, figurant sur la liste des offres.

Cette information figure dans la carte Vitale du patient.

► Si votre patient est bénéficiaire de l'ACS mais qu'il n'a pas souscrit à l'un des contrats complémentaires sélectionnés par l'Etat, que devez-vous faire ?

Pour les patients bénéficiant de l'ACS n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné, et qui disposent de l'attestation « de tiers payant sur la part assurance maladie obligatoire (hors part complémentaire) », **vous pratiquez le tiers payant sur la part obligatoire uniquement.**

Vous pouvez consulter également la rubrique « Informations patient » sur Amelipro, renseignée à « oui » lorsque votre patient bénéficie de l'ACS.

► Tarifs applicables

L'ensemble de vos patients bénéficiaires de l'ACS, avec ou sans tiers payant intégral, bénéficient de tarifs **sans dépassement** (application des tarifs opposables fixés par la convention nationale des médecins), **quel que soit votre secteur d'exercice.**

Comment appliquer le tiers-payant ?



Votre patient

a souscrit un **contrat complémentaire santé sélectionné***



vous présente

- sa carte Vitale à jour **OU**
- sa carte Vitale non à jour + l'attestation de « tiers-payant intégral – TPI » adressée par sa caisse d'affiliation. Celle-ci permet de sélectionner les informations de son contrat ACS dans votre logiciel



vous appliquez

- **le tiers-payant intégral** (part obligatoire et complémentaire)
- **si vous êtes médecin, quel que soit votre secteur d'exercice, vous faites bénéficier à vos patients de tarifs sans dépassement**



a souscrit un **contrat complémentaire santé non sélectionné**



Pas d'obligation du tiers-payant intégral.

Vous pouvez continuer à pratiquer le tiers-payant sur la part obligatoire. Si vous disposez d'une convention de tiers-payant avec l'organisme complémentaire de votre patient, vous pouvez également le pratiquer sur la part complémentaire.



n'a pas souscrit de **contrat complémentaire santé**

Si vous êtes médecin, votre patient vous présente à la fois :

- son attestation « aide pour une complémentaire santé » (ACS) – attestation de tiers-payant pour la part obligatoire (hors part complémentaire)
- ET
- sa carte Vitale à jour

► **vous appliquez le tiers-payant sur la part obligatoire** (hors part complémentaire), anciennement appelé « tiers-payant social »

► **quel que soit votre secteur d'exercice, vous faites bénéficier à vos patients de tarifs sans dépassement**



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- Situation médico-administrative du patient -

Retour à l'accueil

L'AIDE POUR UNE COMPLEMENTAIRE SANTE 3/3



[Libellé Organisme]

Numéro de sécurité sociale : [Numéro à 12 chiffres] / [04]
 Nom de l'assuré : [Prénom] [Nom]

Pour tout contact : ☎ 3646 (hors d'un appel local depuis un poste fixe)

ATTESTATION DE TIERS PAYANT INTEGRAL

VOUS AVEZ SOUSCRIT UN CONTRAT AVEC L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLEMENTAIRE DE SANTE (ACS)

LA(LES) PERSONNE(S) MENTIONNEE(S) CI-DESSOUS BENEFICIE(D) DU TIERS PAYANT SUR LA PART ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET LA PART COMPLEMENTAIRE

Vous bénéficiez du tiers payant intégral sur présentation de votre carte vitale. Vous devez donc la mettre à jour dès réception du présent document*.

Bénéficiaire Prénom Nom	Né(e) le	N° contrat ACS Libellé contrat	Date début tiers payant intégral	Date fin du tiers payant intégral
[Prénom] [Nom] A / N'a pas déclaré un médecin traitant	[JJ/MM/AAAA]	[91 - contrat A] [92 - contrat B] [93 - contrat C]	[JJ/MM/AAAA]	[JJ/MM/AAAA]
[Prénom] [Nom] A / N'a pas déclaré un médecin traitant	[JJ/MM/AAAA]	[91 - contrat A] [92 - contrat B] [93 - contrat C]	[JJ/MM/AAAA]	[JJ/MM/AAAA]
[Prénom] [Nom]	[JJ/MM/AAAA]	[91 - contrat A] [92 - contrat B] [93 - contrat C]	[JJ/MM/AAAA]	[JJ/MM/AAAA]

! J'Y PENSE

Mettre à jour votre carte Vitale lors de chaque changement de situation (naissance, changement d'adresse, changement de contrat de complémentaire santé) etc.) et à l'avoir toujours sur vous. La mise à jour peut être réalisée dans de votre pharmacie ou aux bornes présentes dans votre caisse d'assurance maladie ou dans les établissements de santé.

Si le patient vous présente une attestation de **tiers payant intégral**, vous êtes tenus de pratiquer **le tiers payant sur la part AMO et AMC**



[Libellé CPAM]

Mon numéro : [Numéro à 13 chiffres]
 Mon nom ou celui de mon ayant droit : [Prénom] [Nom]

Si le patient vous présente une attestation de **tiers payant social**, l'obligation de tiers payant sur la part AMO vous concerne en tant que médecin

Attestation de tiers payant social Aide pour une complémentaire santé (ACS)

Valable du [JJ/mois/AAAA] au [JJ/mois/AAAA] sous réserve d'un changement dans la situation de l'assuré.

Nom	Prénom	Date de naissance
[Nom]	[Prénom]	[JJ/mois/AAAA]

Pensez à conserver précieusement cette attestation et à la présenter aux médecins avec votre carte vitale.

 → Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de modification des informations vous concernant auprès du directeur de votre Caisse.

→ Un guide explicatif de vos droits ACS est disponible au verso de l'attestation.



A votre demande, rendez-vous téléphonique ou physique avec un conseiller informatique et services

Retour à l'accueil

L'ASSURANCE MALADIE

- Notre rôle
- Vos interlocuteurs
- Vos autres interlocuteurs

LA CONVENTION MEDICALE

- Choix du conventionnement et du secteur d'activité
- Option démographie
- Option santé solidarité territoriale
- Votre protection sociale

POUR BIEN DEMARRER VOTRE ACTIVITE

- La facturation de vos actes
- Le parcours de soins
- La permanence de soins
- La classification commune des actes médicaux
- Le retour d'information sur votre activité
- Les formulaires
- Conseils pratiques
- [L'équipement informatique](#)
- [La télétransmission](#)
- [Les téléservices](#)

VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- **Situation médico-administrative du patient**
 - PUMA - CMUC
 - Aide Médicale d'État
 - Aide pour une complémentaire santé
 - Affection de longue durée
 - Prévention de la Désinsertion Professionnelle – Invalidité
- **Prescription**
 - Recommandations de la Haute Autorité de Santé
 - La prescription de certains médicaments hypocholestérolémiants
 - Les fiches repères
 - La Démarche de Soins Infirmiers (DSI)
 - Les programmes de prévention



L'ÉQUIPEMENT INFORMATIQUE

▶ De quel équipement informatique dois-je disposer ?

Pour votre pratique au quotidien, vous devez disposer de :

- Un ordinateur de type PC ou Mac, avec une imprimante
- Une connexion haut débit
- Un lecteur de carte
- Un logiciel métier ou un abonnement à un portail de gestion de cabinet
- Une carte professionnel de santé .

L'équipement doit être compatible avec les téléservices de l'Assurance Maladie.

Pour en savoir plus : [Sesam-vitale.fr](#) > rubrique « S'équiper »

▶ A quoi sert la carte CPS ?

La carte de professionnel de santé (carte CPS) est une carte électronique individuelle et réservée au professionnel de santé, réglementée par le code de la santé publique.

Elle contient les informations sur votre identité de professionnel de santé, votre qualification et vos différentes situations d'exercice. C'est votre carte d'identité électronique professionnelle.

Elle contient aussi un domaine Assurance Maladie qui vous permet :

- de facturer en SESAM-Vitale,
- de sécuriser et télétransmettre les factures,
- d'accéder au dossier médical du patient (DMP),
- de vous connecter aux téléservices de l'Assurance Maladie via Espace Pro
- d'échanger avec les autres professionnels de santé via une messagerie sécurisée.



▶ Quel logiciel utiliser pour l'aide à la prescription ?

Pour obtenir la liste des Logiciels d'Aide à la Prescription certifiés par la Haute Autorité de Santé, consultez le site [Has-sante.fr](#)

- > Accréditation & Certification
- > Certification des logiciels des professionnels de santé
- > Logiciels d'Aide à la prescription pour la médecine ambulatoire
- > Liste des Logiciels d'Aide à la Prescription pour la médecine ambulatoire certifiés selon le référentiel de la HAS

▶ Quel est l'équipement nécessaire pour la télétransmission ?

Pour télétransmettre en SESAM-Vitale, vous avez 2 solutions :

→ vous équipez :

- d'un lecteur de facturation SESAM-Vitale fixe ou portable homologué SESAM-Vitale
- d'un logiciel agréé par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA).

ou

→ vous équipez :

- d'un dispositif autonome et dédié, appelé aussi « dispositif intégré portable » homologué par l'Assurance Maladie pour la partie Facturation. Dans ce cas, seule la facturation sera effectuée sur ce dispositif. La gestion de votre cabinet sera réalisée sur l'ordinateur.

Pour en savoir plus :

- sur la carte CPS : [Esante.gouv.fr](#) > Espace CPS
- sur SESAM-Vitale : [Sesam-vitale.fr](#) > Espace
« Vous êtes prestataire de soins »



LA TELETRANSMISSION

► **Pour vous, la transmission des Feuilles de Soins Électroniques (FSE) est plus pratique.**

- En tiers payant, un règlement plus rapide de vos actes et consultations, moins de stock papier.
- Et pour vos patients, une relation simplifiée avec leur caisse (pas de papier, pas de frais d'affranchissement, remboursement plus rapide...).
- De plus, le système de télétransmission s'adapte à votre mode d'organisation en offrant tout une gamme de solutions techniques (carte employé, lecteur de carte portable, plusieurs lieux d'exercice sur une même carte...).



► **Quelques avantages de SESAM-Vitale agréé version 1.40 :**

- Possibilité de signature désynchronisée permettant par exemple une délégation au secrétariat de la préparation des FSE.
- Prise en compte de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).
- Production de FSE quelle que soit la situation du patient vis-à-vis du parcours de soins.
- Envoi direct des Demandes de Remboursement Électroniques (DRE) aux organismes de protection complémentaire et diminution du délai de règlement de la part complémentaire en cas de tiers payant.
- Meilleur retour d'informations et optimisation du suivi des paiements.

► **Le lecteur en version 3** offre une sécurisation accrue de la télétransmission et une accélération de la lecture des cartes.

Il permet aussi la lecture de la date de fin de droits en ALD.



Bouquet de services offrant de nombreuses fonctionnalités

Se connecter à AMELI PRO

<https://espacepro.ameli.fr>

Pour se connecter :

- Avec vos identifiants
 - Numéro d'Assurance Maladie (9 chiffres)
 - Code d'accès (code délivré à votre demande par courrier)

Accéder à votre compte

Identification

Numéro d'Assurance Maladie

Mot de passe

Mot de passe oublié ?

Vous connecter

Identification par carte CPS

Lire carte CPS



En savoir plus

Vous connecter par carte CPS

Créer votre compte

Inscrivez-vous et bénéficiez d'un ensemble de services destinés à faciliter l'exercice de votre activité professionnelle.

Numéro d'Assurance Maladie

Créer votre compte

Les fonctionnalités

Activités

- Tous mes paiements
- Indicateurs Convention médicale (ROSP)
- Maîtrise dépassement d'honoraires (OPTAM)
- Saisie des horaires de cabinet
- Patientèle sophia
- Patientèle médecin traitant
- Relevé individuel d'activité et de prescriptions

Services patients

Disponible uniquement avec une carte CPS et la carte vitale du patient

- Arrêts de travail
- Protocoles de soins et ALD
- Déclaration du médecin traitant
- Accident de travail / maladie professionnelle
- Prescription de transport
- Déclaration simplifiée de grossesse
- Historique de remboursement

Les plus

- **Commande** : commande d'imprimés et commande de dispositifs
- **Gestion du compte** : code d'accès, informations personnelles, adresse mail
- **Liens utiles** : Nomenclature des actes CCAM, référentiels HAS, AMELI
- **Contacts** : annuaire des organismes, l'Assurance Maladie par mail

Activités



Tous mes paiements

Indicateurs Convention médicale (ROSP)

Maîtrise dépassement d'honoraires (OPTAM)

Saisie des horaires de cabinet

Patientèle sophia

Patientèle médecin traitant

Relevé individuel d'activité et de prescriptions

Services patients



Arrêt de travail : Nouvelle version Créer, Créer

Protocoles de soins et ALD : Consulter, Créer, Gérer, Suivre le renouvellement

Déclaration du médecin traitant : Créer

Accident de travail / Maladie Pro : Créer un certificat

Prescription de transport : Créer, Consulter, Gérer mes brouillons, Gérer mes prescriptions

Déclaration simplifiée de grossesse : Créer

Historique des remboursements : Consulter

Identification patient

Nom : KORSIA
Prénom : Béatrice
NIR : 101010100100153
Né(e) le : 01/01/1901
Rang : 1

Régime : REGIME GENERAL
Caisse de rattachement : CPAM de l'AIN

Droits à la date du jour : OUI
Exonération : NON
ACS : OUI
CMUC : NON
AME : OUI
MT : NON

Changer de patient

Les réponses figurant ci-dessus sont données à titre d'information et sous réserve des vérifications prévues par les textes régissant le remboursement des soins.

Commandes | Gestion du compte | Liens utiles | Contacts



Commande d'imprimés



Commande de dispositifs (TDR, KDCC, Tensiomètre)

L'ASSISTANCE AMELIPRO EST DISPONIBLE AU

0 811 709 710

du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

0,06 €/min + prix appel

Arrêt de travail

Ce service permet de **saisir en ligne** un avis d'arrêt de travail et de l'adresser **sans délai** au service médical de l'Assurance Maladie dont dépend le patient et de produire le volet destiné à l'assuré.

Il contient une aide à la rédaction.

Toujours possible de créer sur l'ancienne version

Un mémo « AAT 5 CLICS » est mis à votre disposition.

Pour y accéder, rendez-vous sur le site AMELI > rubrique Votre caisse, > entrer le code postal 85... > rubrique « Vous informez » > La démat. des avis d'arrêt de travail maladie

Protocoles de soins et ALD

Il est possible de **rédigier un protocole de soins en ligne (PSE) avec ou sans carte vitale**, le **transmettre** de manière dématérialisée au service médical de l'Assurance Maladie et obtenir un retour rapide.

Il est possible de **lire et suivre le renouvellement des protocoles déjà établis.**

Une assistance à la rédaction

- Données administratives pré-remplies
- Menus déroulants ou saisie semi-automatique pour les 30 ALD les plus fréquentes

Finalisation possible après la consultation

- Une fois créé, le PSE est accessible avec votre carte CPS. La carte Vitale n'est pas nécessaire
- Vous pourrez compléter ce protocole à tout moment et en particulier après la consultation.

Une réponse rapide

- Une fois rempli, envoi automatique vers le service médical après la consultation

MES PATIENTS EN ALD - SUIVI DE RENOUELEMENT		
LISTE DE MES PATIENTS : <input type="radio"/> Dossiers dont l'échéance est à deux mois <input type="radio"/> Tous mes patients en ALD		
54 patients concernés		
DURAND Marie	Né(e) le : 21/09/1967	MSA
DUPONT Jacques	Né(e) le : 21/09/1967	Régime Général
DELAMARE Mireille	Né(e) le : 18/11/1948	MGÉN
NOM Prénom	Né(e) le : JJ/MM/AAAA	Régime
NOM Prénom	Né(e) le : JJ/MM/AAAA	Régime

Déclaration du médecin traitant

Ce service permet de **réaliser la déclaration directement en ligne**.

La **déclaration est pré-remplie** avec les informations contenues dans les cartes CPS et Vitale.

Une fois la déclaration validée, elle sera **télétransmise, en temps réel**, à la caisse d'Assurance Maladie du patient.

Les données administratives du médecin et du patient sont **automatiquement renseignées** dès l'ouverture.

Trois clics suffisent pour valider la déclaration par le patient et le médecin et la transmettre.

Services patient > Déclaration de choix du médecin traitant > Créer

Déclaration de choix du médecin traitant

IMPORTANT

Conformément à l'article L 162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'assuré(e) de 16 ans et plus ou pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale indique à son organisme gestionnaire de régime de l'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi avec l'accord de celui-ci.

La loi 78.17 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant ainsi que pour celles de l'assuré(e).

La présente déclaration de choix de médecin traitant annule et remplace une éventuelle déclaration réalisée antérieurement.

J'ai informé mon patient de la réalisation de la présente déclaration par mes soins et il est averti qu'il peut modifier son choix à tout moment.

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E) ET DU BÉNÉFICIAIRE

- L'assuré(e)**

Nom :

Prénom :

NIR :
- Le bénéficiaire**

Bénéficiaire :

J'accepte d'être le médecin traitant du bénéficiaire indiqué ci-dessus et mon patient ou le titulaire de l'autorité parentale accepte que j'indique son choix en transmettant cette déclaration à l'Assurance Maladie pour son compte.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Prénom :

Numéro d'Assurance Maladie :

Accident de travail / Maladie Pro

Ce service permet de saisir **en ligne un certificat médical AT/MP**, de l'adresser sans délai au service médical de l'Assurance Maladie dont dépend le patient et de produire le volet destiné à l'assuré et à l'employeur (en cas d'arrêt de travail).

*Certificat AT/MP : réalisation d'un certificat médical pour un accident de travail ou une maladie professionnelle (initial, de prolongation, de rechute ou final).

Aide à l'utilisation du formulaire en ligne.

Formulaire Certificat Médical

CARACTÉRISTIQUES DU CERTIFICAT MÉDICAL

Certificat médical accident du travail

Type de certificat médical Initial Prolongation Final Rechute

La feuille d'accident du travail/maladie professionnelle a été présentée par la victime * Oui Non

Adresse de visite habituelle

Employeur

PRÉCISION SUR L'ACCIDENT DU TRAVAIL

Date déclarée de l'accident *

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Constatations détaillées * :

58 / 255

Prescription :

Soins sans arrêt de travail

Arrêt de travail à temps complet :

Arrêt jusqu'au (inclus) * :

Soins jusqu'au (inclus) * :

Sorties autorisées avec restriction d'horaires à partir du * :

L'assuré doit être présent à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.

Sans exception

Travail léger pour raison médicale

Reprise de travail à temps complet le

* Champ(s) obligatoire(s)

J'accepte les conditions de transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.

Haut de page ▲

Prescription de transport

Ce service permet **de créer une prescription de transport**, **de gérer** l'ensemble des prescriptions et **de les consulter** (en inscrivant le numéro de prescription et le nom du bénéficiaire).

Prescription médicale de transport - Elaboration

Patient(e) : KORSIA BÉATRICE
N° de la prescription : Création en cours Statut : En cours de création

PRESCRIPTION :
N° de la prescription : Création en cours Date de la prescription : 12/01/2017
Prescripteur : GENE ALAIN N° ADEL : 991069998
Identifiant de la structure : 991069998
Raison sociale : 515 Chemin(s) DU MAS DE ROCHET 34170 CASTELNAU LE LEZ

BÉNÉFICIAIRE :
Nom de famille : KORSIA Prénom : BÉATRICE
Date de naissance : 14/03/1948 Rang de naissance : 1
N° de sécurité sociale : 1480399350395

Motifs médicaux de transport 0 / 500 caractères

Commentaires 0 / 500 caractères

MOTIF(S) DE PRISE EN CHARGE

- Hospitalisation (entrée/sortie)
- Nécessité d'être allongé(e) ou sous surveillance
- En lien avec une ALD et déficience ou incapacité
- En lien avec un AT/MP

CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE

- Soins dispensés au titre de l'article L115
- Accident causé par un tiers
- Urgence

Taux de prise en charge calculé par l'Assurance Maladie à ce jour, compte tenu de ce qui a été indiqué précédemment : %

Recherche d'une prescription de transport

SÉLECTION DE LA PRESCRIPTION

Numéro de prescription * FR010DP9MA94R4

Nom du bénéficiaire * KORSIA

* champ(s) obligatoire(s)

[Réinitialiser](#)

DESCRIPTION DU TRANSPORT

Renseignez les adresses du trajet que doit effectuer le bénéficiaire

Autre
 Structure de soins Exemple : Bichat, Saint Antoine, Timone, ...

Départ : *
N° : Type :
Voie : Bât/Esc :
Code postal : * Ville : *

Autre
 Domicile

Arrivée : *
N° : Type :
Voie : Bât/Esc :
Code postal : * Ville : *

Nature de transport : * Aller simple Nombre : * 1
 Aller-Retour

Mode de transport : * Sélectionnez un mode

Nécessite une aseptie : * Non Oui

* champ(s) obligatoire(s)

J'accepte que les données contenues dans ce document, quel que soit leur ordonnancement sur le serveur, constituent la preuve de ce que je dépose. L'original est conservé par l'Assurance Maladie et je reçois une copie des données déposées en même temps que l'accusé de réception.

[Annuler](#) [Enregistrer le brouillon](#) [Valider](#)

⚠ Une fois validée, cette prescription ne pourra plus être modifiée et sera transmise à l'Assurance Maladie

Prescription médicale de transport - Gérer mes prescriptions

CRITERES DE RECHERCHE DE MES PRESCRIPTIONS

Nom du bénéficiaire : Prénom :
Période de prescription : 06/07/2016 06/01/2017
NIR :
N° de la prescription :

[Réinitialiser](#) [Rechercher](#)

LISTE DE MES PRESCRIPTIONS

Date	Nom	Prénom	Date de naissance	NIR	Accéder	Recopier
22/03/2017	KORSIA	Béatrice	01/01/1978	278010000000000		
18/11/2016	ALLIE	LILY	04/05/2003	1720795210091		

Déclaration simplifiée de grossesse

Ce service permet de réaliser la **déclaration directement en ligne**. La déclaration est **pré-remplie** avec les informations contenues dans les cartes CPS et Vitale.
Une fois la déclaration validée, elle sera **transmise, en temps réel**, à la CPAM et la CAF du patient.

Les données administratives sont automatiquement renseignées dès l'ouverture

DÉCLARATION DE GROSSESSE Maladie Dr Marie DURAND

Marie DUPONT

ÉTAT DE LA GROSSESSE

Date présumée de début de grossesse : Sagit-il d'une date rectificative suite à un nouvel examen ?

Nombre d'enfants à naître : 1 Sagit-il d'une rectification du nombre d'enfants à naître ?

Je certifie avoir réalisé l'examen médical général et obstétrical le : 04/05/2019

J'accepte la convention de preuve et les conditions de transmission et ma patiente a accepté expressément les conditions de la transmission des données aux organismes de prise en charge

[TRANSMETTRE](#)

* obligatoire

Historique des remboursements

Possibilité de voir l'historique des remboursements sur une période pré-définie et les différents soins :

- Soins médicaux et dentaires
- Pharmacies / fournitures
- Radiologie
- Biologie
- Transports
- Hospitalisations
- Arrêts indemnisés

Services patient > Historique des remboursements > Consulter

Consulter l'historique des remboursements de votre patient

Caisse : 721 LE MANS

Période du 08/06/2012 au 07/06/2013



Date	Nat. Assurance	Acte	Coeff.	Libellé	Spécialité	A.L.D.
08/07/2012	MALADIE	C	2,00	CONSULTATION	GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	
H 05/07/2012	MALADIE	CS	1,00	CONSULTATION SPE.	PNEUMOLOGIE	
H 05/07/2012	MALADIE	K	25,00	ACTE DE SPECIAL.	ANESTH - REA CHIRURGICALE	
H 05/07/2012	MALADIE	K	50,00	ACTE DE SPECIAL.	GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	

Commande de dispositifs

Il est possible de commander des dispositifs qui sont des éléments décisifs permettant d'accroître l'efficacité du programme.

- TDR engine
- Kit dépistage de cancer colorectal
- Tensiomètre

Activités



Tous mes paiements
Indicateurs Convention médicale (ROSP)
Maîtrise dépassement d'honoraires(OPTAM)
Saisie des horaires de cabinet
Patientèle sophia
Patientèle médecin traitant
Relevé individuel d'activité et de prescriptions

Services patients



Arrêt de travail : Nouvelle version Créer, Créer
Protocoles de soins et ALD : Consulter, Créer, Gérer, Suivre le renouvellement
Déclaration du médecin traitant : Créer
Accident de travail / Maladie Pro : Créer un certificat
Prescription de transport : Créer, Consulter, Gérer mes brouillons, Gérer mes prescriptions
Déclaration simplifiée de grossesse : Créer
Historique des remboursements : Consulter

Identification patient

Nom : KORSIA
Prénom : Béatrice
NIR : 101010100100153
Né(e) le : 01/01/1901
Rang : 1

Régime : REGIME GENERAL
Caisse de rattachement : CPAM de l'AIN

Droits à la date du jour : OUI
Exonération : NON
CS : OUI
AMUC : NON
AME : OUI
MT : NON

Changer de patient

Les réponses figurant ci-dessus sont données à titre d'information et sous réserve des vérifications prévues par les textes réglissant le remboursement des soins.

L'ASSISTANCE AMELIPRO EST DISPONIBLE AU 0 811 709 710 du lundi au vendredi de 9h30 à 17h30 0,05 €/min + prix appel

Commandes Gestion du compte Liens utiles Contacts



Commande d'imprimés
Commande de dispositifs (TDR, KDCC, Tensiomètre)



TDR engine



Kit Dépistage de Cancer Collorectal



Tensiomètre



TDR engine - STREPTATEST (25) - RÉF. 10025

L'Assurance Maladie se mobilise pour préserver l'efficacité des antibiotiques et lutter contre les résistances. Les médecins généralistes libéraux généralistes, pédiatres et ORL peuvent commander gratuitement des Tests de Diagnostic Rapide de l'Angine (TDR Angine). Une boîte contient 25 tests d'une durée de validité d'environ 18 mois.

Référence de l'accord cadre entre la CNAM et BIOSYNEX : 583.AC.675

Quantité souhaitée : 1
Prix unitaire : 0.65 € HT
Prix/Boîte de 25 tests : 16.25 € HT
Total (pris en charge intégralement par l'assurance maladie) : 16.25 € HT

Les prix sont affichés à titre indicatif, l'Assurance Maladie prend en charge intégralement le coût de la commande.

Livraison

La durée d'exécution maximum de ce bon de commande est de 5 jours ouvrés maximum pour la métropole et de 10 jours ouvrés pour les DOM à compter de sa transmission par votre caisse au fournisseur.



TDR engine



Kit Dépistage de Cancer Collorectal - STREPTAKDCC (88) Réf. 10088

L'Assurance Maladie vous propose de commander gratuitement les kits de dépistage du cancer colorectal à remettre à vos patients. Cette commande directe auprès du fournisseur vous permettra de recevoir des kits contenant une fiche d'identification pré-remplie à vos coordonnées pour la réception des résultats des tests.

NB : Compte tenu de la durée d'utilisation limitée des kits, vous avez la possibilité de demander jusqu'à 2 coffrets de 20 kits chacun par commande. Le coût est totalement pris en charge par l'Assurance Maladie, vous n'avez aucune dépense à prévoir.

Quantité souhaitée : 1
Coût d'un kit : 2.4 € HT
Prix/Coffret de 20 kits : 48 € HT
TOTAL (Pris en charge) : 48 € HT

Les prix sont affichés à titre indicatif, l'Assurance Maladie prend intégralement en charge le coût de la commande.

Livraison

Le délai de livraison est de 5 jours ouvrés pour la métropole et de 10 jours ouvrés pour les DOM.



Kit Dépistage de Cancer Collorectal

COMMANDE DE DISPOSITIF

Tensiomètre

Réservé aux médecins installés depuis le 25 octobre 2017.



Tensiomètre - Microlife BP A200

L'Assurance Maladie vous propose de mettre à disposition de vos patients un appareil d'automesure de la tension artérielle. En commandant cet appareil, vous vous engagez à le prêter à vos patients, pour mesurer leur pression artérielle en dehors du cabinet médical et confirmer le diagnostic d'HTA, en dehors des cas sévères. Un seul appareil peut être commandé.

Quantité souhaitée : 1

Livraison

Le délai de livraison est de 5 jours ouvrés pour les médecins rattachés aux CPAM de la métropole et 10 jours ouvrés pour les DOM



Tensiomètre

Ma convention

Possible d'accéder aux informations concernant la ROSP : votre suivi (ROSP Clinique, Patientèle, Forfaits structure,...), vos rémunérations, votre déclarations,...

MON SUIVI 2017 - ROSP CLINIQUE

SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

NOMBRE DE DOSAGE HBA1C: 52%

Votre dernier taux de suivi: 78%

FOND D'OEIL CHEZ LE DIABÉTIQUE: 20%

DÉPISTAGE MALADIE RÉNALE CHRONIQUE: 18%

DÉPISTAGE MRC CHEZ LES PATIENTS HYPERTENDUS: 11%

PRÉVENTION SECONDAIRE DU RISQUE CARDIO VASCULAIRE: 19%

SURVEILLANCE D'UN TRAITEMENT PAR ANTI VITAMINE K: 10%

MA CONVENTION

Dr Marie DURAND

MON SUIVI

ROSP CLINIQUE

- Pathologies chroniques: Objectifs intermédiaires atteints: 5/7
- Prévention: Objectifs intermédiaires atteints: 3/10
- Efficiéce: Objectifs intermédiaires atteints: 8/20

MA PATIENTÈLE

Total 650

Au 23/01/2019

FORFAIT STRUCTURE

TÉLÉTRANSMISSION

DÉMATÉRIALISATION DES SERVICES

MA DÉCLARATION

DÉCLARER MES INDICATEURS

ROSP CLINIQUE: Indicateurs déclarés: 0/7

FORFAIT STRUCTURE VOLET 1: Indicateurs déclarés: 1/3

FORFAIT STRUCTURE VOLET 2: Indicateurs déclarés: 0/4

MT ADULTES

7 Examen des pieds patients diabétiques

2 Evaluation du risque CV avant traitement

MES RÉMUNÉRATIONS

- ROSP Clinique Le 04/11/2018: 1483,05 €
- ROSP MT Enfants Le 03/01/2019: 0,00 €
- Forfait structure Le 29/12/2018: 1540,00 €
- FPMT 2019: 5877,00 €

MON SUIVI - FORFAIT STRUCTURE

TELETRANSMISSION

- VERSION LOGICIEL DE FACTURATION SESAM-VITALE: ✓
- FEUILLE DE SOIN ELECTRONIQUE: 52%

DEMATERIALIZATION

- DÉCLARATION MÉDECIN TRAITANT: 52%
- PROTOCOLE DE SOINS ELECTRONIQUE: 52%
- AVIS ARRÊT DE TRAVAIL: 52%
- CERTIFICAT MÉDICAL ATMP: 52%

MA PATIENTÈLE MT

520 patients médecin traitant

Rechercher: Nom, Prénom, NIB...

NOM	PRÉNOM	AGE	NIR	RÉGIME
DUPONT	Marie-Laure	46	2701275100010	RG
DUPONT	Jules	04	1121175300030	RG
DELAPORTE	Pierre	63	1530375200020	RSI
NOM	Prénom	xx	xxxxxxxxxxxxxx	XXXX
NOM	Prénom	xx	xxxxxxxxxxxxxx	XXXX
NOM	Prénom	xx	xxxxxxxxxxxxxx	XXXX
NOM	Prénom	xx	xxxxxxxxxxxxxx	XXXX
NOM	Prénom	xx	xxxxxxxxxxxxxx	XXXX
NOM	Prénom	xx	xxxxxxxxxxxxxx	XXXX
NOM	Prénom	xx	xxxxxxxxxxxxxx	XXXX
NOM	Prénom	xx	xxxxxxxxxxxxxx	XXXX



Le DMP est le nouveau carnet de santé numérique

C'est un service hautement sécurisé, plus rapide d'accès et un service clé dans la prise en charge de vos patients

Mieux connaître le DMP

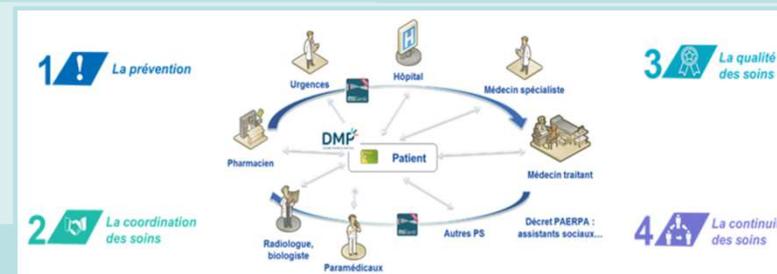
-  Permet d'avoir accès aux informations médicales de votre patient lors d'une hospitalisation, d'une 1^{ère} consultation ou en cas d'urgence
-  Permet de faciliter le suivi de votre patient notamment lorsqu'il souffre d'une maladie chronique ou lorsqu'ils sont loin de chez eux
-  Permet d'éviter de prescrire des examens ou traitements déjà demandés par vos confrères
-  Permet d'éviter les interactions médicamenteuses

Les informations disponibles

- | | |
|--|---|
|  Son historique de soins des 24 derniers mois alimenté par l'AM |  Ses antécédents médicaux (pathologie, allergies...) |
|  Ses résultats d'examens (radios, analyses biologiques...) |  Ses comptes rendus d'hospitalisation |
|  Les coordonnées de ses proches à prévenir en cas d'urgence |  Ses directives anticipées pour sa fin de vie |

Une solution plaçant le patient au cœur du dispositif de soins...

Le DMP permet une amélioration de la prise en charge reposant sur 4 piliers :



Il faut un logiciel métier avec LAP certifié HAS et compatible DMP

Comment savoir si mon logiciel est compatible DMP ?

- Contacter mon éditeur de logiciel
- Vérifier sur le site du CNDA : <https://cnda.ameli.fr/logiciels-certifies/>



Des questions ?

- Contacter votre Conseiller Informatique et Services au 0 811 709 098 (service 0,06 € / min + prix appel)

❖ JOUR J + 1 à 3 mois : Visite d'un Délégué d'Assurance Maladie ou Suivi par le Centre Prescripteurs ou Echange avec un Praticien Conseil

L'ASSURANCE MALADIE

- Notre rôle
- Vos interlocuteurs
- Vos autres interlocuteurs

LA CONVENTION MEDICALE

- Choix du conventionnement et du secteur d'activité
- Option démographie
- Option santé solidarité territoriale
- Votre protection sociale

POUR BIEN DEMARRER VOTRE ACTIVITE

- La facturation de vos actes
- Le parcours de soins
- La permanence de soins
- La classification commune des actes médicaux
- Les formulaires
- Conseils pratiques
- L'équipement informatique
- La télétransmission
- Les télé services

VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- **Situation médico-administrative du patient**
 - La CMUC
 - Aide Médicale d'État
 - Aide pour une complémentaire santé
 - Affection de longue durée
 - Prévention de la Désinsertion Professionnelle – Invalidité
- **Prescription**
 - Recommandations de la Haute Autorité de Santé
 - La prescription de certains médicaments hypocholestérolémiants
 - La Démarche de Soins Infirmiers
 - Les fiches repères
 - Les programmes de prévention



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- Situation médico-administrative du patient -

Retour à l'accueil

AFFECTION DE LONGUE DUREE (1/2)

► Les types d'affections de longue durée

→ Les ALD exonérantes

Certaines affections de longue durée sont dites « exonérantes ». Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé.

Les règles de prise en charge :

Votre patient peut bénéficier de l'exonération du ticket modérateur s'il est atteint :

- d'une affection inscrite sur une liste de 30 affections de longue durée établie (ALD 30)
Exemples : accident vasculaire cérébral invalidant, maladie coronaire, maladie de Parkinson ;
- ou d'une affection non inscrite sur la liste des ALD 30 (correspondant à la liste des ALD 31)
Exemples : maladie de Paget, ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère ;
- ou de polyopathologies (ALD 32)
Exemples : une personne de 90 ans atteinte de polyarthrose avec troubles de la marche, incontinence urinaire et tremblements essentiels).

La liste complète des ALD est disponible sur [Ameli.fr](https://www.ameli.fr)

→ Les ALD non exonérantes

Les affections de longue durée non exonérantes sont des affections qui nécessitent une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible égale ou supérieure à six mois mais qui n'ouvrent pas droit à l'exonération du ticket modérateur.

Sur [Ameli.fr](https://www.ameli.fr), vous pouvez trouver les formalités à accomplir si votre patient se trouve dans cette situation.

► Vous êtes le médecin traitant d'un patient atteint d'une affection de longue durée ?

C'est à vous d'établir le protocole de soins en concertation avec votre patient et avec le ou les autres médecins correspondants qui interviennent dans le suivi de sa maladie.

Le protocole de soins est ensuite étudié par le médecin conseil de l'Assurance Maladie qui donne son accord pour la prise en charge à 100% d'une partie ou de la totalité des soins et des traitements liés à l'affection de longue durée.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous rendre sur Amelipro et effectuer cette action en ligne.

► Vous êtes le médecin correspondant ?

En tant que médecin correspondant (spécialiste ou non), vous pouvez participer avec le médecin traitant à l'élaboration du protocole de soins.



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- Situation médico-administrative du patient -

[Retour à l'accueil](#)

AFFECTION DE LONGUE DUREE (2/2)

▶ Vous êtes sollicité par le médecin conseil dans le cadre d'un arrêt de travail prolongé ?

Dans le cadre d'un arrêt de travail prolongé et dont la durée est supérieure à 6 mois, le médecin conseil peut être amené à vous demander d'établir un protocole de soins pour une ALD non exonérante.

Dans l'intérêt de votre patient, répondez à cette demande pour éviter toute interruption éventuelle de l'indemnisation de l'arrêt de travail.

▶ Le suivi après accord de l'Assurance Maladie

L'avis du service médical est rendu en fonction des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des éléments médicaux figurant sur le protocole de soins.

Le médecin conseil donne son avis au plus tard dans les 30 jours suivant la demande, un délai qui lui permet de s'entretenir avec vous si besoin.

▶ La rémunération

Pour les affections de longue durée exonérantes uniquement, une rémunération forfaitaire de 40 euros par an et par patient en ALD est versée au médecin traitant par la caisse d'Assurance Maladie.

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.

▶ L'ordonnance bizona

L'ordonnance bizona vous permet de distinguer clairement les prescriptions en rapport ou non avec une affection de longue durée (ALD) exonérante.

Seuls les actes et prestations prescrits sur la partie haute de l'ordonnance seront remboursés à 100% au titre de l'ALD.

▶ Suivi post-ALD

Ce dispositif, mis en place à la demande des Associations de malades, est l'une des mesures du plan Cancer 2009-2013.

Pour les pathologies susceptibles de rémission durable, voire de guérison, la demande doit être argumentée d'éléments pour justifier le renouvellement.

Si l'assuré ne requiert plus aucun traitement médicamenteux, l'exonération du ticket modérateur pour les actes médicaux et les examens de biologie nécessaires au suivi de son état de santé peut être accordée pour une durée de cinq ans sur demande de son médecin traitant.



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- Situation médico-administrative du patient -

Retour à l'accueil

PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE

► Faciliter le retour à l'emploi

A la suite d'une maladie ou d'un accident, certains salariés risquent de ne pas pouvoir reprendre leur travail.

Le médecin traitant est un interlocuteur privilégié pour prévenir la désinsertion professionnelle en aidant le salarié à conserver son emploi ou à accéder à un emploi compatible avec son état de santé.

► Inciter à la visite de pré-reprise

Si la reprise au poste de travail risque d'être difficile, le médecin traitant peut inciter le salarié à demander le plus tôt possible une visite de pré-reprise au médecin du travail.

Celui-ci se rapprochera de l'entreprise afin d'étudier avec elle les solutions de retour dans l'emploi.



Prévention de la
Désinsertion
Professionnelle

► Agir rapidement pour une solution adaptée

Plusieurs dispositifs sont proposés par l'Assurance Maladie pour aider au retour à l'emploi.

Ils sont mis en place avec l'accord du médecin traitant après avis du médecin conseil. Il s'agit d'un travail de collaboration entre le salarié, l'Assurance Maladie, l'employeur, le médecin du travail de l'entreprise et les organismes de formation.

C'est l'analyse de la situation du salarié pendant son arrêt de travail qui permettra de choisir en concertation la solution la plus adaptée.

Le Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) est un partenaire privilégié pour rechercher avec l'employeur et le médecin du travail toutes les solutions qui permettront le retour au poste de travail ou à un autre poste dans l'entreprise.

► Les solutions pour le retour à l'emploi

Les solutions proposées par l'Assurance Maladie peuvent consister au maintien dans l'emploi d'origine ou au reclassement dans la même entreprise.

Lorsque la société est dans l'incapacité de proposer une solution de reclassement, l'orientation vers une autre activité professionnelle ou un autre secteur est proposée.

Cette offre de service s'adresse aux assurés pris en charge en invalidité ou en maladie, et aux assurés victimes d'un accident du travail, de trajet ou d'une maladie professionnelle.



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- Situation médico-administrative du patient -

Retour à l'accueil

L'INVALIDITE

► Comment bénéficier d'une pension d'invalidité ?

Suite à une maladie ou un accident d'origine non professionnelle, votre patient ne peut plus exercer son métier comme avant. Il peut bénéficier sous certaines conditions (conditions d'âge, conditions médicales, conditions administratives) d'une pension d'invalidité pour compenser en partie sa perte de revenus.

Le patient effectue la demande en complétant un dossier administratif et en retournant l'imprimé de « demande de pension d'invalidité » à sa caisse.

Le service médical rend un avis en fonction du degré d'invalidité du patient.

Dans certains cas, le patient pourra bénéficier de la pension d'invalidité tout en maintenant une activité professionnelle.



► Quelle prise en charge des soins du patient ?

Si le patient a déclaré un médecin traitant, tous ses soins sont pris en charge à 100% (consultations, examens médicaux, radiologie, frais d'hospitalisation...) pour la maladie et la maternité, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

En revanche, l'Assurance Maladie ne rembourse pas :

- les dépassements d'honoraires,
- le surcoût des prothèses et des appareillages dentaires et optiques,
- le forfait journalier en cas d'hospitalisation.

Le patient n'est pas exonéré de la participation forfaitaire de 1€ et de la franchise médicale.

► Retrouvez toutes les informations utiles pour prévenir la désinsertion professionnelle (les acteurs du dispositif, les aides en place ainsi que les contacts à votre disposition) sur ameli.fr



LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS

Dans le domaine des affections de longue durée (ALD) notamment, la Haute Autorité de santé (HAS) élabore des recommandations sur les actes et prestations nécessités par le traitement des affections dites « ALD 30 ».

Ces recommandations doivent fonder l'établissement des protocoles de soins pour les patients atteints d'ALD.

► Comment se présentent les recommandations de la HAS ?

Chaque recommandation comporte deux parties : une liste des actes et prestations et un (ou plusieurs) guide(s) médecin pour l'affection considérée.

La liste des actes et prestations peut être structurée par modules. A titre d'exemple, la liste HAS concernant le diabète comporte 5 modules :

- Suivi et traitement du diabète.
- Suivi et traitement de la néphropathie.
- Suivi et traitement de complications oculaires.
- Suivi et traitement du pied à risque ou des plaies du pied.
- Suivi et traitement des neuropathies périphériques.

La liste des actes et prestations et le (ou les) guide(s) médecin sont indissociables.

En effet, le (ou les) guide(s) médecin précise(nt) les conditions d'utilisation des actes et prestations : indications, fréquence, ...

Pour consulter la liste des actes et prestations et le (ou les) guide(s) médecin, connectez-vous sur le site de la HAS :

Has-sante.fr



► Comment utiliser les recommandations de la HAS pour établir le protocole de soins ?

Il n'est pas nécessaire de retranscrire la liste HAS dans son intégralité. Il suffit de mentionner, sur le protocole de soins, le titre ou le(s) module(s) de la liste des actes et prestations nécessaires au traitement du patient, en fonction de son état de santé et de ses besoins. Plusieurs modules peuvent être cumulés.

L'évolution de l'état de santé du patient peut nécessiter l'ajout d'un module et être à l'origine de l'actualisation du protocole de soins.

Si des actes et prestations non précisés dans la liste de la HAS sont nécessaires pour adapter le protocole de soins à la situation particulière de votre patient (co-morbidité, complications thérapeutiques, etc.), ils seront alors pris en charge à 100% après accord du médecin conseil.

► Et s'il n'y a pas de recommandations de la HAS ?

Si les recommandations de la HAS n'ont pas encore été publiées, vous devez indiquer les actes et les prestations nécessaires au traitement et au suivi de l'ALD (médicaments, examens biologiques, recours à des médecins spécialistes et/ou à des auxiliaires médicaux) qui pourront être pris en charge à 100%, après accord du service médical de l'Assurance Maladie.

► Ce qui est pris en charge et ce qui n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie prend en charge à 100% (sur la base du tarif de la sécurité sociale) les actes et prestations remboursables mentionnés dans la liste HAS, quand ils sont réalisés dans les conditions précisées dans le (ou les) guide(s) médecin.

Les actes et prestations de la liste qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie sont indiqués par la mention « Prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation ».



Les Fiches Repères de l'Assurance Maladie

Ces fiches ont été conçues pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et pour faciliter le dialogue avec votre patient.

Pour un certain nombre de pathologie, une durée de référence a été définie en fonction du type d'emploi de votre patient.

La durée de référence proposée est celle à l'issue de laquelle la majorité des patients sont capables de reprendre leur emploi.

Elle est donnée à titre indicatif et doit être adaptée en fonction de la situation de votre patient. Elle est modulable selon les complications ou comorbidités du patient.

Cette indication peut vous aider à rassurer votre patient. Associée à une information complémentaire, elle contribue à sa reprise du travail sans appréhension.

Ces fiches ont été créées avec l'avis de la Haute Autorité en Santé.

Elles sont disponibles sur:

Ameli.fr/ Médecins/ Exercer au quotidien/ Aide à la pratique: mémos/ Les mémos de bonne pratique/ Arrête de travail: référentiels de durée,

ARRÊT DE TRAVAIL Mars 2018

Lombalgie commune
après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2018)

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées. Elles sont indicatives dans le cas d'une lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de vos patients. À titre d'exemple, pour un emploi « sédentaire », la durée d'arrêt de travail peut s'étendre de 0 à 2 jours⁽¹⁾.

Type d'emploi	Durée de référence ⁽²⁾	
Sédentaire	1 jour	
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10kg	3 jours
	Charge répétitive < 5 kg	
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 20 kg	14 jours
	Charge répétitive < 10 kg	
Travail physique lourd	Charge > 25 kg	35 jours

* Durée à l'issue de laquelle le patient a des probabilités élevées de reprendre le travail. Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

(1) La durée de l'arrêt est à adapter selon :
- l'âge et la condition physique de votre patient ;
- les facteurs psychologiques en cas de douleur persistante ;
- les possibilités d'adaptation ou de modification du poste de travail par l'entreprise, notamment pour les postes très physiques ;
- l'emploi et la condition socio-économique.

(2) L'arrêt de travail doit être réévalué régulièrement pour éviter le passage à la chronicité.

(3) Chez une personne ayant une activité sédentaire non manuelle, une lombalgie aiguë peut ne pas nécessiter d'arrêt de travail. Cette possibilité est à apprécier au cas par cas.

Sources : Arrêt maladie : état des lieux et proposition pour l'amélioration des pratiques, ANAS, août 2014.
Guide d'admission des arrêt de travail, septembre 2013.
Mémorandum de l'Assurance Maladie, 2018.
Chronic Healthy Conditions, 2017.

Le Référentiel Kinésithérapeutes

Ce référentiel est destiné au médecin prescripteur de séances de rééducation et au masseur-kinésithérapeute.

Dans le cadre de la simplification des démarches administratives, il n'est plus nécessaire d'établir une demande d'accord préalable sauf pour 10 situations de rééducation qui dépassent un certain seuil.

Dans la plupart des cas, la rééducation atteint ses objectifs avant le seuil défini. Cependant, si l'état de votre patient nécessite la poursuite de soins au-delà de ce seuil, il vous revient de prescrire le nombre de séances nécessaires. Le masseur-kinésithérapeute se charge d'établir la demande d'accord préalable. Cette demande reste nécessaire au remboursement de votre patient par l'Assurance Maladie pour toute séance au-delà du seuil.

Ce référentiel a été créé avec l'avis de la Haute Autorité en Santé. Il est disponible sur:

Situations de rééducation sous référentiel avant demande d'accord préalable après avis de la HAS

Situation de rééducation	Nombre de séances avant recours préalable	Demande d'accord préalable
Étiologie externe récente de la douleur	1 à 10 séances	à partir de la 11 ^{ème} séance
Autodépasse de l'état par problèmes totaux	1 à 15 séances	à partir de la 16 ^{ème} séance
Autodépasse de l'état par problèmes totaux ou complications	1 à 25 séances	à partir de la 26 ^{ème} séance
Accidents de travail ou traumatisme du ligament croisé antérieur du genou	1 à 40 séances	à partir de la 41 ^{ème} séance
Lésion externe du nerf médian du carpe	---	à partir de la 5 ^{ème} séance
Mécanisme de lésion, totale ou partielle, par arthropathie	1 à 15 séances	à partir de la 16 ^{ème} séance
Accidents de travail ou traumatisme du ligament croisé antérieur du genou, par arthropathie	1 à 50 séances**	à partir de la 51 ^{ème} séance
Accidents de travail ou traumatisme du ligament croisé antérieur du genou, par arthropathie	1 à 10 séances pour une série d'actes	à partir de la 11 ^{ème} séance ou à partir de la 12 ^{ème} séance, si 10 séances pour une série d'actes
Prise en charge d'une arthropathie chronique	1 à 10 séances pour une série d'actes	à partir de la 11 ^{ème} séance ou à partir de la 12 ^{ème} séance, si 10 séances pour une série d'actes
Prise en charge d'une arthropathie chronique	1 à 10 séances pour une série d'actes	à partir de la 11 ^{ème} séance ou à partir de la 12 ^{ème} séance, si 10 séances pour une série d'actes
Après fracture de l'épaule chez des patients de moins de 65 ans	1 à 25 séances	à partir de la 26 ^{ème} séance

Améli.fr/ Médecins/ Exercer au quotidien/ Formalités/ L'accord préalable/ Accord préalable et actes de masso-kinésithérapie



LA DEMARCHE DE SOINS INFIRMIERS

Face à un patient en situation de dépendance, vous constatez les déficiences fonctionnelles et prescrivez l'établissement d'une Démarche de Soins infirmiers.

► La DSI, c'est quoi ?

- Bilan de la situation,
- Evaluation des besoins,
- Diagnostics,
- Mise en place du programme de soins.

Pour faciliter une prise en charge rapide du patient, votre accord sur le bilan initial sera tacite.

En cas de renouvellement et afin de formaliser la coordination, les démarches nécessiteront à la fois votre signature et celle de l'infirmier.

► Le rôle du médecin traitant

1^{ère} étape : En qualité de médecin traitant, vous constatez que l'état de santé de votre patient nécessite l'intervention d'un infirmier et décidez de prescrire une DSI sur l'imprimé prévu à cet effet.

Vous réalisez alors un bilan des déficiences fonctionnelles pour favoriser la circulation de l'information vers l'infirmier, **bilan que vous indiquez sur l'imprimé intitulé « Démarche de soins infirmiers - Prescription » (formulaire S3740, n° Cerfa 12102*01)**. Le patient remet cette prescription à l'infirmier de son choix.

► Le rôle de l'infirmier

2^{ème} étape : L'infirmier établit une DSI.

► Proposition de prescription au médecin traitant

3^{ème} étape : l'infirmier propose la mise en oeuvre d'actions de soins adaptés à l'état du patient et vous transmet l'imprimé « DSI- Résumé » (formulaire S3742 n° Cerfa 12104*01). Cet imprimé est à la fois une prescription et un accord préalable. Il reprend l'exposé des problèmes, les objectifs et les actions de soins. Il précise le nombre, la fréquence des séances ainsi que la durée de la prescription.

1^{ère} DSI : vous prenez connaissance du document sans le signer. Vous disposez néanmoins d'un délai de 72 h pour formuler vos éventuelles observations et faire un retour à l'infirmier concerné.

À partir de la 2^{ème} DSI pour un même patient, le résumé doit, cette fois-ci, être signé par vous et l'infirmier avant d'être envoyé au service médical de la CPAM.

Cette procédure formalise le dialogue et la relation médecin / infirmière. Une DSI est prescrite pour une durée maximale de 3 mois.

Au-delà, vous pouvez établir une nouvelle prescription de DSI (dans la limite de 5 par an pour un patient).

The screenshot shows a digital form titled 'démarche de soins infirmiers n° 12102*01'. It includes fields for patient name, date, and a table for prescribing nursing actions. A red message in the center reads: 'Ce formulaire est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez le compléter en fonction de votre situation. Pour votre demande, le formulaire original, fourni par l'organisme C d'interlocution, doit être utilisé'.



LES PROGRAMMES DE PREVENTION

Votre rôle est déterminant pour que vos patients puissent bénéficier d'actions de prévention tout au long de leur vie : vaccinations, dépistages... L'assurance Maladie est à vos cotés.

► Des thèmes de prévention inscrits dans la convention médicale

- Vaccination anti-grippale
- Dépistages des cancers (sein et col)
- Antibiothérapie
- Benzodiazépines.

→ Où trouver l'information ?

- Dans votre CPAM (Délégués de l'Assurance Maladie et Médecins conseils)
- Dans la convention médicale.

► Des informations générales sur les programmes de prévention et d'accompagnement de l'Assurance Maladie

- Vaccinations
- Dépistage néonatal, dépistages des cancers
- Maternité
- Surpoids de l'enfant
- Examens périodiques de santé
- Prévention du diabète (Sophia), prévention cardio-vasculaire
- Bucco dentaire...

→ Où trouver l'information ?

Site [Ameli.fr](#) > Espace professionnels de santé > Vous former, vous informer > Prévention prise en charge par l'Assurance Maladie

► Pour vous aider dans votre pratique

- Antibiothérapie
- TDR Angine > commande gratuite à la CPAM ou sur votre Espace pro
- Vaccination contre la grippe saisonnière > Imprimé vierge de prise en charge sur votre Espace Pro
- Mémos d'aide à la pratique > [Ameli.fr](#)
- Calendrier vaccinal annuel et carnet de vaccination > [Inpes.sante.fr](#)

► Des outils pour informer vos patients

Affiches ou dépliants pour votre cabinet sur différentes campagnes

→ Où se les procurer ?

- Campagnes de l'Assurance Maladie (vaccination grippe, antibiotiques,...)
 - > Commande gratuite auprès de votre CPAM
- Campagnes INPES (tabac, alcool, VIH, contraception...)
 - > Commande gratuite auprès de l'INPES sur le site [Inpes.sante.fr](#)
- Ameli santé : le site santé de l'Assurance Maladie [Ameli-sante.fr](#)



Pendant la grossesse, la consommation de tabac et la consommation d'alcool sont susceptibles d'entraîner des risques pour la santé du fœtus et celle du nouveau-né.

Parlez-en à votre médecin ou à votre sage-femme.



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

- Prévention (2/3) -

[Retour à l'accueil](#)

► Le dépistage organisé du cancer colorectal

- S'adresse aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans.
Il repose sur un test de recherche de saignement occulte dans les selles, remis par le médecin traitant au cours d'une consultation puis à réaliser chez soi.
Le coût et la lecture de ce test sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

► Le dépistage organisé du cancer du sein

- S'adresse aux femmes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans ne présentant pas de risques particuliers.
- Tous les deux ans, un courrier personnalisé leur est adressé par une structure de gestion chargée de mettre en œuvre le dépistage organisé au niveau départemental.
- Les femmes sont invitées à réaliser une mammographie chez un radiologue agréé qu'elles choisissent parmi une liste jointe de radiologues du département exerçant dans des cabinets de radiologie privés ou dans le secteur public.

**Centre de coordination de dépistage
des Cancers
Pays de la Loire
5 rue Guérin 49100 ANGERS**

► La vaccination contre la grippe saisonnière

- Les sujets à risque éligibles à la vaccination contre la grippe saisonnière reçoivent chaque année un courrier d'invitation et un imprimé de prise en charge du vaccin à 100%.
- Les personnes de 65 ans et plus (hors femmes enceintes) ayant déjà été vaccinées au cours des 3 dernières années peuvent retirer directement le vaccin chez le pharmacien.
- Pour les autres, si vous le jugez nécessaire, vous devez prescrire le vaccin en utilisant l'imprimé de prise en charge.
- Pour les personnes éligibles mais n'ayant pu être invitées par l'Assurance Maladie, vous disposez d'un imprimé vierge de prise en charge sur Amelipro.



