



Médecins

Votre installation en Haute-Garonne

La convention

- La convention nationale des médecins
- La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
- Les tarifs conventionnels
- Option démographique zone fragile
- Option Santé Solidarité Territoriale
- La permanence des soins
- P-Garde
- Le Contrat d'Accès aux Soins
- L'Aide à la souscription d'une assurance RCP
- La Carte Professionnel de Santé
- Le Relevé d'Activité
- La Démarche de Soins Infirmiers
- Les actes de kinésithérapie
- Les médicaments à l'étranger
- L'IVG médicamenteuse
- Votre protection sociale
- Les conseils pratiques

La pratique au quotidien

- Les imprimés
- L'accident causé par un tiers
- La CMU-C
- L'ACS
- L'AME
- Généralistes : les codes de facturation
- Spécialistes : les codes de facturation
- Les bonnes pratiques
- Les principaux rejets
- Les contacts utiles

Les téléservices

- Le site www.ameli.fr
- Espace Pro
- L'avis d'arrêt de travail (AAT)
- La déclaration de médecin traitant (DMT)
- Le protocole de soins électronique (PSE)
- La déclaration simplifiée de grossesse (DSG)
- Le certificat médical AT/MP en ligne (CM AT/MP)

L'actualité

- Votre caisse
- En direct
- Informations CPL : mémo pratique IJ
- Informations CPL : prescription de transport
- Les supports d'information

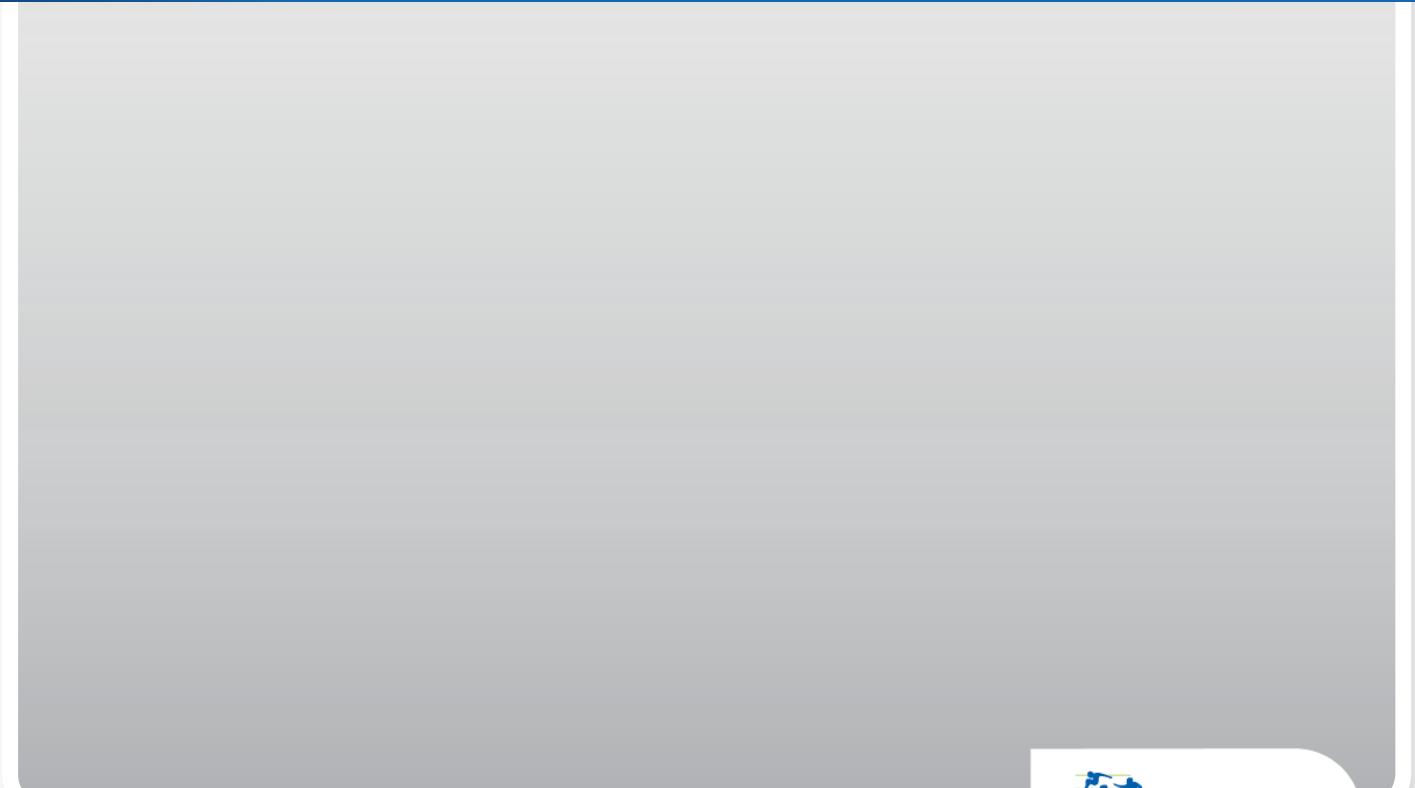
Les offres de prévention et d'accompagnement

- Dépistages
 - > cancer du sein
 - > cancer du col de l'utérus
 - > cancer colorectal
- Vaccinations
 - > grippe saisonnière
 - > rougeole-oreillons-rubéole
- Services en santé
 - > sophia (diabète et asthme)
 - > santé active
 - > programmes de retour à domicile après une hospitalisation (PRADO)
- Nutrition





LA CONVENTION



Vos contacts à la CPAM



0 811 70 90 31
Service 0,06 € / min
+ prix appel



med@cpam-toulouse.cnamts.fr

**l'Assurance
Maladie**
HAUTE-GARONNE



LA CONVENTION

LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE

> Tous les médecins libéraux conventionnés sont intégrés dans ce dispositif (généralistes et spécialistes). Cependant dans un premier temps, le volet «qualité de la pratique médicale» ne va concerner que les médecins traitants.

VOLET INFORMATISATION 5 indicateurs

- Dossier médical informatisé.
- Utilisation d'un logiciel certifié d'aide à la prescription.
- Equipement permettant la télétransmission et l'utilisation des téléservices
- Affichage dans le cabinet des horaires, de l'organisation du cabinet...
- Elaboration d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ses patients.

VOLET PRATIQUE MÉDICALE 3 grands axes - 24 indicateurs

- Suivi de pathologies chroniques (diabète, hypertension artérielle...).
- Prévention (grippe, dépistage du cancer du sein...).
- Optimisation des prescriptions (ex : 90 % d'antibiotiques prescrits dans le répertoire).

> Médecins spécialistes : 4 indicateurs liés à l'organisation du cabinet. Indicateurs de pratique médicale pour les spécialistes en cardiologie et gastro-entérologie.

 En savoir plus

Contenu de la rémunération

Chaque indicateur est assorti d'un nombre de points maximum qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible fixé sur cet indicateur. La valeur du point est fixée à 7 €. Chaque indicateur est indépendant. La valeur du point est majorée pendant 3 ans pour les premières installations. Cependant, les modalités de calcul restent à définir.

Concernant le volet informatisation, le médecin peut bénéficier de la part de la rémunération portant sur ces indicateurs, à condition qu'il dispose d'un équipement conforme au dernier cahier des charges SESAM Vitale et que son taux de télétransmission soit \geq au 2/3 de ses facturations.

Ce nouveau mode de rémunération a été mis en œuvre en janvier 2012.
Les premiers paiements sont intervenus début 2013.

Si le médecin ne souhaite pas bénéficier de cette rémunération, il doit le faire savoir par écrit dans les 3 mois suivants la publication de la convention pour les médecins déjà installés ou dans les 3 mois suivants la date d'installation.

 En savoir plus





LA CONVENTION

OPTION DÉMOGRAPHIQUE : EXERCICE DES MÉDECINS EN ZONE FRAGILE

Convention Nationale des Médecins Libéraux - JO du 25/09/2011

L'option démographique tend à favoriser l'installation et le maintien des médecins en zone fragile.

L'option est ouverte :

- aux médecins généralistes ou spécialistes ;
- exerçant en secteur 1, en secteur 2 avec adhésion à l'option de coordination ou en **secteur 2 s'engageant à pratiquer les tarifs opposables** dans le cadre de leur activité en zone fragile.

Conditions d'adhésion

1. Condition liée au lieu d'exercice ou d'installation : zones déficitaires

L'option démographie ne concerne que les zones fragiles définies par les ARS. Pour la Haute-Garonne, sont concernées les communes de **Boulogne-sur-Gesse, l'Isle-en-Dodon, Saint-Béat et Salies-du-Salat**.

L'option est ouverte aux médecins installés ou s'installant au sein de ces zones ou à proximité immédiate soit dans un rayon de 5 kms, la distance étant calculée de mairie à mairie.

2. Condition liée à l'exercice en groupe ou en pôle de santé

Les partenaires conventionnels ont souhaité favoriser l'exercice en groupe des professionnels de santé.

L'option démographique est ouverte aux médecins qui exercent :

> Au sein d'un groupe «physique»

- regroupement de médecins,
- groupe contenant plusieurs catégories de professionnels de santé dont au moins un médecin.

L'exercice au sein d'un groupe peut être attesté par :

- un contrat de collaboration libérale,
- un contrat de société civile professionnelle (SCP),
- un contrat de société d'exercice libérale (SEL),
- tout autre contrat de société (ex : société civile de moyens SCM).



> Au sein d'un pôle de santé tel que défini à l'art. L6323-4 du code de santé publique

L'exercice au sein d'un pôle de santé peut être attesté par :

- la copie du projet de santé conclu avec l'ARS ;
- la copie des statuts de l'association Loi 1901 ou de toute autre structure juridique constituée pour organiser le pôle.

3. Condition liée à l'activité dans la zone

Pour bénéficier des avantages de l'option, l'activité doit être réalisée aux 2/3 auprès des patients résidant dans la zone fragile.

Engagements du médecin

- > Ne pas cesser son activité, hors circonstances exceptionnelles, ni changer son lieu d'exercice pendant une durée trois années consécutives à compter de la date d'adhésion.
- > Ne pas cesser d'exercer, durant cette même période, dans le cadre d'un groupe ou d'un pôle de santé.
- > Assurer la continuité des soins aux patients résidant dans la zone (par des remplacements ou en s'organisant avec un autre praticien du groupe ou du pôle de santé).
- > Permettre la réalisation de vacations au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux.
- > Participer à la permanence des soins dans le cadre de l'organisation régionale.

Engagements de l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie verse les aides prévues au contrat au médecin ayant respecté ses engagements.

Montant des aides

> Médecin exerçant au sein d'un groupe

- Aide à l'investissement : forfait annuel de 5 000 €.
- Aide à l'activité : 10 % de l'activité en C+V (honoraires sans dépassement) réalisée dans la zone fragile pour l'année «n» plafonnée à 20 000 €.

> Médecin exerçant au sein d'un pôle de santé

- Aide à l'investissement : forfait annuel de 2 500 €.
- Aide à l'activité : 5 % de l'activité en C+V (honoraires ans dépassements) réalisée dans la zone fragile pour l'année «n» plafonnée à 10 000 €.



Versement des aides

Les aides sont versées pendant **3 ans** au cours du 2^{ème} trimestre de l'année «n+1», soit entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2016 pour les versements aux médecins adhérant à l'option en 2015.

Modalités d'adhésion

Vous retournez les **deux exemplaires** du formulaire d'adhésion, par **courrier RAR**, à la CPAM de la Haute-Garonne «Pôle Accompagnement Professionnels de Santé et Etablissements», 31 093 Toulouse cedex 9.

La caisse dispose de deux mois à compter de la réception du formulaire pour répondre à la demande d'adhésion.

Elle est **individuelle**, chaque médecin d'un même groupe ou d'un même pôle de santé doit accomplir les formalités d'adhésion. Cependant, tous les médecins ne sont pas tenus d'adhérer.

L'adhésion est valable pour une durée de 3 ans à compter de sa date d'enregistrement par la caisse, dans la limite de la durée réglementaire de la convention.





LA CONVENTION

OPTION SANTÉ SOLIDARITÉ TERRITORIALE : EXERCICE DES MÉDECINS EN ZONE FRAGILE

Convention Nationale des Médecins Libéraux - JO du 25/09/2011

L'option santé solidarité territoriale tend à favoriser la solidarité géographique entre les médecins exerçant hors zone sous-dotée et les médecins exerçant en zone fragile.

L'option est ouverte :

- aux médecins généralistes ou spécialistes ;
- exerçant en secteur 1, en secteur 2 avec adhésion à l'option de coordination ou en **secteur 2 s'engageant à pratiquer les tarifs opposables** dans le cadre de leur activité en zone fragile ;
- n'exerçant pas en zone fragile ;
- s'engageant à exercer au minimum **28 jours par an** dans une zone fragile.

Le médecin adhérant à l'option santé solidarité territoriale peut se faire remplacer à son cabinet pendant qu'il effectue ses vacations en zone fragile dans le cadre de l'option.

Information du Conseil de l'Ordre

Le médecin souhaitant adhérer à l'option santé solidarité territoriale doit **au préalable** déclarer son nouveau lieu d'exercice au Conseil Départemental de l'Ordre.

Le Conseil de l'Ordre dispose d'un délai de 3 mois pour accorder l'autorisation du lieu d'exercice.

Engagements de l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie verse les aides prévues au contrat au médecin ayant respecté ses engagements.

Montant de l'aide

> Aide à l'activité : 10 % de l'activité en C+V (honoraires sans dépassement) réalisée dans la zone fragile pour l'année «n» plafonnée à 20 000 €.



Prise en charge des frais de déplacement

Les modalités de prise en charge des frais de déplacement entre le cabinet principal du médecin et le lieu d'exercice dans la zone fragile seront définies prochainement.

Versement de l'aide et des indemnités de déplacement

L'aide et les indemnités de déplacement sont versées pendant 3 ans au cours au 2^{ème} trimestre de l'année «n+1», soit entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2016, pour les versements aux médecins adhérant à l'option en 2015.

Modalités d'adhésion

Après avoir obtenu l'accord du Conseil de l'Ordre, vous retournez les **deux exemplaires** du formulaire d'adhésion, par **courrier RAR**, à la CPAM de la Haute-Garonne «Pôle Accompagnement des Professionnels de Santé et des Etablissements», 31 093 Toulouse cedex 9.

La caisse dispose de deux mois à compter de la réception du formulaire pour répondre à la demande d'adhésion.

L'adhésion est valable pour une durée de 3 ans à compter de sa date d'enregistrement par la caisse, dans la limite de la durée réglementaire de la convention.





LA CONVENTION

LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA) RÉMUNÉRATION DE L'ASTREINTE/RÉGULATION

Articles R6315-1 et suivants du Code de la Santé Publique. Date d'application : 2 janvier 2013.

La loi HPST du 21 juillet 2009 a introduit de nouvelles modalités d'organisation de la permanence de soins ambulatoires en confiant l'organisation du dispositif aux Agences Régionales de Santé (ARS).

Définition

Sur le principe du volontariat, le médecin participe à la PDSA dans les différents bassins de santé prévus par le cahier des charges de l'ARS. Pour la Haute-Garonne, 7 bassins sont concernés : Cornebarrieu, l'Union, Villefranche, Saint-Gaudens, Muret, Toulouse et Revel.

Montant

La rémunération de l'astreinte est fixée à :

- **75 € pour la période 20h-0h,**
- **150 € pour les dimanches, les jours fériés, les lundis précédant un jour férié et les vendredis suivants un jour férié pour la période 8h-20h ;**
- **100 € pour le samedi 12h-20h ;**

La rémunération de la régulation est fixée à **70 € par heure de régulation.**

Versement de la rémunération

Le versement de la rémunération s'effectue au profit de tout médecin en activité ou ayant conservé une activité clinique (ex : médecin salarié, retraité, exerçant hors convention, remplaçant participant à la PDSA en son nom propre...).

Astreinte réalisée par un médecin remplaçant : la rémunération sera versée au médecin titulaire du cabinet.

Majorations spécifiques

Peuvent être cotées uniquement par le médecin de permanence inscrit en tant que tel sur ORDIGARD et qui intervient à la demande du centre de régulation.

Circuits

Le médecin est inscrit par le Conseil de l'Ordre sur ORDIGARD. Le tableau de garde est validé par l'ARS.

Le médecin peut se connecter à PGarde à compter du 5^{ème} jour ouvré du mois suivant.





LA CONVENTION

P-GARDE : MES ASTREINTES ET MA RÉGULATION PAYÉES PAR VOIE ÉLECTRONIQUE

Etape 1 : je reçois un courriel

Pgarde : demande de paiement des astreintes

Bonjour Docteur,

Votre demande de paiement d'astreinte d'un montant de 100 €, correspondant à 2 gardes est en attente de votre validation afin que vous obteniez son règlement.

Pour effectuer cette demande, cliquez sur le lien suivant :

<https://www.pgarde.net>

Etape 2 : je m'authentifie et valide ma demande de paiement

<https://www.pgarde.net>

The left screenshot shows the P-garde login interface. It has two main sections: one for connecting via CPS (with a QR code) and one for entering an access code (with fields for 'Identifiant' and 'Mot de passe'). Below these is a note about obtaining an access code. The right screenshot shows a confirmation page for a payment request. It lists 'vos gardes jusqu'au 30/09/2010, signées par Var CDO, le 30/08/2010 à 11:40:58'. It includes a 'vous validez votre demande de paiement d'astreinte' section with 'Refuser' and 'Accepter' buttons. A large blue arrow points from the 'Accepter' button back to the 'EFFECTUER VOTRE DEMANDE' button below it. A red circle highlights the 'Accepter' button.

Etape 3 : je reçois automatiquement mon paiement sous 5 jours

Paiement des astreintes

Bonjour Docteur,

Nous vous confirmons la prise en compte de votre demande de Paiement d'Astreinte dématérialisée le 06/01/205 à 13:31:21. Le document que vous avez validé est en pièce jointe ; il est à conserver à titre de preuve.





LA CONVENTION

LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

Avenant 8 à la Convention Médicale - JO du 7 décembre 2012.

L'avenant n°8 vise à réguler les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2 et à favoriser un meilleur accès aux soins.

Le contrat d'accès aux soins

> Les médecins éligibles aux contrats

- Les médecins exerçant en secteur 2 ou secteur 1 avec DP.
- Les médecins qui s'installent pour la 1^{ère} fois et titulaires des titres permettant l'accès au secteur 2.
- Les médecins déjà installés en secteur 1 et titulaires des titres requis pour l'exercice en secteur 2.

Les médecins déjà installés en secteur 1 et titulaires des titres requis pour l'accès au secteur 2 ne peuvent pas être identifiés par la CPAM.

Les médecins éventuellement concernés et intéressés sont invités à adresser la copie de leurs titres au service Relation avec les Professionnels de Santé de la CPAM. Une visite d'un délégué de l'Assurance Maladie leur sera alors proposée.

> Les avantages pour les patients

En consultant un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins, le patient bénéficie des mêmes bases de remboursement que lorsqu'il consulte un médecin exerçant en secteur 1.

Ainsi, sans que les honoraires du médecin soient modifiés, le patient obtient un meilleur remboursement et diminue son reste à charge.

Le médecin adhérent est autorisé à coter les majorations habituellement réservées aux médecins du secteur 1 : MPC, MNP, MPE, MCS, MCG et le modificateur K applicable à certains actes techniques de la CCAM.

A titre d'exemple, base de remboursement avant et après adhésion		
Acte	Avant adhésion	Après adhésion
Consultation en tant que médecin correspondant	23 €	28 €
KCFA00510 : thyroïdectomie par cervicotomie	410.48 €	479.67 €
JQGD01210 : accouchement céphalique unique par voie naturelle	313.5 €	349.55 €



> Les engagements du médecin

- Stabiliser son taux de dépassement constaté sur 2012 recalculé sur la base de remboursement des tarifs de secteur 1.
- Maintenir ou faire progresser sa part d'activité à tarif opposable observée en 2012.

Pour les médecins n'ayant pas exercé durant toute l'année 2012, l'engagement du médecin sera calculé sur le taux de dépassement moyen et la part d'activité à tarif opposable moyenne des confrères de même spécialité exerçant dans la même région.

Quelle que soit la date d'adhésion du médecin, la période de référence restera l'année 2012.

> Les engagements de l'Assurance Maladie

- Prise en charge d'une partie des cotisations sociales calculée sur la part de l'activité à tarif opposable (**gains en revenus pour le médecin**).
- Revalorisations sur l'activité clinique et technique : création de rémunérations forfaitaires et de majorations pour les médecins du secteur 1 et les médecins adhérent au contrat (**gains en honoraires pour le médecin**).

> La durée du contrat

Le contrat est signé pour **3 ans**. Il peut être résilié par le médecin à chaque date anniversaire de sa signature.

Les médecins éligibles au contrat d'accès aux soins recevront la visite d'un **Délégué de l'Assurance Maladie** qui leur proposera une **analyse personnalisée** de l'impact que pourrait avoir la signature du contrat sur leur activité.

Création d'un dispositif conventionnel permettant d'agir contre les dépassements d'honoraires excessifs

Ce dispositif a été défini de façon à responsabiliser chaque médecin sur sa pratique tarifaire.

En dernier recours, le médecin dont la pratique tarifaire aura été reconnue excessive pourra être sanctionné s'il ne s'engage pas sur une attitude de modération dans la fixation de ses honoraires.

Tous les détails de ce dispositif sont dans le texte de l'avenant n°8 que vous pouvez télécharger sur le site www.ameli.fr

Application des tarifs opposables pour les patients bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

A compter du 14 février 2013, à l'instar des bénéficiaires de la CMUC, les patients disposant d'une attestation de droit à l'ACS bénéficient des tarifs opposables quel que soit le secteur d'activité du médecin consulté, secteur 1 avec DP ou secteur 2 adhérent ou non au contrat d'accès aux soins.

Dans le cadre de cette mesure, les médecins du secteur 1 avec DP et du secteur 2 sont autorisés à utiliser les majorations habituellement réservées aux médecins du secteur 1 : MPC, MNP, MPE, MCS, MCC, MCG et le modificateur K applicable à certains actes techniques de la CCAM.

Par ailleurs, conformément à l'article 5 de la convention médicale de juillet 2011, **dans le cadre du parcours de soins, le tiers payant est de droit pour le bénéficiaire de l'ACS**. Cette dispense d'avance des frais est applicable sur la part prise en charge par l'Assurance Maladie (part obligatoire).





LA CONVENTION

LA CARTE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

A quoi sert-elle ?

Dans le système Sesam-Vitale, elle sert à signer et télétransmettre des Feuilles de Soins Electroniques (FSE).

Une carte strictement personnelle

Elle permet de vous identifier, de connaître votre situation d'exercice et porte vos données de facturation.

En cas de remplacement

La CPS est strictement personnelle. Votre remplaçant ne peut l'utiliser. Il peut obtenir une carte de remplaçant auprès du Conseil de l'Ordre. Il pourra ainsi réaliser des feuilles de soins électroniques.

Sinon, il doit utiliser vos feuilles de soins papier, en barrant votre en-tête et en indiquant ses coordonnées.

La procédure pour obtenir votre CPS

Le dossier de demande de CPS est à compléter lors de l'enregistrement de votre activité au Conseil de l'Ordre. La CPAM transmet votre demande à l'ASIP SANTÉ chargé d'édition les cartes.
L'ASIP SANTÉ vous adressera votre carte dans un délai de quinze jours.

En cas de perte ou de vol de votre carte

Appelez immédiatement le N° INDIGO, ouvert 7j/7 et 24h/24 : **0 825 85 2000**

En cas de blocage de la carte

Votre Conseiller Informatique Service vous apportera son concours au

0 811 70 90 31
Service 0,06 € / min
+ prix appel

SIRC_31_0316

Vos contacts à la CPAM



0 811 70 90 31
Service 0,06 € / min
+ prix appel



med@cpam-toulouse.cnamts.fr

l'Assurance Maladie
HAUTE-GARONNE



LA CONVENTION

LE RELEVÉ D'ACTIVITÉ

Le Relevé Individuel d'Activité (RIAP)

Le Relevé Individuel d'Activité et de Prescription vous donne une **image de votre activité**, y compris celle de vos éventuels remplaçants ainsi que de vos prescriptions.

Élaboré à partir des actes remboursés depuis le 1^{er} janvier de chaque année, toutes caisses confondues, il vous est adressé **trimestriellement**. Les relevés sont cumulatifs.

Le RIAP présente votre situation personnelle ainsi que les ratios moyens d'actes obtenus au niveau de la région. Cela vous permet de vous positionner par rapport à vos confrères.

Le RIA vous apporte également des informations sur votre patientèle : âge, Exonération du Ticket Modérateur...

Le Relevé Annuel d'Honoraires

Au début de chaque année, l'Assurance Maladie vous adresse un relevé récapitulant les honoraires perçus pour l'année écoulée. Un double est adressé aux services fiscaux.

Le relevé annuel d'honoraires précise le **montant de vos honoraires** et détaille **votre activité professionnelle**. Tous les régimes de protection sociale sont regroupés.

Le relevé annuel correspond aux actes remboursés au cours de l'année civile. Il peut s'en suivre un décalage si les assurés tardent à envoyer leur demande de remboursement (ils disposent d'un délai de 2 ans). Ce décalage tend à se réduire considérablement avec le développement de la télétransmission Sesam Vitale.

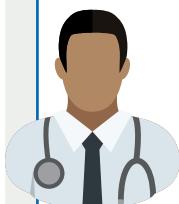
Consultez directement sur **Espace Pro** votre relevé annuel d'honoraires.





LA CONVENTION

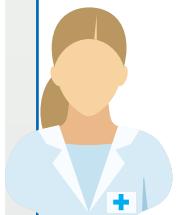
LA DÉMARCHE DE SOINS INFIRMIERS (DSI)



> Le médecin établit la «prescription de DSI» réf. **S3740** pour toute personne dont la situation de dépendance justifie des séances de soins infirmiers, d'aide personnalisée ou de surveillance. Si nécessaire, la notion d'urgence peut y figurer. Les actes médico-infirmiers (AMI) restent prescrits sur une ordonnance traditionnelle (bien que mentionnés sur la DSI).

La DSI engage des soins pour 3 mois. Au delà, une nouvelle prescription est nécessaire.

> Le médecin remet la prescription au patient.



Le patient remet la prescription de DSI à l'infirmière de son choix puis :

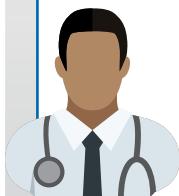
> L'infirmière remplit l'imprimé «Démarche de Soins Infirmiers» réf. **S3741** :

1. Identification du patient
2. Analyse de la situation du patient
3. Planification des actions
4. Proposition de prescription

>>> L'infirmière conserve le volet 1 à son cabinet. Le volet 2 est communiqué au médecin-conseil, au médecin prescripteur ou à l'entourage du patient à leur demande.

> L'infirmière remplit le «Résumé DSI» réf. **S3742**.

> L'infirmière adresse les deux volets du «Résumé DSI» réf. **S3742** au médecin prescripteur.



Première DSI

> Le médecin valide tacitement en retournant les deux volets à l'infirmière au plus tard dans les 72 heures.

> Le cas échéant, il fait part de ses observations à l'infirmière.

A partir de la deuxième DSI

> Si accord, il appose son cachet, date et signe le Résumé et retourne les deux volets à l'infirmière.

> En cas de désaccord, il se met en rapport avec l'infirmière pour envisager les modifications.



> Au retour du Résumé vu par le médecin, l'infirmière adresse les deux volets au Service Médical de la Caisse d'Assurance Maladie.

>>> Ce document remplace la demande d'Accord Préalable.





LA CONVENTION

LES ACTES DE KINÉSITHÉRAPIE

Mise à jour suite à décision UNCAM du 26 novembre 2013.

> La Demande d'Accord Préalable **est maintenue** pour les **pathologies décrisées dans le tableau ci-dessous lorsque à titre exceptionnel** le traitement doit être poursuivi au delà du nombre de séances fixées par la Nomenclature.

Type de Rééducation (indication médicale)	Traitement habituel	Nécessité d'un Accord Préalable à titre exceptionnel
Libération du nerf médian au canal carpien		Dès la 1 ^{ère} séance
Entorse externe récente cheville-pied	1 à 10 séances	A partir de la 11 ^{ème} séance
Arthroplastie de la hanche par prothèse totale	1 à 15 séances	A partir de la 16 ^{ème} séance
Arthroplastie du genou par prothèse totale ou unicompartmentaire	1 à 25 séances	A partir de la 26 ^{ème} séance
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	1 à 40 séances	A partir de la 41 ^{ème} séance
Après méniscectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	1 à 15 séances	A partir de la 16 ^{ème} séance
Après insertion et/ou suture d'un ou plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	1 à 50 séances	A partir de la 51 ^{ème} séance
Ces 50 séances couvrent la rééducation postopératoire initiale correspondant à la phase de cicatrisation et visant à maintenir une mobilité passive (environ 6 semaines) et la rééducation postopératoire secondaire visant à restaurer la mobilité active et la force musculaire (environ 3 mois)		
Dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	A partir de la 16 ^{ème} séance ou à partir de la 31 ^{ème} séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
Dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	A partir de la 16 ^{ème} séance ou à partir de la 31 ^{ème} séance, si 30 séances pour cervicalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
Après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	1 à 25 séances	A partir de la 26 ^{ème} séance
Après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	1 à 30 séances pour une série d'acte	A partir de la 31 ^{ème} séance
Après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	1 à 30 séances	A partir de la 31 ^{ème} séance
Dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	1 à 10 séances	A partir de la 11 ^{ème} séance
Dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	1 à 25 séances	A partir de la 26 ^{ème} séance

SIRC_31_0316



La prescription médicale

> La prescription médicale doit mentionner «l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute» (NGAP, titre IV, introduction, 1^{er} alinéa). Cette indication doit permettre de savoir si une Demande d'Accord Préalable doit être faite pour une rééducation exceptionnelle.

Réalisation de la Demande d'Accord Préalable

> Quand ?

Avant la première séance pour la libération de nerf médian au canal carpien. Quelques séances avant d'atteindre le seuil pour les autres pathologies.

> Quel imprimé ?

Sur l'imprimé unique intitulé «Demande d'Accord Préalable» référence S3108d.

Vous trouverez également ce formulaire sur le site «ameli.fr», portail «professionnels de santé» (médecins, masseurs-kinésithérapeutes) dans une version remplissable en ligne puis imprimable.

> Comment ?

La demande d'accord préalable doit contenir nécessairement 3 éléments :

- le formulaire de Demande d'Accord Préalable (imprimé S3108d)
- la prescription médicale comportant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute en référence au libellé de la NGAP, la date de l'intervention ou de l'événement à l'origine de la rééducation
- l'argumentaire comportant les éléments médicaux justifiant la demande exceptionnelle de rééducation, y compris ceux transmis par le prescripteur. L'argumentaire doit impérativement décrire et indiquer le nombre et la fréquence des séances de rééducation déjà réalisées, le bilan initial et le bilan à l'issue des séances, les éléments et les antécédents médicaux permettant d'expliquer la non atteinte des objectifs en motivant le caractère exceptionnel de la prolongation de soins.

Il est important également de transmettre un numéro de téléphone, de fax ou une adresse e-mail afin que le service médical puisse vous joindre si nécessaire.

Où adresser les Demandes d'Accord Préalable ?

Ressortissant Régime Général et sections locales	Echelon Local du Service Médical 3 boulevard Léopold Escande, BP 11503 - 31015 Toulouse cedex 6
Ressortissant RSI	Médecin Conseil Régional du RSI Midi-Pyrénées 11 rue de la Tuilerie BP 13801, 31138 Balma cedex
Ressortissant MSA	Médecin Conseil MSA 61 allées de Brienne, 31064 Toulouse cedex 9

Réponse à la demande d'Accord Préalable par l'Assurance Maladie

> Les Avis Défavorables sont notifiés par la CPAM au patient. Les praticiens exécutant les actes sont informés de l'avis défavorable par le Service Médical.

> Les Avis Favorables : l'absence de réponse sous 15 jours après réception de la DAP équivaut à un accord.





LA CONVENTION

LES MÉDICAMENTS À L'ÉTRANGER

Article R 5132-12 et 5123-2 du Code de la Santé Publique

Les articles R 5132-12 et 5123-2 du Code de la Santé Publique limitent la délivrance de médicaments, en une seule fois, à 4 semaines de traitement. Toutefois, afin de ne pas interrompre des traitements continus, une **procédure dérogatoire** est mise en place pour les départs à l'étranger d'une durée supérieure à 1 mois. Cette dérogation ne peut être mise en œuvre que dans les situations où les patients sont susceptibles de rencontrer des difficultés pour se procurer leur traitement.

Elle ne s'applique pas pour :

- les prises en charge des traitements à visée préventive ou la constitution de trousse d'urgence.
- les médicaments dont la durée maximale de prescription ou les règles de délivrance sont fixées par le code de la santé publique (ex : anxiolytiques, hypnotiques, stupéfiants...).

Procédure

1. Le médecin

Doit porter sur l'ordonnance les mentions obligatoires habituelles, la durée du traitement compatible avec l'état de santé du patient et la mention suivante : «**Délivrance en une fois pour déclaration par le malade de départ à l'étranger**».

2. Le pharmacien et le bénéficiaire

> 1^{er} cas : Pour le bénéficiaire présentant sa carte vitale

- Le **bénéficiaire** remplit l'attestation référence 33568 (téléchargeable sur ameli/votre caisse) pour la partie qui le concerne. Il date et signe l'attestation. En l'absence de signature, la procédure dérogatoire ne s'applique pas.
---> Accepte l'ouverture ou l'utilisation de son dossier pharmaceutique.

- **Le pharmacien :**

- > Respecte les prescriptions et en particulier le nombre de renouvellements prescrits,
- > Ne facture pas de trousse d'urgence ni de médicaments à visée préventive,
- > Limite cette dérogation aux traitements chroniques lorsqu'il y a risque de rupture dans la continuité des soins,
- > Ne délivre pas de médicaments dont la durée de prescription est limitée par le Code de la Santé Publique,
- > Ne fait pas de dispensation de médicaments au-delà de 6 mois de traitement, vérifie l'historique de consommation du patient grâce au dossier pharmaceutique ouvert,
- > S'assure du respect du Code de la Santé Publique,
- > Remplit et signe l'attestation sur l'honneur et la joint à la facture dématérialisée.

L'Assurance Maladie a compétence pour faire un contrôle du respect des règles ci-dessus.



> 2^{ème} cas : Pour le bénéficiaire de l'AME ou présentant uniquement son attestation de droits ou refusant l'ouverture de son dossier pharmaceutique

- Le **bénéficiaire** remplit l'attestation référence 33569 (téléchargeable sur ameli/votre caisse) pour la partie qui le concerne. Il date et signe l'attestation. En l'absence de signature, la procédure dérogatoire ne s'applique pas.
- Le **pharmacien** transmet au Service Médical, **pour avis préalable** à la délivrance, l'attestation complétée et l'ordonnance par fax :

ELSM de Toulouse : 05 61 62 96 62, à l'attention du Pharmacien Conseil

Cette transmission doit se faire au moins **15 jours avant le départ**.

---> En cas **d'avis favorable** à la prise en charge, le Service Médical informe la pharmacie qu'elle peut délivrer en une seule fois la quantité de traitement nécessaire.

---> En cas **d'avis défavorable** à la prise en charge, **le Service Médical informe la pharmacie d'un refus total ou partiel**, avec copie à la CPAM.





LA CONVENTION

L'IVG MÉDICAMENTEUSE

Arrêté du 26 février paru au Journal Officiel du 8 mars 2016

L'arrêté du 26 février 2016 assure la prise en charge à 100% de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et de l'ensemble des actes y afférent. Il harmonise la prise en charge des IVG réalisées en ville ou en établissement de santé.

En ville, l'IVG médicamenteuse peut être réalisée par un médecin de cabinet libéral, un centre de santé ou un centre de planification familiale dans le cadre d'une convention passée avec un établissement de santé.

Nouveau forfait de prise en charge de l'IVG médicamenteuse

Code prestation	Libellé	Tarifs avant 1 ^{er} avril 2016	Tarifs au 1 ^{er} avril 2016
IC ou ICS	Consultation de recueil de consentement	Inclus forfait	25 €
FPB	Investigations biologiques préalables à l'intervention	Non compris	69.12 €
IPE	Vérification échographique pré IVG	Non compris	35.65 €
FHV	Forfait consultation de ville	100 €	50 €
FMV	Forfait médicaments de ville	91.74 €	87.92 €
FUB	Contrôles biologiques ultérieurs	Non compris	17.28 €
IC ou ICS ou IVE	Consultations de contrôle : - sans échographie de contrôle ultérieure - avec échographie de contrôle ultérieure	Inclus forfait	25 € 30.24 €

> Exemple : facturation de l'IVG par le médecin

Consultation de recueil de consentement (IC ou ICS) 25 € + Forfait de consultation de ville (FHV) 50 € + Forfait de médicaments de ville (FMV) 87.92 € + consultation de contrôle (IC ou ICS) 25 € = 187.92 € (sans échographie). La baisse d'environ 4 € du forfait IVG reflète la baisse du prix du médicament.

> IVG des mineures sans consentement parental

En l'absence de consentement parental, les mineures bénéficient de la gratuité des soins et de l'anonymat. Dans ce cas, le médecin utilise une feuille de soins papier en indiquant un numéro spécifique :
2 55 55 55+311+030

> IVG des majeures

L'anonymat n'est garanti aux femmes majeures ayants-droit que si leur IVG est réalisée en établissement de santé. Le médecin doit avertir sa patiente dès la consultation préalable.

En savoir plus

Vos contacts à la CPAM



0 811 70 90 31
Service 0,06 € / min
+ prix appel



med@cpam-toulouse.cnamts.fr


**l'Assurance
Maladie**
HAUTE-GARONNE



LA CONVENTION

VOTRE PROTECTION SOCIALE

Le remboursement des frais de santé

Le régime des PAMC vous permet de bénéficier du remboursement des frais de santé des assurances maladie et maternité dans les mêmes conditions que les assurés du régime général.

> Sont pris en charge au titre de l'Assurance Maladie :

- les frais de médecine générale et spécialisée,
- les frais de soins et de prothèses dentaires,
- les frais pharmaceutiques et d'appareils,
- les frais d'analyses et d'examens de laboratoire,
- les frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins,
- les frais d'interventions chirurgicales,
- les frais de transport.

> Sont pris en charge au titre de l'assurance maternité :

- les frais relatifs à la grossesse, après l'accouchement et à ses suites,
- les frais médicaux,
- les frais pharmaceutiques,
- les frais d'appareillage,
- les frais d'hospitalisation.

> Le régime PAMC n'ouvre pas droit aux revenus de remplacement (prestations en espèces) de l'assurance maladie.

L'allocation forfaitaire de repos maternel

L'allocation forfaitaire de repos maternel est destinée à compenser partiellement la diminution de votre activité professionnelle. Elle est versée sans condition de cessation d'activité.



	Montant	Période de versement	Formalités
Naissance	<ul style="list-style-type: none"> Il est égal au montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, quel que soit le temps d'arrêt : pas de condition minimale d'arrêt (3 218 € au 1^{er} janvier 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> Première moitié à la fin du 7^{ème} mois de grossesse Deuxième moitié après l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> Vous devez adresser à votre caisse, votre déclaration de grossesse établie par un médecin ou une sage-femme Pour percevoir la deuxième moitié de l'allocation forfaitaire de repos maternel, adressez un certificat d'accouchement à votre CPAM
Adoption	<ul style="list-style-type: none"> Il est égal à la moitié du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, quel que soit le temps d'arrêt : pas de condition minimale d'arrêt (1 609 € au 1^{er} janvier 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> Dès l'arrivée de l'enfant dans votre foyer 	<ul style="list-style-type: none"> En cas d'adoption, adressez une attestation d'adoption

Indemnité journalière forfaitaire (liée à une grossesse difficile)

> Conditions de versement

L'incapacité physique doit être constatée par votre médecin traitant et liée à un état pathologique résultant de la grossesse.

> Conditions de versement

L'indemnité journalière forfaitaire est égale à 52.90 € au 1^{er} janvier 2016.

> Durée de versement

La durée maximale de versement est de 87 jours. Le début d'indemnisation est fixé au 4^{ème} jour d'incapacité de travail (application d'un délai de carence de 3 jours).

> Formalités

Vous devez adresser un arrêt de travail à la CPAM.



Indemnité journalière forfaitaire (naissance)

> Conditions de versement

Vous devez cesser toute activité professionnelle pendant au moins 8 semaines, dont deux semaines avant la date présumée de l'accouchement.

> Montant de l'indemnité journalière forfaitaire

L'indemnité journalière forfaitaire est égale à 52,90 € au 1^{er} janvier 2016.

> Durée de versement

Elle est liée à la durée du congé maternité.

Indemnité journalière forfaitaire					
Durée du congé	Naissance simple		Naissances multiples		Grossesse pathologique
	1 ^{er} ou 2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	Jumeaux	Triplés et +	
Prénatal	6 sem.	8 sem.	12 sem.	24 sem.	
Postnatal	10 sem.	18 sem.	22 sem.	22 sem.	
Total	16 sem.	26 sem.	34 sem.	46 sem.	2 semaines maxi sur prescription

> Formalités

Vous devez adresser un arrêt de travail à la CPAM :

- une déclaration sur l'honneur certifiant votre cessation d'activité,
- un certificat médical attestant la durée de l'arrêt de travail.

Indemnité journalière forfaitaire (adoption)

> Conditions et durée de versement

Les durées du congé d'adoption des professionnels de santé affiliés au régime des PAMC sont identiques à celles des assurées du régime général (décret n°2006-644 du 1^{er} juin 2006).

La période d'indemnisation peut faire l'objet d'une répartition entre les parents adoptifs. Dans ce cas, la période est augmentée de 11 jours en cas d'adoption simple ou 18 jours en cas d'adoption multiples.

> Montant de l'indemnité journalière forfaitaire

L'indemnité journalière forfaitaire est égale à 52,90 € au 1^{er} janvier 2016.

		Durée du congé d'adoption
Adoption simple	moins de deux enfants à charge	10 sem.
	plus de deux enfants à charge	18 sem.
Adoption multiple		22 sem.

> Formalités

Vous devez déclarer sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle.



Le congé de paternité

> Durée du congé de paternité

La durée du congé de paternité est de :

- 11 jours consécutifs au plus pour la naissance ou l'adoption d'un enfant,
- 18 jours consécutifs au plus en cas de naissances multiples ou d'adoptions multiples.

Le congé de paternité doit débuter dans un délai de quatre mois qui suit la naissance de l'enfant ou son arrivée au foyer.

> Hospitalisation du nouveau-né

En cas d'hospitalisation de votre bébé après sa naissance, vous pouvez demander le report de votre congé paternité à la date de fin de son hospitalisation.

> Conditions pour bénéficier du congé paternité

- Justifier de la filiation de votre enfant au moyen d'actes l'établissant : copie de l'acte de naissance de l'enfant, copie du livret de famille ou, le cas échéant, copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant par le père.
- Attester de la cessation de votre activité professionnelle.

> Montant de l'indemnité journalière forfaitaire

Le montant est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année en fonction du montant du plafond de la Sécurité Sociale. Le montant est de 581.90 € pour 11 jours et 952.20 € pour 18 jours en 2016.

> Formalités

Pour percevoir l'indemnité journalière forfaitaire pendant votre congé paternité, vous devez déclarer sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle.

La cessation d'activité

- A la suite de votre cessation d'activité, vos droits à la protection sociale sont maintenus sans rupture dans le cadre de la Protection Universelle Maladie (PUMA).
- Le bénéfice des allocations et indemnités journalières en cas de maternité, adoption et paternité est maintenu pendant 1 an sous réserve que vous soyez à jour de vos cotisations à la date de votre cessation d'activité.
- Les titulaires d'une allocation d'incapacité temporaire peuvent obtenir le maintien au régime des praticiens auxiliaires médicaux conventionnés moyennant une cotisation prélevée sur l'allocation d'incapacité temporaire.



La retraite

L'assurance vieillesse complémentaire est obligatoire pour tout praticien ou auxiliaire médical conventionné.

Pour toute question concernant votre retraite, contactez :

- **La Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français (CARMF)**

46 rue St-Ferdinand
75841 Paris cedex 17
Tél : 01 40 68 32 00
E-mail : carmf@carmf.fr
www.carmf.fr

- **La Caisse Autonome de Retraite des Dentistes et des Sages-Femmes**

50 avenue Hoche
75008 Paris
Tél : 01 40 55 42 42

- **La CARPIMKO**

6 place Charles de Gaulle
75882 St-Quentin en Yvelines
Tél : 01 30 48 10 00

Le décès

Les **bénéficiaires** de l'assurance décès sont le conjoint puis les descendants et enfin les ascendants.
Le capital décès est égal au quart du revenu ayant servi de base au calcul de la cotisation échue.

Il ne peut pas être :

- inférieur à 1% du montant du plafond annuel de la Sécurité Sociale (38 616 € en 2016),
- supérieur au quart de ce plafond.

Assurance volontaire - Accident du travail Maladies professionnelles (AT-MP)

Le régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés **ne couvre pas le risque accident du travail**. Vous avez la possibilité de souscrire une assurance volontaire contre ce risque auprès de votre CPAM.

> Comment établir votre demande d'assurance volontaire AT individuelle ?

Les professionnels doivent adresser leur demande à la CPAM de leur lieu de résidence qui délivre les imprimés (réf : S6101.b)



> Salaire de base et cotisations à l'assurance volontaire AT individuelle

Les professionnels doivent dans leur demande, choisir le salaire annuel devant servir de base au calcul des cotisations et au calcul des rentes dues en cas d'incapacité permanente ou de mort, dans les limites comprises entre un minimum et un maximum.

Au 1^{er} janvier 2016 : le salaire minimum est de 18 263,54 € et le salaire maximum est de 38 616 €.

Le salaire de base ne présente aucun point commun avec les revenus professionnels.

> Taux de la cotisation à l'assurance volontaire AT individuelle

Il s'agit, aux termes de l'Article 2bis de l'arrêté du 19.07.1954, des taux publiés chaque année le 1^{er} janvier.

Ils s'appliquent au salaire annuel de base choisi.

Au 1^{er} janvier 2016 :

- auxiliaires médicaux et sages-femmes : 2,5 %
- médecins : 1,4 %
- chirurgiens-dentistes : 1,4 %

Ces taux sont fixés par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

> Versement des cotisations à l'assurance volontaire AT individuelle

Les cotisations sont acquittées trimestriellement à l'URSSAF.

> Droit aux prestations de l'assurance volontaire AT individuelle

Les droits prennent effet du premier jour qui suit la décision de la CPAM et cessent au dernier jour du trimestre civil acquitté.

> Déclaration des accidents et assurance volontaire AT individuelle

Tout accident doit être déclaré dans les 48 heures à la CPAM d'affiliation à l'aide de l'imprimé (réf. S6200.f) et du certificat médical initial descriptif de la blessure.

> Risques couverts et prestations servies par l'assurance volontaire AT individuelle

- **Frais de santé.** L'assuré bénéficie des prestations suivantes :
 - frais de médecine générale et spéciale,
 - frais d'hospitalisation,
 - frais pharmaceutiques et d'accessoires,
 - frais d'appareillage,
 - frais de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle,
 - reclassement,
 - indemnité funéraire.
- **Prestations en espèces.** L'assurance volontaire ne donne pas d'indemnités journalières.
- **Prestations en espèces de l'incapacité permanente.** Une indemnité en capital ou une rente est attribuée à la victime selon qu'elle reste atteinte d'un taux d'IPP inférieur ou supérieur à 10 %. Les ayants-droits peuvent bénéficier d'une rente en cas d'accident du travail suivi de mort.





LA CONVENTION

LES CONSEILS PRATIQUES

Votre plaque professionnelle

En vertu de l'article 81 du Code de Déontologie, les seules indications que vous êtes autorisés à y faire figurer sont :

- > le nom,
- > le prénom,
- > le numéro de téléphone,
- > les jours et heures d'ouverture,
- > la situation vis-à-vis des organismes de l'Assurance Maladie,
- > les titres et qualifications reconnus par l'Ordre.

En principe, les dimension de la plaque ne doivent pas dépasser 25 cm sur 30 cm.

L'affichage dans votre salle d'attente

Conformément aux arrêtés des 11/09/1996 et 25/07/1996, 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 phrases suivantes :
 - **pour les praticiens conventionnés à honoraires réglementés** : «*Pour tous les actes pris en charge par l'Assurance Maladie, sont pratiqués les tarifs d'honoraires fixés par la réglementation. Ces honoraires peuvent être dépassés en cas d'exigence exceptionnelle (DE) du patient de temps et de lieu. Dans ce cas, votre médecin vous donnera toutes les informations sur les honoraires demandés* - **pour les praticiens de secteur 2** : «*Pour tous les actes, sont pratiqués des tarifs d'honoraires déterminés par le praticien. Le remboursement s'effectue sur la base des honoraires conventionnés. Votre médecin vous donnera préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'il compte pratiquer* - **pour les praticiens non conventionné** : «*Pour tous les actes, sont pratiqués des tarifs d'honoraires déterminés par le praticien. Le remboursement s'effectue sur la base de tarifs d'autorité. Votre médecin vous donnera préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'il compte pratiquer*
- > 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» (JO du 01/08/1996).

Comment vous faire connaître ?

En vertu de l'article 82 du Code de Déontologie, 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 80 du Code de Déontologie, les seules indications que vous êtes autorisé à faire figurer dans les annuaires à usage public sont :

- > le nom ;
- > le prénom ;
- > le numéro de téléphone ;
- > l'adresse ;
- > les jours et heures d'ouverture ;
- > la situation vis-à-vis des organismes d'Assurance Maladie ;
- > la qualification reconnue, les diplômes d'études spécialisées complémentaires et les capacités dont vous êtes éventuellement titulaire.

Sur vos ordonnances

En vertu de l'article 79 du Code de Déontologie, les seules indications que vous êtes autorisé à faire figurer sont :

- > le nom ;
- > le prénom ;
- > le numéro assurance maladie ;
- > le numéro RPPS ;
- > le numéro de téléphone ;
- > l'adresse ;
- > les jours et heures d'ouverture ;
- > si vous faites partie d'une association ou d'une société : le nom des médecins associés ;
- > la situation vis-à-vis des organismes d'Assurance Maladie ;
- > la qualification reconnue par l'Ordre et approuvée par le Ministère de la Santé ;
- > les diplômes, titres et fonctions reconnus par la République Française ;
- > la mention «En cas d'urgence», suivie d'un numéro d'appel (article 2 de l'arrêté du 25/07/1996).

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 cotisation.

La 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.

Votre carte professionnelle

La carte professionnelle des médecins, carte spéciale 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.



Si vous souhaitez ouvrir un cabinet secondaire

Toute demande d'ouverture d'un cabinet secondaire devra être transmise au Conseil Départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée (décret 2005-481, JO du 18/05/2005).

Le remplacement

Vous vous faites remplacer : vous devez cesser toute activité libérale pendant la durée du remplacement.

Au préalable, vous devez en **informer**, sauf urgence, le **Conseil Départemental de l'Ordre des médecins** et lui adresser une demande d'autorisation de remplacement, en indiquant les nom et qualité de votre remplaçant, les dates et la durée du remplacement en joignant :

- soit l'attestation d'inscription au Tableau de l'Ordre de votre remplaçant, si celui-ci est docteur en médecine ;
- soit la licence de remplacement de votre remplaçant, si celui-ci est étudiant.

Vous devez également 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 dans ce cadre.

- **Il devra adopter votre situation au regard des droits et obligations qui découlent de la convention**, à l'exception du Droit Permanent à dépassement (DP) et de l'affiliation au régime général d'Assurance Maladie.
- **Il devra utiliser vos feuilles de soins en y indiquant sa situation de remplaçant** ainsi que son numéro d'inscription à l'Ordre ou demander une CPS de remplaçant.

Vous disposez de différents moyens de recherche pour trouver un remplaçant :

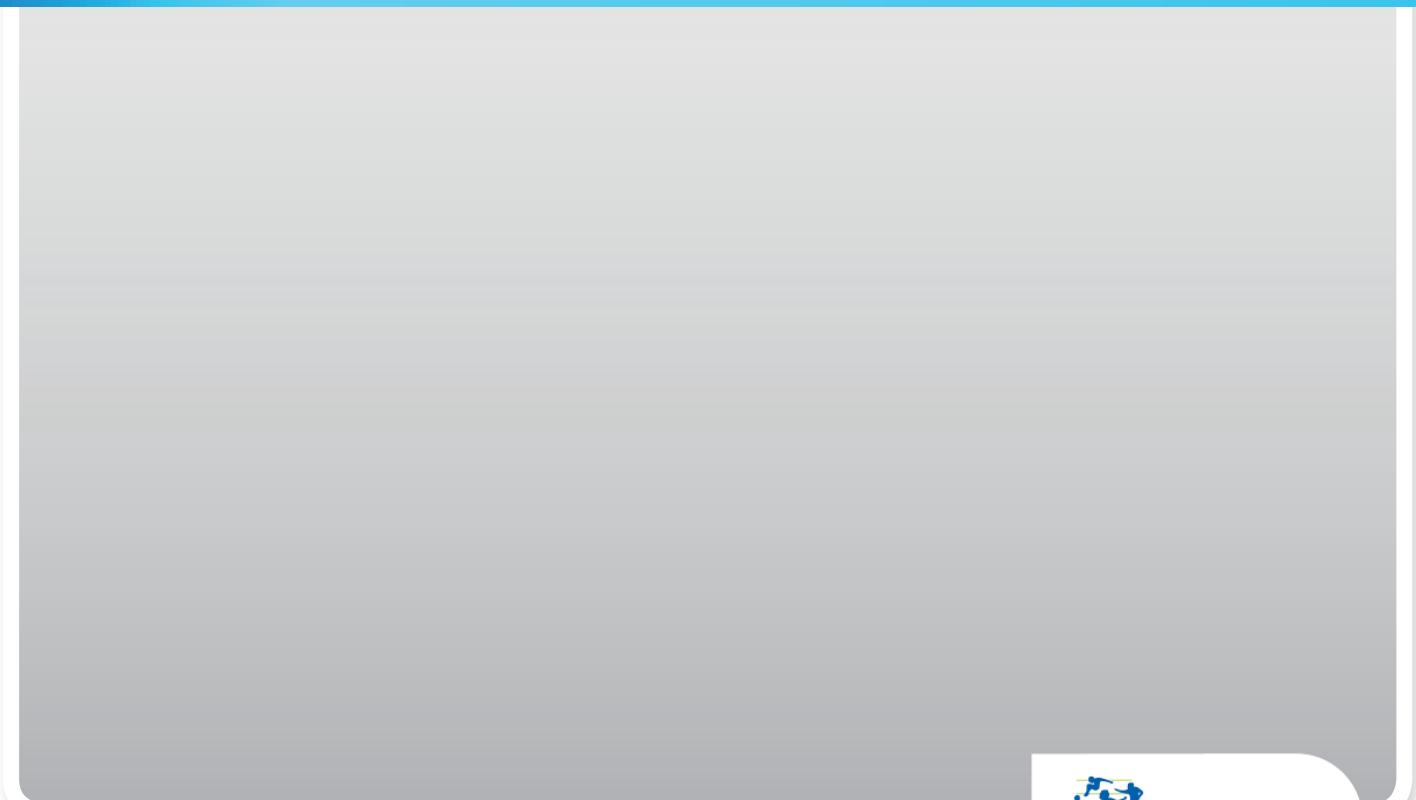
- annonces dans la presse professionnelle,
- contacts dans les universités,
- consultation du portail d'accompagnement des professionnels de santé
> <http://www.midipyrenees.paps.sante.fr>

 En savoir plus





VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN



Vos contacts à la CPAM



0 811 70 90 31
Service 0,06 € / min
+ prix appel



med@cpam-toulouse.cnamts.fr

**l'Assurance
Maladie**
HAUTE-GARONNE



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

L'ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

- > Un accident causé par un tiers est **un accident qui engage la responsabilité d'un personne (le tiers) autre que la victime**. Quand un accident a eu lieu dans de telles circonstances, la CPAM et les mutuelles peuvent récupérer auprès du responsable (ou de son assurance) les frais de soins et éventuelles indemnités occasionnés par cet accident, à condition qu'elles en soient informées.
- > **La victime doit le mentionner à tous les professionnels de santé qu'elle rencontrera pour ses soins, mais cette démarche est le plus souvent oubliée.** Aussi, quand un patient vous consulte à la suite d'une blessure ou d'un traumatisme corporel, il est essentiel de lui poser la question : **«cet accident a-t-il été causé par une autre personne ?».**

Bon à savoir

Cette démarche permet à l'Assurance Maladie et aux mutuelles de **récupérer plus d'un milliard d'euros chaque année auprès des assureurs ou des personnes responsables** de l'accident.

Nous améliorons ainsi la gestion de notre système de santé. C'est bien pour tous et pour chacun !

Pour vous, c'est très simple

- > Une case à cocher, une date à indiquer !

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS																			
<input type="checkbox"/> MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)					<input type="checkbox"/> SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115 (cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)														
<input type="checkbox"/> acte conforme au protocole ALD		<input type="checkbox"/> action de prévention			<input type="checkbox"/> autre														
accident causé par un tiers :		<input type="checkbox"/> non	<input checked="" type="checkbox"/> oui	date		J	J	M	M	A	A	A	A						
<input type="checkbox"/> MATERNITE					date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement					J	J	M	M	A	A	A	A		
<input type="checkbox"/> AT/MP					numéro					ou	date	J	J	M	M	A	A	A	A
si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case <input type="checkbox"/>																			
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)																			
<input type="checkbox"/> accès direct spécifique		<input type="checkbox"/> urgence	<input type="checkbox"/> hors résidence habituelle			<input type="checkbox"/> médecin traitant remplacé			<input type="checkbox"/> accès hors coordination										

En permettant à l'Assurance Maladie et aux mutuelles de se faire rembourser, s'il y a lieu, les soins consécutifs à cet accident, vous participez à la sauvegarde de notre système de santé.

Commandez les supports de communication





VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE (CMU C)

La CMU Complémentaire fonctionne comme une mutuelle et est attribuée sous conditions de ressources et de résidence.

Comment identifier un patient bénéficiaire de la CMU C

Le droit à la CMU C est visible sur la carte Vitale et sur l'attestation CMU complémentaire délivrée par la CPAM ou par l'organisme complémentaire choisi.

Vous pouvez également les consulter sur votre Espace Pro.

Remarque : le droit à la CMU complémentaire est attribué pour un an. Les bénéficiaires de la CMU C ont droit au tiers payant et aux tarifs conventionnels sans dépassement. Les patients qui ne relèvent plus de la CMU complémentaire continuent de bénéficier du tiers payant sur la part sécurité sociale pendant un an.

Les prestations couvertes par la CMU

Les bénéficiaires de la CMU Complémentaire n'ont rien à régler pour :

- les consultations médicales (sauf dépassement pour circonstances exceptionnelles dues à une exigence du patient DE) ;
- les soins médicaux (radiologie, biologie...) ;
- les produits médicaux prescrits dès lors que ceux-ci sont remboursables par l'Assurance Maladie ;
- pour les prothèses dentaires et l'orthodontie, les tarifs sont limités par arrêté ministériel.





VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

AIDE POUR UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

Qui est concerné ?

Un patient

- qui bénéficie de l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS),
- qui a souscrit un **contrat complémentaire santé sélectionné par le Ministère de la Santé***.

Comment appliquer le tiers payant ?



Votre patient



vous présente



vous appliquez



a souscrit un contrat complémentaire santé non sélectionné*



n'a pas souscrit de contrat complémentaire santé

- 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.

- **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.

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.

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

* Pour votre information : liste disponible sur info-acs.fr et sur ameli.fr



Comment facturer la part complémentaire ?

Dans votre logiciel de facturation à ce jour, vous pouvez paramétrer la modalité de paiement liée à votre situation.

1

Vous souhaitez disposer d'un interlocuteur unique



Paramètre à cocher
 «paiement coordonné par l'AMO»



Les montants sont calculés sur la base suivante *:

- pour tous les soins remboursables : 100 % de la base de remboursement
- pour les soins d'orthopédie dentofaciale et les prothèses dentaires : Contrat A = 125 % de la base de remboursement
Contrat B = 225 % de la base de remboursement
Contrat C = 300 % de la base de remboursement

> Lorsque vous facturez des équipements d'optique, d'audioprothèse ou des médicaments à SMR faible, cette procédure n'est pas adaptée.

Les parts obligatoire et complémentaire vous sont versées sous 7 jours maximum, en un paiement unique par la caisse d'affiliation du régime obligatoire de votre patient. Le retour d'information suit la même modalité qu'aujourd'hui.

2

Vous souhaitez conserver une relation directe avec des organismes complémentaires



Paramètre à cocher
 «procédure standard SESAM-Vitale»



La part obligatoire est réglée par la caisse d'affiliation de votre patient, selon les délais régis par votre convention.

L'organisme complémentaire du patient vous règle le montant de la part complémentaire transmise directement -DRE- ou via un organisme concentrateur technique - OCT- (FSE enrichie avec autorisation d'éclatement) selon les délais habituels.

Pré-requis:

- tables de conventions avec les complémentaires à jour
- présentation par votre patient du support de droit de son organisme

A tout moment, vous pouvez modifier le choix du dispositif de tiers-payant dans votre logiciel de facturation (choix 1 ou 2). Si votre logiciel n'est pas à jour, contactez votre éditeur de solution FSE.

Pour les professionnels dont les actes et prestations peuvent faire l'objet d'une entente directe (les chirurgiens-dentistes et médecins stomatologues), le montant non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et par la complémentaire santé doit être versé directement par votre patient.



You êtes dans l'impossibilité d'effectuer une FSE

- > **Votre patient bénéficia du tiers payant intégral et il vous a présenté son attestation TPI ainsi que sa carte Vitale.** Vous pouvez lui faire bénéficier du tiers payant intégral en cochant les cases «l'assuré n'a pas payé la part obligatoire» et «l'assuré n'a pas payé la part complémentaire» dans la zone «paiement» de la feuille de soins.
Si vous êtes biologiste, cochez la case «au laboratoire» dans la partie «remboursement» et notez la mention «tiers-payant» dans la zone prévue à cet effet.
- > **Votre patient vous présente uniquement son attestation tiers payant pour la part obligatoire** (hors part complémentaire).
Si vous êtes médecin, vous pouvez lui faire bénéficier du tiers payant sur la part obligatoire en cochant la case «l'assuré n'a pas payé la part obligatoire» dans la zone «paiement» de la feuille de soins.
- > **L'envoi de la feuille de soins papier s'effectue auprès de la CPAM de votre patient selon les modalités habituelles.**

SIRC_31_0316

Vos contacts à la CPAM



0 811 70 90 31
Service 0,06 € / min
+ prix appel



med@cpam-toulouse.cnamts.fr

 **l'Assurance
Maladie**
HAUTE-GARONNE



VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

L'AIDE MÉDICALE ÉTAT (AME)

L'Aide Médicale Etat est destinée à assurer l'accès aux soins des étrangers (hors EEE ou UE) et des personnes à charge ne remplissant pas les conditions de régularité de séjour en France, à condition de résider en France depuis plus de 3 mois et sous réserve de justifier de son identité et de remplir les conditions de ressources. La condition de résidence de plus de 3 mois n'est pas exigée pour les étrangers mineurs.

Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas de carte Vitale mais ils ont une attestation de droits.

L'AME ouvre droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux et médicaments dans la limite des tarifs de responsabilité tant en médecine de ville qu'à l'hôpital.

Cas particulier des soins dentaires

> Contrairement au dispositif de la CMU Complémentaire, il n'y a pas de panier de biens avec tarifs spécifiques pour l'AME.

Les soins et les prothèses sont remboursés à 100 % du tarif de la Nomenclature. Les dépassements éventuels sont à la charge du patient.

Remarque : les bénéficiaires de l'AME ne peuvent prétendre à la reconnaissance d'une Affection de Longue Durée. Le protocole de demande d'exonération (PIRES) ne peut donc être établi pour eux.

Ils ne sont pas concernés par le parcours de soins et n'ont pas à déclarer de médecin traitant.

Les bénéficiaires de l'AME sont soumis à l'ensemble des droits et obligations relatifs à un assuré social.





VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

MÉDECINS GÉNÉRALISTES : LES CODES DE FACTURATION

Afin de ne pas pénaliser votre patient (de + de 16 ans), il est important de bien le situer dans le parcours de soins. A cet effet, le tableau ci-dessous récapitule, pour les feuilles de soins papier ou électroniques, les cases à cocher, les codes télétransmission et la facturation adaptés à chaque situation.

Cotation autorisée pour les médecins du secteur 1, du secteur 1 avec DP avec option de coordination, du secteur 2 avec option de coordination, du secteur 2 pour les CMUC				
Feuille papier Rubrique	Feuille électronique Code	Situation	Feuille de soins papier	Feuille de soins électronique
		Votre patient vous a déjà choisi comme médecin traitant (MT).	C	C
Nom, prénom du MT	MTO	Le patient est orienté vers son MT.	C+MCG	MTO+C+MCG
Nouveau MT	MTN	Le patient vous choisit comme MT. Ne porter ce renseignement que si la déclaration de MT est signée lors de la même consultation.	C	MTN+C
Urgence	MTU	Le patient consulte en urgence sans passage préalable par le MT.	C	MTU+C
Hors résidence habituelle	MTH	Le patient est éloigné de son lieu habituel de résidence et vous consultez sans passage préalable par le MT.	C	MTH+C
MT remplacé	MTR	Vous êtes consulté par un patient en l'absence de son MT ou vous êtes le remplaçant du MT ou vous exercez dans le même cabinet de groupe que le MT.	C	MTR+C
Accès hors coordination	HCS	Hors situation d'urgence ou d'éloignement de son domicile, le patient vous consulte sans passage préalable par le MT.	C	HCS+LC





VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

MÉDECINS SPÉCIALISTES : LES CODES DE FACTURATION

Afin de ne pas pénaliser votre patient (de + de 16 ans), il est important de bien le situer dans le parcours de soins. A cet effet, le tableau ci-dessous récapitule, pour les feuilles de soins papier ou électroniques, les cases à cocher, les codes télétransmission et la facturation adaptés à chaque situation.

Attention : Pour les médecins spécialistes en Neurologie, Psychiatrie et Neuropsychiatrie ainsi qu'en Cardiologie, les lettres clés spécifiques se substituent à la CS ou à la MCS.

Cotation autorisée pour les médecins du secteur 1, du secteur 1 avec DP avec option de coordination, du secteur 2 avec option de coordination, du secteur 2 pour les CMUC

Feuille papier Rubrique	Feuille électronique Code	Situation	Feuille de soins papier	Feuille de soins électronique
Nom, prénom du médecin traitant (MT)	MTO	Le patient est orienté vers son MT.	CS+MPC+ MCS	MTO+CS+ MPC+MCS
Nouveau MT	MTN	Le patient vous choisit comme MT. Ne porter ce renseignement que si la déclaration de MT est signée lors de la même consultation.	CS+MPC	MTN+CS+ MPC
Accès direct spécifique	MTD	Vous êtes médecin spécialiste en gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie, stomatologie. Le patient peut vous consulter en accès direct.	CS+MPC+MCS	MTD+CS+ MPC+MCS
Urgence	MTU	Vous êtes médecin spécialiste hors accès direct spécifique . Le patient vous consulte en urgence sans passage préalable par le MT.	CS+MPC+MCS	MTU+CS+ MPC+MCS
Hors résidence habituelle	MTH	Vous êtes médecin spécialiste hors accès direct spécifique . Le patient est éloigné de son lieu habituel de résidence et vous consulte sans passage préalable par le MT.	CS+MPC+MCS	MTH+CS+ MPC+MCS
MT remplacé	MTR	Vous êtes consulté par un patient en l'absence de son MT ou vous êtes le remplaçant du MT ou vous exercez dans le même cabinet de groupe que le MT.	CS+MPC	MTR+CS+MPC
Accès hors coordination	HCS	Vous êtes médecin spécialiste hors accès spécifique . Hors situation d'urgence ou d'éloignement de son domicile, le patient vous consulte sans passage préalable par le MT.	CS+MPC+DA éventuel	HCS+LCS+LPC (et dépassement éventuel à inclure dans le montant total)





VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

LES BONNES PRATIQUES

Nouveaux patients

Demander systématiquement :

- > la **carte Vitale** ;
- > et/ou une **attestation récente** pour disposer d'informations fiables (s'assurer que la carte Vitale est bien à jour).

Patients réguliers

- > Vérifier si la situation administrative ou médicale du patient a récemment **évolué**, comme par exemple une maternité en cours.

Si c'est le cas, s'assurer de la mise à jour de la carte ou des attestations.

Patients bénéficiaires de la CMU C

Demander

- > la **carte Vitale** ;
- > et l'**attestation CMU C** (s'assurer que les droits sont bien ouverts).

Patients bénéficiaires de l'ACS

Demander

- > la **carte Vitale** ;
- > et l'**attestation ACS** (s'assurer que les droits sont bien ouverts).

Patients bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat

- > Ces assurés ne disposent pas de carte Vitale.

Demandez systématiquement la **carte Aide Médicale Etat**. Lors de la saisie informatique des honoraires des actes, ne rien saisir en part obligatoire mais saisir l'intégralité en part complémentaire.

Patients bénéficiaires d'un régime exonérant

- > Vérifier l'**attestation** des assurés (mention «100 %» sauf pour les médicaments à 35 %)

Patients bénéficiaires d'une ALD ou «100 %»

- > S'assurer que les patients disposent bien d'une prescription **mentionnant le rapport entre les soins et l'ALD**, si ce n'est pas le cas, facturer sans exonération du ticket modérateur.

Patients en situation d'accident du travail ou de maladie professionnelle

- > Demander systématiquement le **formulaire «accident du travail»** délivré par l'employeur.
Remarque : le risque accident du travail n'est pas couvert par le Régime Social des Indépendants.

Patiente en maternité

- > Vérifier l'attestation de l'assurée (exonération à partir du premier jour du sixième mois de grossesse jusqu'au douzième jour après l'accouchement).





VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

LES PRINCIPAUX REJETS

> La télétransmission peut être de 2 types

- Feuille de Soins Electronique avec la carte CPS et la carte Vitale de l'assuré : un flux électronique est reçu par la caisse de l'assuré, aucune pièce justificative «papier» n'est à adresser.
- Feuille de soins Electronique avec la carte CPS et sans carte Vitale de l'assuré dit en mode «dégradé» : parallèlement au flux informatique, il convient d'adresser à votre CPAM dans une enveloppe «télétransmission» (fournie par la caisse) la ou les feuilles de soins papier correspondantes avec le bordereau de télétransmission.

Sur l'enveloppe, il convient d'indiquer le N° de lot et votre tampon.

Attention : seules les pièces relatives aux assurés relevant de la CPAM 31 doivent lui être adressées.

> Courriers «flux tiers»

Lorsqu'une de vos factures est rejetée vous recevez parallèlement un courrier «flux tiers» qui vous explique la cause et la solution à apporter. Pour diminuer les délais de traitement, ce courrier peut vous être adressé par mail. Pour ce faire, retournez à la CPAM le coupon-réponse que vous pouvez télécharger sur ameli.fr, rubrique votre caisse/ vos services et imprimés. **Remarque :** cette adresse sera utilisée uniquement pour la transmission du courrier de rejets et ne doit pas correspondre à celle des retours NOEMIE.

> Duplicata

Cette mention est réservée aux pertes de facture, elle ne doit pas être utilisée en cas de refacturation suite à un rejet de télétransmission.

AT (Accident du Travail et maladies professionnelles)

N° de Rejet

- 315062
- 315063
- 315032
- 315058

Libellé

- AT INCONNU EN BDO A CETTE DATE
AT EXISTANT MAIS CODE CRAM DIFF
CLE DU NUMERO D'AT ERROREE
STATUT AT = REJETE

> Causes les plus probables

- Les factures reçues mentionnent un AT inconnu ou erroné à la date de la facturation.
- le dossier est rejeté dans un 1^{er} temps, dès réception des éléments par la caisse, l'AT est enregistré.
- rejet 0315063 : le numéro de sinistre connu en BDO est enregistré avec un code CARSAT et une clé différente de l'information transmise.
- rejet 0315032 : la facture contient un numéro d'accident du travail dont la clé est erronée.
- rejet 0315058 : l'AT est rejeté.

> Solutions

Mettez le dossier dans un instancier. Attendez deux semaines (le temps pour la CPAM de recevoir le dossier AT transmis par l'employeur), puis contactez votre correspondant au Pôle PS pour disposer d'un numéro de sinistre conforme. Le code CARSAT correspond au département du siège de l'employeur, il peut donc être différent de 31. **Remarque :** les éventuels rejets seront traités par la CPAM.



Parcours de soins

N° de Rejet

- 710061

Libellé

MT DEM>MT CALC HORS PARC EN TP

> Cause la plus probable

- Le code indiqué dans la facturation ne correspond pas à la situation de l'assuré (ex : vous n'êtes pas son médecin traitant, l'assuré n'a pas de médecin traitant...).

> Solutions

- Vérifiez sur Mon compte ameli ou Espace Pro, la présence d'un médecin traitant.
- Renseignez le parcours de soins en fonction de la situation de l'assuré.

Remarque : pour les cabinets de groupe lorsque vous n'êtes pas le médecin traitant, indiquez «médecin traitant remplacé».

- Vérifiez régulièrement votre liste de patients sur Mon compte ameli.

Organisme complémentaire

Avec la version 1.40, vous avez la possibilité d'éclater les flux à la source.

Si vous souhaitez faire du tiers payant avec un organisme complémentaire que vous en connaissez pas, vous devez préalablement contacter l'organisme pour savoir s'il accepte le tiers payant avec votre catégorie de professionnels de santé.

Si c'est le cas, il faut également demander à l'organisme complémentaire :

- s'il fonctionne en gestion séparée DRE) : il faut signer une convention avec l'organisme,
- s'il fonctionne en gestion unique : il faut lui demander son numéro d'organisme complémentaire pour la facturation.

N° de Rejet

- 480001

Libellé

FORMAT NUM.ORG.COMPL.NON CONFORME

> Cause la plus probable

- Les factures reçues mentionnent un numéro d'organisme complémentaire non conforme.

> Solutions

Si le numéro d'organisme complémentaire est bien numérique (sans espace et sans lettre), vous avez peut-être fait une mauvaise saisie sur votre logiciel. Vous pouvez contacter le Conseiller Informatique Service de votre secteur comme pour toute autre difficulté, notamment relative au passage en version 1.40 de votre logiciel et à la saisie des mutuelles.

Remarque : La liste des organismes complémentaires ayant des échanges informatisés avec la CPAM est disponible sur www.ameli.fr



Exonération et/ou modulation du Ticket Modérateur absent

N° de Rejet

- 450054
- 450056
- 450072
- 450058
- 450082

Libellé

ETM NON TROUVEE EN BDO
ETM CONNUE BDO NO TRANSMISE
DIVERGENCE VITALE/EXO BDO ABSENTE
INCOMP.MODULATION TRANSMISE/BDO
ETM MAT EN BDO MAIS NON TRANSMISE

> Cause la plus probable

- La facturation reçue ne mentionne pas ou mentionne à tort une Exonération du Ticket Modérateur (ETM)

> Solutions

- Si la facturation a été effectuée avec la carte Vitale, celle-ci n'est sans doute plus à jour, l'assuré devra la mettre à jour dans une borne de la pharmacie la plus proche.
- Si la facturation a été effectuée sans la carte Vitale, les informations saisies sont erronées. demandez les informations au patient (attestation papier) pour envoyer la facture rectifiée.
- Assurez-vous que l'assuré dispose bien d'une prescription mentionnant le rapport entre les soins et l'exonération (prescription sur ordonnancier bi-zone).
- Vérifiez sur Mon compte ameli si l'exonération apparaît en «vert».

Patient en CMU Complémentaire ou AME

Attention à ne pas confondre la Couverture Maladie Universelle et la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU C). La première est une protection maladie obligatoire pour les personnes résidant en France et qui ne sont pas déjà couvertes par un autre régime obligatoire d'Assurance Maladie. La seconde est une protection complémentaire (comparable à une mutuelle) accordée sur critères de ressources.

N° de Rejet

- 480055

Libellé

ABSENCE CONTRAT 8X ET MUT FICTIF

> Cause la plus probable

- La facturation reçue comportait une demande de remboursement en CMU C, après vérification dans nos fichiers, l'assuré concerné ne bénéficie pas ou plus de la CMU C à la date de prescription.

> Solutions

- Demandez systématiquement l'attestation papier CMU C à l'assuré (il est tenu de vous la présenter).
- Ou visualisez les informations sur les assurés sur ameli.fr.
- Ou contactez nos services pour confirmer avant la facturation.

Rappel : l'obligation de pratiquer le tiers payant s'applique dès lors que l'assuré présente bien les justificatifs ouvrant droit à la CMU C.

Les assurés AME (Aide Médicale Etat) ne disposent pas de carte Vitale. Demandez systématiquement la carte médicale Etat. Lors de la saisie informatique des actes, ne rien saisir en par obligatoire mais saisir l'intégralité en part complémentaire.



Caisse/Régime de rattachement de l'assuré ou de ses ayants droits ou carte Vitale en erreur

N° de Rejet

- 170050
- 250050
- 270052
- 270053
- 270030
- 9080036
- 9080045
- 9080037

Libellé

- ASSURE NON GERE PAR LA CAISSE
- ASSURE ABSENT DE LA BDO*
- BENEF INCONNU (EXISTE JOUR = 01)
- UTILISATION ANCIENNE DATE DE NAISSANCE
- STRUCT DATE NAISS. BENEF. ERROREE
- CARTE VITALE INEXISTANTE
- CARTE FRAUDULEUSE OPPOSABLE
- CARTE INVALIDE POUR AUTRE MOTIF

* Base de Données Opérationnelles

> Causes les plus probables

- L'assuré ou l'ayant droit concerné par la facturation n'est pas géré par le Régime Général.
- Pour les libellés relatifs à la carte Vitale : la carte vitale est inutilisable ou non mise à jour.

> Solutions

- Si la facturation a été effectuée avec la carte Vitale, celle-ci ne doit plus être à jour, l'assuré devra la mettre à jour dans une borne, à la pharmacie par exemple.
- Si la facturation a été effectuée sans la carte Vitale, les informations saisies sont erronées, demandez les informations au patient pour rectifier et envoyer la facture vers la caisse du régime d'affiliation de l'assuré.

Pour les messages relatifs à la carte Vitale : invitez le patient à contacter sa caisse de rattachement pour régulariser sa situation.

Remarque : Ces rejets sont traités par la caisse en cas de FSE, vous pouvez toutefois, mettre à jour votre fichier patientèle à partir des informations indiquées dans le courrier de retour de télétransmission.

Nouveau type de rejet ou augmentation exponentielle d'un/ou plusieurs rejets

Prenez très rapidement contact avec votre correspondant au pôle PS et/ou votre société informatique. Tant que la problématique n'est pas résolue, mettez tous les dossiers de ce type en instance. Les coordonnées des correspondants sont accessibles via ameli.fr en sélectionnant «votre caisse» puis «vos contacts personnalisés».





VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

LES CONTACTS UTILES

A la CPAM

Pour toute information réglementaire et pratique relative aux professionnels de santé :



0 811 70 90 31 Service 0,06 € / min + prix appel



<https://espacepro.ameli.fr>

> Votre correspondant au pôle Professionnel de santé

Pour la gestion quotidienne de vos dossiers et la transmission des flux informatiques.

> Votre Conseiller Informatique Service

Pour l'aide et le conseil concernant la télétransmission et les téléservices.

Mail : cis@cpam-toulouse.cnamts.fr

> Votre conseiller Pôle Accompagnement Professionnels de Santé et Etablissements

Pour l'aide et le conseil concernant les modalités d'exercice et la vie conventionnelle.

Mail : med@cpam-toulouse.cnamts.fr

> Le Service Médical

Pour l'aide et le conseil sur la CCAM et la Nomenclature des Actes.

Téléphone : 05 61 10 88 22 Mail : medical@elsm-toulouse.cnamts.fr

A la MSA (Mutualité Sociale Agricole)

> Gestion quotidienne des dossiers/Flux informatiques et feuilles de soins papier/ Relations PS et aide à la télétransmission

Téléphone : 05 61 10 40 40 Mail : cdc_santé.blf@midipyrenees-sud.msa.fr

> Service Médical (Contrôle Médical et Contrôle Dentaire)

Mail : cmcd.blf@midi-pyrenees-sud.msa.fr

Au RSI Midi-Pyrénées (Régime Social des Indépendants)

Il a conventionné des organismes, dont vous trouverez ci-dessous la liste, pour procéder aux remboursements des parts obligatoires. C'est à ces organismes qu'il vous appartient de transmettre les justificatifs papiers et de vous adresser pour toute réclamation dans le cadre de la télétransmission :

> 03 027 1100

Réunion des Assureurs Maladie de Midi-Pyrénées (RAM)/Mme Mercier

1 place Occitane, 31 041 Toulouse cedex 9

Téléphone : 0811 012 012

SIRC_31_0316

Vos contacts à la CPAM



0 811 70 90 31

Service 0,06 € / min
+ prix appel



med@cpam-toulouse.cnamts.fr

**l'Assurance
Maladie**
HAUTE-GARONNE

> 03 027 2100

Mutuelle Bleue (MGCIA)/Mme Marty
1 rue Matabiau, 31 070 Toulouse cedex 7
Téléphone : 05 62 73 59 79

> 03 027 3300

Mutuelle Via Santé
10 rue de la Madeleine, 12 023 Rodez cedex 9
Téléphone : 09 69 32 15 00

> 03 027 4100

Mutuelle de France Sud/Mr Garcia
479 quai de Regourd, BP 147, 46018 Cahors cedex 9
Téléphone : 05 65 23 23 00

> 03 027 4200

Harmonie Mutuelle/Mme Faure Balaygue ou Sudre
202 avenue Pélissier, 81 031 Albi cedex 9
Téléphone : 0972 720 040

> 03 027 4300

Orea de Previfrance (SMIP)/Mme Suère ou Julien
80 rue Matabiau, 31 012 Toulouse cedex 6
Téléphone : 05 61 10 55 35 ou 23

> 03 027 4400

Union MTNS Sud-Ouest/Mme Mur
4 rue Saint Vincent de Paul, 65 000 Tarbes
Téléphone : 05 62 44 21 28

> 03 027 5100

UTIM LR-MP/Mme Fauré
37-39 boulevard Valmy, 81 011 Albi cedex 9
Téléphone : 09 69 32 80 54





LES TÉLÉSERVICES

Vos contacts à la CPAM



0 811 70 90 31
Service 0,06 € / min
+ prix appel



med@cpam-toulouse.cnamts.fr

**l'Assurance
Maladie**
HAUTE-GARONNE



LES TÉLÉSERVICES

LE SITE www.ameli.fr

ameli : votre principale source d'information

Le site www.ameli.fr regroupe l'essentiel des informations et des services utiles à votre pratique professionnelle et à la gestion de votre activité.

Le site vous propose des fonctionnalités communes avec certains accès possibles à partir des services intégrés à votre poste de travail et accessibles via la carte CPS. Il est prévu que ces deux modes d'accès soient mis entièrement en cohérence très prochainement.

Ameli vous permet de bénéficier d'informations :

- pratiques et concrètes,
- précises et validées,
- consultables à la source (chiffres, rapports...).

Un espace Médecins a été spécialement conçu pour répondre à vos besoins. Il comprend les rubriques principales :

> «Votre caisse»

L'accès à cette sous-rubrique suppose que vous indiquez votre localisation. Vous y trouverez notamment des informations sur les missions et l'offre de services de votre caisse, sur les acteurs locaux de la santé et du social (professionnels de santé, réseaux, établissements, partenaires sociaux, ...) mais aussi le détail de vos contacts locaux.

> «Votre convention»

Cette rubrique met à votre disposition les textes de références (convention et avenants) ainsi que les outils et tarifs conventionnels.

> «Gérer votre activité»

Vous trouverez toutes les informations et les conseils nécessaires au suivi logistique et administratif de votre exercice (installation, équipements informatiques, remplacements, ...).

> «Exercer au quotidien»

Cette rubrique vous propose les outils susceptibles de vous être utiles dans votre pratique quotidienne, tels que les référentiels de soins, le détail des formalités (en cas de maternité, accident, maladie professionnelle, ALD...), mais aussi le codage des actes, ou encore les modalités de remplissage des feuilles de soins.

> «Vous former, vous informer»

Cette partie vous présente un ensemble d'informations et de documents de nature à accompagner votre démarche de formation continue (FPC, organismes agréés, chiffres-clés, recommandations de la HAS, protocoles de soins, études et statistiques, actions de prévention).



Les rubriques principales sont complétées par des rubriques pratiques (annuaires des organismes sociaux, des professionnels et des établissements de santé, formulaires à télécharger, moteur de recherche...)

ameli est aussi utile pour vos remplacements

ameli.fr vous propose un service interactif et gratuit, consacré à l'installation des professionnels de santé et aux acteurs locaux concernés par les questions de démographie médicale.

Vous pourrez y consulter et y déposer des annonces pour une recherche de remplaçant (ou de local, de matériel...).

Dans le cadre de votre exercice quotidien, ce service peut aussi vous permettre d'échanger sur vos projets et expériences professionnelles, de créer des liens avec vos confrères, ou encore des élus et d'autres acteurs de la vie locale.

Vous y trouverez également le détail des aides à l'installation disponibles, du contenu général national (texte, démarches administratives) et des informations régionales et locales (expériences, contacts, offre et consommation de soins dans la région,...).

Vous pouvez y créer un dossier personnalisé selon vos propres choix dans un fichier pdf.

Tout ou partie du site www.ameli.fr est dédié aux démarches liées à votre installation. Vous y trouverez des conseils et des informations utiles pour décider du lieu de votre installation et de votre mode d'exercice, pour connaître toutes les formalités à accomplir et préparer vos premiers pas dans la profession.

Pour y accéder, cliquez sur l'espace «Professionnels de santé», puis rubrique «Médecins», puis «Gérer votre activité» puis «Vous vous installez».

 En savoir plus





LES TÉLÉSERVICES

ESPACE PRO

Simplifier votre exercice et gagner du temps en quelques clics

Avec Espace Pro, accédez à un bouquet de services :

> Activités

- Vos paiements.
- Patientèle Médecin Traitant.
- Droits des patients.
- Commande d'imprimés et de TDR.
- Relevé individuel d'activité et de prescriptions.
- Contact e-mail avec la CPAM.

> Services patient

- L'avis d'arrêt de travail en 5 clics.
- Le protocole de soins électronique : création et gestion d'un protocole de soins.
- Consultation de l'ALD d'un patient ou protocole de soins numérisé.
- L'historique des soins remboursés à votre patient (soins, pharmacie, radiologie, biologie...).
- L'information Médecin Traitant de votre patient.
- La déclaration Médecin Traitant en ligne.
- L'inscription en ligne de vos patients au services en santé proposés par l'Assurance Maladie.

> Quelles sont les conditions requises pour bénéficier d'Espace Pro ?

- Utiliser un ordinateur (MAC ou PC).
- Disposer d'un logiciel de télétransmission agréé SESAM Vitale.
- Être équipé d'un lecteur de carte CPS.

Pour bénéficier d'une démonstration ou d'une installation, contactez votre Conseiller Informatique Service au



0 811 70 90 31 Service 0,06 € / min + prix appel

ou par mail à



cis@cpam-toulouse.cnamts.fr

En savoir plus

Vos contacts à la CPAM



0 811 70 90 31
Service 0,06 € / min
+ prix appel



med@cpam-toulouse.cnamts.fr



LES TÉLÉSERVICES

L'AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL (AAT)

Le service AAT, mode d'emploi

- Ce service permet de saisir en ligne un avis d'arrêt de travail en 5 clics et de l'adresser directement au service médical dont dépend votre patient.
- La signature et la confidentialité sont assurées par votre carte CPS et la carte Vitale de votre patient.
- Deux moyens d'y accéder :
 - en ligne sur le portail «Espace pro»,
 - directement intégré dans votre logiciel de gestion de cabinet (si votre éditeur le propose).

De vrais + au quotidien

> Une assistance au remplissage.

- **Données administratives pré-remplies**, récupérées à la lecture de la carte Vitale.
- **Situations d'arrêt de travail** les plus courantes.
- **Fiches repères avec une durée indicative** d'arrêt de travail, ayant fait l'objet d'un avis par la Haute Autorité de Santé.
- Contrôle de cohérence de la saisie pour fiabiliser l'avis d'arrêt avant transmission.

> Une transmission facilitée pour vous et votre patient

- Tous les éléments destinés à l'Assurance Maladie sont transmis par voie électronique.
Seul le volet destiné à l'employeur doit être imprimé et remis à votre patient.
- **Moins de démarches administratives pour votre patient.**

> En 3 points clés

- Transmission sécurisée de l'avis.
- Traitement le plus rapide du dossier.
- **Sauvegarde optionnelle de l'arrêt prescrit.**

AAT dans Espace Pro

Avec la carte Vitale du patient et votre carte CPS, accédez au service Avis d'arrêt de Travail directement dans votre compte Espace Pro, dans la rubrique «Services patient».

> Pour toute question

- Contactez votre conseiller dédié.
- La hotline de l'Assurance Maladie est à votre disposition au **0 811 709 710**.



AAT intégré dans votre logiciel

Bénéficiez d'une intégration totale du service dans votre logiciel métier, en consultant la documentation fournie par votre éditeur afin de savoir comment utiliser l'Avis d'Arrêt de Travail intégré (AATi).

> Pour toute question

Pour toute interrogation en lien avec l'Avis d'Arrêt de Travail intégré

- Rapprochez-vous de votre éditeur de logiciel.





LES TÉLÉSERVICES

LA DÉCLARATION MÉDECIN TRAITANT (DMT)

Le service DMT, mode d'emploi

- Ce service permet à votre patient de vous désigner comme médecin traitant, en ligne.
- Il remplace l'envoi de la déclaration médecin traitant papier.
- Cette déclaration est co-signée par votre carte CPS et la carte Vitale de votre patient.
- Deux moyens d'y accéder :
 - en ligne sur le **portail «Espace Pro»**,
 - directement **intégré dans votre logiciel** de gestion de cabinet (si votre éditeur le propose)

De vrais + au quotidien

> Une démarche simplifiée

Vos données administratives et celles de votre patient sont automatiquement inscrites sur la déclaration.

> Une transmission facilitée pour vous et votre patient

Dès la transmission, vous apparaissez comme son médecin traitant dans les bases de l'Assurance Maladie.

> Une rapidité d'utilisation

En 3 clics, vous devenez le nouveau médecin traitant de votre patient.

> En 2 points clés

- Pas de formulaire papier à remplir ou à imprimer.
- Une déclaration rapide et simplifiée pour vous et votre patient.

DMT dans Espace Pro

Avec la carte Vitale du patient et votre carte CPS, accédez au service Déclaration médecin traitant, directement dans votre compte Espace Pro, dans la rubrique «Services patient».

> Pour toute question

- Contactez votre conseiller dédié.
- La hotline de l'Assurance Maladie est à votre disposition au **0 811 709 710**.



DMT intégré dans votre logiciel

Avec DMT, vous réalisez une Déclaration de médecin traitant intégrée (DMTi) depuis votre logiciel. Consultez la documentation fournie par votre éditeur afin de savoir comment utiliser ce service.

> Pour toute question

Pour toute interrogation en lien avec une Déclaration de médecin traitant intégrée

- Rapprochez-vous de votre éditeur de logiciel.





LES TÉLÉSERVICES

LE PROTOCOLE DE SOINS ÉLECTRONIQUE (PSE)

Le service PSE, mode d'emploi

- Ce service permet de remplir en ligne un protocole de soins pour une affection de longue Durée (ALD). Il est adressé directement au service médical du patient.
- L'accès au Protocole de Soins Electronique (PSE) est entièrement sécurisé, il se fait avec votre carte CPS et la carte vitale de votre patient, nécessaire uniquement au moment de la création du protocole. Il vous est ensuite possible de le compléter et de l'envoyer de manière différée.
- Cette déclaration est co-signée par votre CPS et la carte Vitale de votre patient.
- Deux moyens d'y accéder :
 - en ligne sur le portail «Espace Pro»,
 - directement intégré dans votre logiciel de gestion de cabinet (si votre éditeur le propose).

De vrais + au quotidien

> Une aide au remplissage.

Un théâtre contenant toutes les pathologies et leur correspondance avec la liste des ALD 30. Les critères médicaux nécessaires au service médical pour donner un accord sont proposés automatiquement pour chaque pathologie.

> Une gestion centralisée

Le téléservice vous permet de créer, rechercher, visualiser et gérer tous vos protocoles dans une même interface.

> Une concertation avec le médecin conseil

Cette fonction permet d'échanger, si nécessaire, avec le médecin conseil avant son avis définitif, ce qui garantit un avis positif dans la plupart des cas.

> Une souplesse du service

Avec la carte Vitale du patient, vous pouvez initier un protocole de soins et l'adresser plus tard à l'Assurance Maladie. Vous pourrez le compléter et le **transmettre de manière différée, sans la carte Vitale du patient**.

> En 5 points clés

- Une gestion électronique de tous vos protocoles de soins.
- Une consultation du protocole d'un nouveau patient, avec sa carte Vitale.
- Des alertes par e-mail lors de vos échanges avec le service médical.
- Un traitement plus rapide de la demande par les services médicaux.
- Des protocoles électroniques visibles par vos confrères avec l'accord du patient.



PSE dans Espace Pro

Avec la carte Vitale du patient et votre carte CPS, accédez au service Protocole de soins électronique, directement dans votre compte Espace Pro, dans la rubrique «Services patient».

> Pour toute question

- Contactez votre conseiller dédié.
- La hotline de l'Assurance Maladie est à votre disposition au **0 811 709 710**.

PSE intégré dans votre logiciel

Avec Protocole de Soin Electronique intégré (PSEi), vous pourrez gérer directement vos protocoles de soins **depuis votre logiciel**. Pour en savoir plus, consultez la documentation que vous remet votre éditeur.

> Pour toute question

Pour toute interrogation en lien avec le Protocole de Soin Electronique intégré

- Rapprochez-vous de votre éditeur de logiciel.





LES TÉLÉSERVICES

LA DÉCLARATION SIMPLIFIÉE DE GROSSESSE (DSG)

Le service DSG, mode d'emploi

- Ce service permet de remplir en ligne une Déclaration simplifiée de Grossesse pour votre patiente et de l'adresser directement aux organismes d'Assurance Maladie, d'Allocations Familiales et de Protection Maternelle et Infantile (PMI).
- La DSG remplace l'imprimé de premier examen médical prénatal (Cerfa S4110F).
- La signature du document est assurée par voie électronique avec votre carte CPS et la carte Vitale de votre patiente.
- Ce service est accessible via le portail «Espace Pro».

De vrais + au quotidien

> Une démarche simplifiée.

Vos données administratives et celles de votre patiente sont automatiquement renseignées sur la déclaration.

> Une gestion facilitée pour votre patiente

Tous les éléments destinés à l'organisme d'Assurance Maladie, à la Caisse d'Allocations Familiales et au centre de Protection Maternelle Infantile sont transmis par voie électronique.

> Une prise en charge plus rapide

Une prise en charge plus rapide de la grossesse de votre patiente par les organismes concernés.

> En 2 points clés

- Une démarche allégée pour vous et votre patiente.
- Une prise en charge plus rapide de la situation de grossesse de votre patiente.

DSG dans Espace Pro

Avec la carte Vitale de votre patiente et votre carte CPS, accédez au service Déclaration Simplifiée de Grossesse directement dans votre compte Espace pro, dans la rubrique «Services patient».

> Pour toute question

Un conseiller de l'Assurance Maladie est à vos côtés pour toute question sur le service Déclaration Simplifiée de Grossesse.





LES TÉLÉSERVICES

LE CERTIFICAT MÉDICAL ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLES (CM AT/MP)

Le service CM AT/MP, mode d'emploi

- Ce service permet de saisir en ligne un certificat médical d'accident du travail ou de maladie professionnelle et de l'adresser directement à la caisse et au service médical dont dépend votre patient.
- La signature et la confidentialité sont assurées par votre CPS et la carte Vitale de patient.
- Deux moyens d'y accéder :
 - en ligne sur le portail «Espace pro»,
 - directement intégré dans votre logiciel de gestion de cabinet (si votre éditeur le propose).

De vrais + au quotidien

> Une assistance au remplissage

- Données administratives pré-remplies, récupérées à la lecture de la carte Vitale.
- Dématérialisation de tous les types de certificats médicaux AT/MP : Initial, Prolongation, Final, Rechute.
- Contrôles de cohérence de la saisie pour fiabiliser le certificat médical avant transmission.

> Une transmission facilitée pour vous et votre patient

- Tous les éléments destinés à l'Assurance Maladie sont transmis par voie électronique.
- Pour toute prescription, l'exemplaire destiné à voter patient doit lui être remis.
- Si vous prescrivez un arrêt de travail, l'exemplaire employeur est à remettre obligatoirement à votre patient.

> En 3 points clé

- Transmission sécurisée du certificat médical.
- Traitement plus rapide du dossier.
- Possibilité de sauvegarder le certificat médical prescrit.

CM AT/MP dans Espace Pro

Avec la carte Vitale de votre patiente et votre carte CPS, accédez au service Certificat Médical Accident du Travail/ Maladie Professionnelle directement dans votre compte Espace Pro ou dans la rubrique «Services patient».

> Pour toute question

Un conseiller de l'Assurance Maladie est à vos côtés pour toute question sur le service Certificat Médical Accident du Travail/Maladie Professionnelle

