



Médecins

Votre installation en Haute-Garonne

La convention

- La Convention Nationale
- Les Tarifs Conventionnels
- Le Contrat d'Aide à l'Installation (CAIM)
- Le Contrat de Solidarité Territoriale (CSTM)
- Le Forfait Structure
- La Rémunération sur objectif de Santé Publique (ROSP)
- L'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO)
- La Permanence des soins (P-Garde)
- 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
- Le Dossier Médical Partagé
- Le Délégué de l'Assurance Maladie

La pratique au quotidien

- Les imprimés
- L'accident causé par un tiers
- La CMU-C
- L'ACE
- L'AME
- Le tiers payant généralisé
- 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

MESURE DÉMOGRAPHIE : LE CONTRAT D'AIDE À L'INSTALLATION (CAIM)

Convention Nationale des Médecins Libéraux - JO du 26/10/2016

Ce contrat vise à favoriser l'installation des médecins en zones fragiles.

Il concerne :

- Les médecins généralistes et spécialistes
- Exerçant en secteur 1 ou secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM

Ce contrat est conclu pour 5 ans sans possibilité de renouvellement.

Conditions d'adhésion

1. Condition liée au lieu d'exercice

Le Contrat d'Aide à l'Installation des médecins concerne les installations en zones fragiles définies par l'ARS. Pour la Haute-Garonne, sont concernées les communes de **Boulogne sur Gesse, l'Isle en Dodon, Saint Bât et Salies du Salat**.

2. Condition liée à l'exercice en groupe

> Appartenir à un groupe physique, quel que soit sa forme juridique

- Groupe formé entre médecins
- Groupe pluri professionnels

> Appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)

> Appartenir à une équipe de soins primaires

Engagements du médecin

- Ne pas cesser son activité pendant 5 années consécutives à compter de la date d'adhésion
- Exercer au moins 2,5 jours par semaine dans la zone fragile
- Participer à la permanence des soins ambulatoires
- Assurer la continuité des soins

> Engagement optionnel

- Exercer une partie de son activité dans un hôpital de proximité



Engagements de l'Assurance Maladie

> Versement d'une aide à l'Installation de 50.000 € Pour une activité de 4 jours par semaine (31.250 € pour 2,5 jours, 37.000 € pour 3 jours, 43.750 € pour 3,5 jours).

- 50 % à la signature du contrat
- Le solde à la date du 1^{er} anniversaire du contrat

> Si Engagement optionnel

> Versement d'un montant forfaitaire de 2.500 €

- 1.250 € à la signature du contrat
- 1.250 € à la date du 1^{er} anniversaire du contrat

Résiliation du contrat

> À l'initiative du médecin

La résiliation prend effet à la date de réception par l'Assurance Maladie de la lettre en RAR.

L'Assurance Maladie procède à la récupération des sommes indûment versées, au prorata de la durée restant à couvrir.

> À l'initiative de la CPAM

En cas de non-respect des engagements contractuels, la caisse informe le médecin par courrier RAR.

Le médecin dispose d'1 mois pour faire connaître ses observations écrites.

A l'issue de ce délai, l'Assurance Maladie notifie la fin du contrat par lettre RAR et procède à la récupération des sommes indûment versées, au prorata de la durée restant à couvrir.





LA CONVENTION

MESURE DÉMOGRAPHIE : CONTRATS DE SOLIDARITÉ TERRITORIALE MÉDECIN (CSTM)

Convention Nationale des Médecins Libéraux - JO du 26/10/2016

Ce contrat vise à favoriser la solidarité géographique entre les médecins exerçant hors zones fragiles et les médecins exerçants en zones fragiles.

Il concerne :

- Les médecins généralistes et spécialistes installés hors zone fragile
- Exerçant en secteur 1 ou secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM

Engagements du médecin

- S'engager pendant la durée du contrat, soit 3 ans (renouvelable tacitement).
- Exercer au moins 10 jours par an dans la zone fragile

Engagements de l'Assurance Maladie

- Versement d'une aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée au sein de la zone fragile (plafonné à 20.000 € Par an)
- Prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre dans la zone fragile

Résiliation du contrat

> À l'initiative du médecin

La résiliation prend effet à la date de réception par l'Assurance Maladie de la lettre en RAR.

Le calcul des sommes dues est alors effectué au prorata de la durée effective du contrat, au titre de l'année en cours.

> À l'initiative de la CPAM

En cas de non-respect des engagements contractuels, la caisse informe le médecin par courrier RAR.

Le médecin dispose d'1 mois pour faire connaître ses observations écrites.

A l'issue de ce délai, l'Assurance Maladie notifie la fin du contrat par lettre RAR. Le calcul des sommes dues est effectué au prorata de la durée effective du contrat.





LA CONVENTION

LE FORFAIT STRUCTURE

Objet

Aider les médecins à investir dans des outils et modes d'organisation facilitant leurs pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien et développer des démarches d'appui et de services offerts aux patients.

Bénéficiaires

Médecins toutes spécialités, tous secteurs d'exercice.

Engagements

Ce forfait structure comprend 2 volets d'indicateurs :

- Volet 1 : prérequis pour favoriser la coordination des soins et la prise en charge des patients, à travers l'équipement du cabinet
- Volet 2 : indicateurs permettant une valorisation complémentaire pour les médecins qui mettent en place des services supplémentaires pour leur patientèle

Forfait basé sur un système de points : 250 points pour 2017, 460 points pour 2018 et 660 points pour 2019. La valeur du point est fixée à 7 euros.

Engagements		Nb Points		
		2017	2018	2019
VOLET 1 PRE-REQUIS (doit-être atteint pour déclencher le volet 2)	Indicateur 1 : Disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS, compatible DMP ¹	175	230	280
	Indicateur 2 : utiliser une messagerie sécurisée de santé			
	Indicateur 3 : disposer d'une version du cahier des charges SESAM-Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération			
	Indicateur 4 : taux de télétransmission \geq À 2/3			
	Indicateur 5 : affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé			

1. Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels





LA CONVENTION

LE FORFAIT STRUCTURE

VOLET 2 (uniquement si volet 1 atteint; chaque indicateur est indépendant des autres)	Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices	20	60	90
	Indicateur 2 : capacité à coder certaines données (pouvoir éditer des listes anonymisées attestant la capacité à requêter sur des données médicales codées, par exemple liste anonymisée des patients diabétiques)	10	20	50
	Indicateur 3 : document attestant d'un engagement à une prise en charge coordonnée des patients (participation à une équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé, à des réunions de concertation pluridisciplinaire ...)	15	40	60
	Indicateur 4 : attester d'un investissement pour de nouveaux services aux patients : temps d'un personnel dédié ou recours à un prestataire externe (ex: prise de rendez-vous avec le médecin correspondant, accompagnement des parcours complexes, organisation de la prise en charge médico-sociale ...)	20	80	130
	Indicateur 5 : encadrement des jeunes étudiants en médecine (attestation de stage)	10	30	50
	Total volet 2	75	230	380
Total forfait structure		250	460	660

Tous les indicateurs du volet 1 doivent être atteints pour percevoir la rémunération correspondante et déclencher les indicateurs du volet 2.

Les indicateurs du volet 2 sont indépendants les uns des autres.

Modalités de recueils des indicateurs

> VOLET 1

Ces indicateurs vont faire l'objet d'un recueil automatisé.

> VOLET 2

Ces indicateurs sont calculés dès lors que l'ensemble des indicateurs du volet 1 sont atteints. Les indicateurs du volet 2 sont indépendants les uns des autres.

- Indicateur 1 : le calcul de cet indicateur est réalisé automatiquement sur la base de données du Régime Général.





LA CONVENTION

LE FORFAIT STRUCTURE

Des informations complémentaires sur les justificatifs requis et leurs modalités de recueil seront précisées ultérieurement.

Le taux d'atteinte des indicateurs sera apprécié au 31/12 de chaque année (donc 1^{ère} observation au 31/12/2017).

Avantages

Rémunération forfaitaire annuelle calculée en fonction du niveau d'atteinte des différents indicateurs.

Entrée en vigueur

1^{er} Janvier 2017 pour un premier paiement au 1^{er} semestre 2018.





LA CONVENTION

LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP)

Objet

La nouvelle convention conforte le dispositif de rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) comme dispositif permettant de valoriser l'amélioration des pratiques des médecins.

Bénéficiaires

- Tous les médecins libéraux
- Les médecins ont la possibilité de refuser de bénéficier du dispositif en notifiant par écrit auprès de la CPAM de rattachement dans les 3 mois qui suivent.

> **A noter: tout refus est désormais définitif sur toute la durée de la convention.**

Les indicateurs retenus pour la ROSP

> Au total, **29** indicateurs de pratique clinique sont inscrits dans la convention de 2016 (contre 24 dans celle de 2011) **dont 4** déclaratifs (contre 5 dans la convention de 2011).

- Ces indicateurs représentent actuellement un maximum de 940 points (contre 900 en 2011). 60 points complémentaires ont été mis en réserve pour un (des) indicateur(s) à définir avec les partenaires conventionnels sur le champ « efficience des prescriptions » autour des thèmes suivants : transports ; biologie; imagerie; reprise d'activité professionnelle. Ils permettront d'aboutir à un total de **1.000 points** consacrés à la ROSP.

> 1) Suivi des pathologies chroniques :

- **220 points** (contre 250 en 2011) sont consacrés à ce champ.
- Ce volet comprend huit indicateurs (dont deux déclaratifs) contre neuf en 2011 (dont cinq déclaratifs).

> 2) La prévention :

- **390 points** (contre 250 en 2011, soit une augmentation de 30%) lui sont attribués.
- **Douze indicateurs** (dont deux déclaratifs) y sont inscrits, contre huit en 2011.





LA CONVENTION

LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP)

> 3) Indicateurs d'efficience de prescription :

- **330 points** leurs sont actuellement consacrés (contre 400 en 2011) 60 points supplémentaires, portant ce total à 390, ont été mis en réserve pour une définition ultérieure, par les partenaires conventionnels, d'un ou plusieurs indicateurs complémentaires (transports, biologie, imagerie ou reprise d'activité professionnelle).

> Les indicateurs de pratique clinique des gastro-entérologues sont inchangés (huit indicateurs dont deux déclaratifs)

> Deux indicateurs de pratique clinique des cardiologues (qui comprend 9 indicateurs dont 2 déclaratifs) ont été légèrement modifiés après avis des partenaires conventionnels : ajout des antiagrégants plaquettaires dans l'indicateur portant sur l'amélioration du traitement post-infarctus du myocarde ; retrait des diurétiques dans celui concernant la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

Les règles de gestion

- Les indicateurs sont calculés sur la patientèle fidèle et consommande du médecin traitant et sur la patientèle correspondante pour les médecins spécialistes
- Les médecins qui s'installent pour la première fois en libéral continuent de bénéficier de modalités spécifiques de calcul de leur rémunération

Entrée en vigueur

La rémunération sur objectifs renouvelée entrera en vigueur au 1er janvier 2017 (1ère rémunération versée en avril 2018).

Dispositions particulières

D'ici la fin de l'année 2016, la ROSP doit intégrer deux nouveaux volets : l'un concernant le suivi des enfants par le médecin traitant de l'enfant et l'autre destiné aux médecins spécialistes en endocrinologie. Les indicateurs correspondant seront précisés par les partenaires conventionnels et feront l'objet de la signature d'un avenant.





LA CONVENTION

OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM)

Objet

L'OPTAM remplace le contrat d'accès aux soins avec le même objectif de valoriser les médecins qui s'engagent dans une dynamique de maîtrise de leurs dépassements d'honoraires afin de favoriser l'accès aux soins.

Les nouveautés par rapport au contrat d'accès aux soins

- Une option plus souple : durée d'un an renouvelable tacitement avec une possibilité de sortie à tout moment (et non plus uniquement à date anniversaire)
- Un paiement plus rapide (dès l'année suivante) avec une prime calculée au prorata de l'activité réalisée aux tarifs opposables (sans dépassement)
- Une rémunération progressive selon l'atteinte des objectifs
- Un partage égal des effets des revalorisations tarifaires au bénéfice du patient (meilleur remboursement) et du médecin.
- Des engagements définis à partir de la pratique tarifaire observée sur les années 2013, 2014 et 2015
- Des engagements définis en prenant en compte l'activité libérale à tarif opposable réalisée dans les structures de type ESPIC,
- La possibilité, pour les médecins qui le souhaitent, d'avoir des engagements définis au niveau du groupe pour les médecins qui pratiquent les mêmes tarifs (avec toujours maintien d'un contrat et d'un suivi des engagements individuel).

Bénéficiaires

> Médecin (toutes spécialités) exerçant :

- en secteur 2 (secteur à honoraires différents),
- en secteur 1 DP (titulaire du droit à dépassement permanent),
- et par dérogation en secteur 1 (secteur à honoraires opposables) remplissant les conditions cumulatives suivantes¹ :
 - être titulaire des titres visés à l'article 38.1 de la convention médicale permettant l'accès au secteur 2²
 - installé avant le 1 Janvier 2013 en secteur à honoraires opposables.

¹ Les médecins de secteur 1 adhérents du contrat d'accès aux soins sont autorisés à souscrire à l'OPTAM.

² Les médecins présentant un titre acquis au sein d'un ESPIC, d'un établissement relevant d'une collectivité d'outremer, d'un établissement hospitalier situé au sein de l'Union Européenne ou au Québec, relèvent de la procédure d'équivalence des titres prévue à l'article 38-1 de la convention. Ces demandes sont examinées par la CNAMTS.





LA CONVENTION

OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM)

Modalités d'adhésion

Pour les médecins non adhérents du contrat d'accès aux soins :

- Signature de l'OPTAM entre le médecin et sa caisse (modèle en Annexe 18 de la convention).

Engagements

- Respecter le taux de dépassement moyen ainsi que le taux d'activité à tarif opposable définis au regard de la pratique tarifaire observée sur les années 2013, 2014 et 2015 (taux recalculés en appliquant les tarifs applicables au secteur 1).

Modalités de fixation des engagements selon la situation du médecin

Situation du médecin	Modalités de fixation des engagements
Médecin de secteur 2 ou 1 DP installé avant le 1er janvier 2015	Engagement du médecin fixé sur la base du taux de dépassement recalculé et du taux d'activité à tarifs opposables recalculé observés sur la période de référence (2013, 2014 et 2015*). <i>*ou uniquement les années complètes si le médecin s'est installé en 2013 ou 2014.</i>
Nouvel installé (à partir du 1er janvier 2015)	Engagement du médecin fixé sur la base de la moyenne des taux de dépassement et d'activité à tarif opposable recalculés observée chez les médecins de la même spécialité et de la même région (nouveau découpage régional) sur les 2013, 2014 et 2015.
Médecin exerçant la même spécialité au sein d'un groupe ou d'une structure	Possibilité pour les médecins de demander la fixation de leurs engagements sur la base de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins de la même spécialité exerçant au sein du groupe ou de la structure sur la période de référence (2013, 2014 et 2015). <i>Chaque médecin adhère toujours individuellement à l'option et le suivi du respect des engagements est individuel.</i>
Médecin ayant une activité mixte	Pour les médecins ayant une activité mixte en cabinet libéral et une activité libérale au sein d'une structure dont le financement inclut leur rémunération (type ESPIC), les engagements sont fixés en tenant compte de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral et au sein des structures sur les années 2013, 2014 et 2015.
Dérogation : Médecin de secteur 1 titré et installé en secteur 1 avant le 1er janvier 2013	Engagement du médecin fixé sur la base du taux de dépassement recalculé et du taux d'activité à tarifs opposables recalculé observés sur la période de référence (2013, 2014 et 2015) ¹ . <i>Le taux fixé pour la part d'activité à tarif opposable ne peut être inférieur à 30 %.</i>





LA CONVENTION

OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM)

¹ Pour les spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardia-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie, application des moyennes nationales (compte tenu des faibles effectifs de ces spécialités).

² Pour permettre cette prise en compte, le médecin fournira des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin sur la période de référence (2013, 2014, 2015).

> Suivi trimestriel :

- Information chaque trimestre sur Espace Pro sur la pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part d'activité réalisée à tarif opposable, montant des honoraires sans dépassements, montant des dépassements
- En cas de non-respect durant 2 trimestres consécutifs, envoi d'un courrier d'information ou d'avertissement selon le niveau des écarts constatés par rapport aux engagements contractuels.

> Suivi annuel :

Vérification annuelle du respect des engagements sur la base des données tarifaires de l'année écoulée (suivi en année civile) et information du médecin sur sa situation.

Avantages

Type d'avantages	Description
Accès aux tarifs applicables aux médecins de secteur 1	Le médecin bénéficie de la grille tarifaire des médecins de secteur 1 : - majorations : MPC, MNP, MPE, MCS, MCG. - tarifs de la CCAM applicables aux médecins de secteur 1 (<i>hors modificateur K dont la valeur reste fixée à 11,5 % pour les chirurgiens et obstétriciens adhérant à l'OPTAM et non à l'OPTAM CO</i>).
Amélioration du remboursement des patients	Les soins réalisés par le médecin ayant adhéré à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur 1.
Prime3 calculée au prorata de l'activité réalisée à tarif opposable. (hors adhérent de secteur 1 titrés lesquels bénéficient en tant que secteur 1 de la participation à la prise en charge des cotisations sociales)	Versement de la prime au moment de la vérification du respect des engagements sur l'année civile écoulée (en juillet N - 1 au titre de l'année N).





LA CONVENTION

OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM)

Entrée en vigueur

L'OPTAM est mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2017.

Durée

- Option d'une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.
- Possibilité pour le médecin de résilier à tout moment son adhésion (par LRAR).





LA CONVENTION

PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE (OPTAM-CO)

Objet

L'OPTAM-CO remplace le contrat d'accès aux soins avec l'objectif de valoriser les chirurgiens et gynécologues obstétriciens qui s'engagent dans une dynamique de maîtrise de leur dépassement d'honoraires afin de favoriser l'accès aux soins.

Les nouveautés par rapport au contrat d'accès aux soins

- Une option spécifique pour les chirurgiens et obstétriciens (OPTAM-CO) avec une rémunération spécifique (modificateur K porté de 11,5% à 20%) qui permet de bénéficier de tarifs majorés sur les actes techniques lourds à l'instar des médecins de secteur 1.
- Une option plus souple: durée d'un an renouvelable tacitement avec une possibilité de sortie à tout moment (et non plus uniquement à date anniversaire).
- Un partage égal des effets des revalorisations tarifaires au bénéfice du patient (meilleur remboursement) et du médecin.
- Des engagements définis à partir de la pratique tarifaire observée sur les années 2013, 2014 et 2015
- Des engagements définis en prenant en compte l'activité libérale à tarif opposable réalisée dans les structures de type ESPIC,
- La possibilité, pour les médecins qui le souhaitent, d'avoir des engagements définis au niveau du groupe pour les médecins qui pratiquent les mêmes tarifs (avec toujours maintien d'un contrat et d'un suivi des engagements individuel).

Bénéficiaires

> Médecin libéral :

• **Conventionné** :

- en secteur 2 (secteur à honoraires différents),
- en secteur 1 DP (titulaire du droit à dépassement permanent),
- et par dérogation en secteur 1 (secteur à honoraires opposables) remplissant les conditions cumulatives suivantes¹ :
 - être titulaire des titres visés à l'article 38.1 de la convention médicale permettant l'accès au secteur 2²,
 - installé avant le 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables.

¹ Les médecins de secteur 1 adhérents du contrat d'accès aux soins sont autorisés à souscrire à l'OPTAM-CO.

² Les médecins présentant un titre acquis au sein d'un ESPIC, d'un établissement relevant d'une collectivité d'outre-mer, d'un établissement hospitalier situé au sein de l'Union Européenne ou au Québec, relèvent de la procédure d'équivalence des titres prévue à l'article 38-1 de la convention. Ces demandes sont examinées par la CNAMTS.





LA CONVENTION

PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE (OPTAM-CO)

- **Exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique :**

- ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » (dans la liste des actes définie à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale CCAM) l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option*.

* Ce seuil de 50 actes ne pouvant s'appliquer aux nouveaux installés dans les spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, ils ont le choix d'adhérer à l'OPTAM ou l'OPTAM CO.

Engagements

- Respecter le taux de dépassement moyen ainsi que le taux d'activité à tarif opposable définis au regard de la pratique tarifaire observée sur les années 2013, 2014 et 2015 (taux recalculés en appliquant les tarifs applicables au secteur 1).

Suivi des engagements :

> Suivi trimestriel :

- Information chaque trimestre sur Espace Pro sur le suivi de la pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part d'activité réalisée à tarif opposable, montant des honoraires sans dépassements, montant des dépassements
- En cas de non-respect sur 2 trimestres consécutifs, envoi d'un courrier d'information ou d'avertissement selon le niveau des écarts constatés par rapport aux engagements contractuels.

> Suivi annuel :

- Vérification annuelle du respect des engagements sur la base des données tarifaires de l'année écoulée (suivi en année civile) et information du médecin sur sa situation.





LA CONVENTION

PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE (OPTAM-CO)

Avantages

Type d'avantages	Précision
Accès aux tarifs applicables aux médecins de secteur 1	Le médecin adhérent bénéficie de la grille tarifaire des médecins de secteur 1 : - majorations : MPC, MNP, MPE, MCS. - tarifs de la CCAM applicables aux médecins de secteur 1, pour les chirurgiens et gynécologues obstétriciens : modificateur « K » fixé à 20 % applicable aux actes de chirurgie et d'accouchements dans les conditions définies à la CCAM à compter du 15 juin 2017 (<i>le modificateur a une valeur fixée à 11,5% jusqu'à cette date</i>).
Amélioration du remboursement des patients	Les soins réalisés par le médecin ayant adhéré à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur 1.

Entrée en vigueur

L'OPTAM est mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2017.

Durée

- Option d'une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.
- Possibilité pour le médecin de résilier à tout moment son adhésion (par LRAR).

Lien avec les autres mesures de maîtrise des pratiques tarifaires

- Option d'une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.
- Possibilité pour le médecin de résilier à tout moment son adhésion (par LRAR).





LA CONVENTION

LA PERMANENCE DES SOINS (PGARDE)

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

LA PERMANENCE DES SOINS (PGARDE)

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 image displays two screenshots from the Pgarde website. The left screenshot shows the login page with fields for 'Identifiant' (username) and 'Mot de passe' (password), and a 'Valider' button. The right screenshot shows the 'vous validez votre demande de paiement d'astreinte' (you validate your payment request for on-call duty) page. It includes a table of on-call duty periods, a 'Refuser' (Refuse) button, an 'Accepter' (Accept) button, and a red circle around the 'EFFECTUER VOTRE DEMANDE' (Perform your request) button. A blue arrow points from the 'Accepter' button to the 'EFFECTUER VOTRE DEMANDE' 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

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'éditer 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





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.

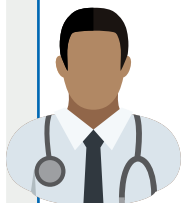
Consultez directement sur **Espace Pro** votre relevé annuel d'honoraires.





LA CONVENTION

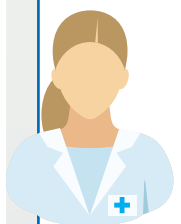
LA DÉMARCHE DE SOINS INFIRMIERS (DSI)



> 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**.

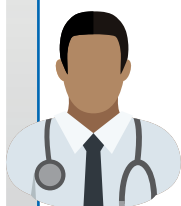
> L'infirmière adresse les deux volets du «Résumé DSI» réf. **S3742** au médecin prescripteur.



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

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.

La demande d'Accord Préalable

> La Demande d'Accord Préalable **est maintenue** pour les **pathologies décrites 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 uni-compartimentaire	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 ménisectomie 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





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 patient 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





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 (3 269 € au 1^{er} janvier 2017) 	<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 (1 634.50 € au 1^{er} janvier 2017) 	<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 53.73 € au 1^{er} janvier 2017.

> 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 53.73 € au 1^{er} janvier 2017.

> 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 +	2 semaines maxi sur prescription
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.	

> 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 53.73 € au 1^{er} janvier 2017.

		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 591.03 € pour 11 jours et 967.14 € pour 18 jours en 2017.

> 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. Son financement est assuré par une cotisation dont les 2/3 sont pris en charge par votre CPAM, **sauf si vous êtes médecin exerçant en secteur 2** : dans ce cas, la cotisation assurance vieillesse complémentaire est entièrement à votre charge.

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 (39 228 € en 2017),
- supérieur au quart de ce plafond.

Assurances volontaires - 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 2017 : le salaire minimum est de 18 281.80 € et le salaire maximum est de 39 228 €.

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 2017 :

- auxiliaires médicaux et sages-femmes : 2.4 %
- 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-droit 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 dimensions 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 conventionnés** : « 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



LA CONVENTION

LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)

Notre département et huit autres ont été sélectionnés pour déployer en avance de phase le Dossier Médical Partagé (DMP). Le DMP vise à faciliter la prise en charge pluridisciplinaire des patients grâce au partage en ligne d'informations médicales : traitements, analyses de laboratoires, comptes rendus hospitaliers, antécédents et allergies, etc.

A noter, dans un premier temps ce service ne sera proposé qu'aux ouvrants droit du régime général.

Pourquoi utiliser le DMP ?

- Pour faciliter la prise en charge de vos patients en accédant à l'ensemble des informations médicales.
Particulièrement utile en cas de maladie chronique ou de longue durée ou lorsque vos patients sont loin de chez eux ;
- Pour disposer rapidement des informations nécessaires à leur prise en charge lors d'une hospitalisation, ou en cas d'urgence ;
- Pour éviter la prescription de traitements ou d'examens inutiles ;
- Pour éviter les interactions médicamenteuses.

Le DMP renforce aussi la collaboration ville-hôpital en garantissant une circulation sécurisée de l'information entre professionnels de santé.

Un service simplifié et enrichi :

► Des modalités de création simplifiées :

Désormais, le patient peut ouvrir lui-même son DMP, en quelques clics, sur le site mon-dmp.fr. Toutefois, si vous le souhaitez, vous avez la possibilité d'ouvrir le DMP de vos patients avec leur consentement.

► Du contenu automatiquement mis à jour :

Dès son ouverture, le DMP contient les données de remboursements de l'Assurance Maladie et notamment les médicaments remboursés, particulièrement utiles en situation d'urgence.

► Un accès facilité :

L'accès au DMP se fait directement depuis votre logiciel métier. Votre secrétariat médical peut, avec votre accord, alimenter le DMP de vos patients, avec par exemple le volet de synthèse médical. L'accès est hautement sécurisé, pour vous comme pour eux. Seuls les patients et les professionnels de santé sont autorisés à le consulter.

Une messagerie sécurisée

L'utilisation de la messagerie MSSanté simplifie les échanges avec les autres professionnels de santé dans l'intérêt du patient et garantit la confidentialité et la sécurité des échanges.





LA CONVENTION

LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)

L'accès au DMP ?

Avec la carte Vitale de votre patient, et votre carte CPS, accédez au DMP depuis votre logiciel métier. Pour connaître la compatibilité de votre équipement, contactez votre éditeur de logiciels ou reportez-vous à la liste des versions compatibles sur le site :

www.dmp.gouv.fr/dmp-compatibilite

Vous pouvez également accéder au DMP par internet et l'utiliser de manière sécurisée depuis le site :

www.dmp.gouv.fr



Pourquoi utiliser le DMP ?

Nos conseillers sont à votre disposition au : **0 810 331 133** Service 0,06 € / min + prix appel

Vous pouvez aussi envoyer un mail à votre CPAM via votre Espace pro





LA CONVENTION

LE DÉLÉGUÉ DE L'ASSURANCE MALADIE (DAM)

Dans le cadre de visites régulières auprès des professionnels de santé, conformément au plan de campagne national ou local, le DAM assure la promotion des outils de régulation et des recommandations de l'assurance maladie.

En complément de l'action des médecins-conseils, il contribue à l'évolution des comportements en matière de prescriptions de médicaments par exemple.

Pour ce faire, il développe des argumentaires et répond aux questions des professionnels de santé. Enfin, il a un rôle de conseil sur des aspects conventionnels, réglementaires et techniques, et assure l'interface avec les services internes de l'assurance maladie et le reporting des informations et des visites.

Promouvoir les messages de l'assurance maladie

> Les campagnes nationales :

- les médecins : présentation des dispositifs conventionnels (Aides à l'installation, contrat de transition, Rémunération sur Objectifs de Santé Publique, option de maîtrise tarifaire OPTAM)
 - les pharmacies : la grippe, les génériques.
 - les auxiliaires médicaux : présentation du zonage, rappels réglementaires.
- Des outils personnalisés pour améliorer la pratique des professionnels : tableaux de bord, profils individuels, argumentaires, supports pédagogiques.

> Les campagnes locales :

- l'éducation thérapeutique des patients, rappel des règles de prescription des frais de transports, présentation du PRADO, ...

Faciliter les relations PS / CPAM

- **Informers les professionnels sur l'actualité conventionnelle et réglementaire** via des supports personnalisés. Exemple : «Votre DAM vous rappelle», affiches, flyers.
- **Faciliter les relations entre les PS et la CPAM** : prendre en charge les demandes des professionnels et les transmettre, via MEDIALOG, aux services compétents.





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)					
acte conforme au protocole ALD			<input type="checkbox"/> action de prévention			<input type="checkbox"/> autre					
accident causé par un tiers :			non <input type="checkbox"/>			oui <input type="checkbox"/>			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)											
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		<input type="checkbox"/>					

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 assurance complémentaire 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

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



vous présente

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



vous appliquez

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



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

Pas d'obligation du tiers payant intégral.

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



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

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

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

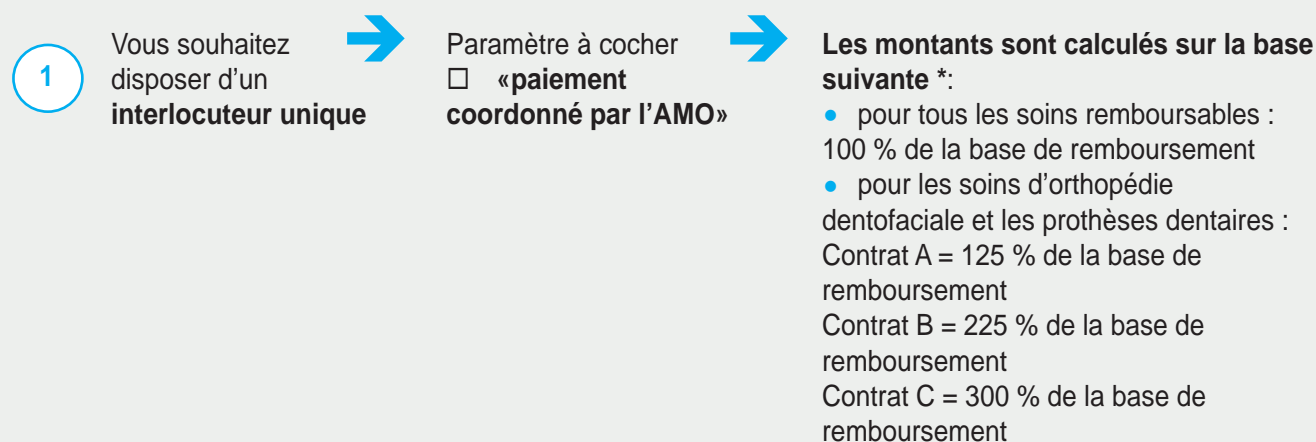
- **vous appliquez le tiers payant sur la part obligatoire** (hors part complémentaire)
- **quel que soit votre secteur d'exercice, vous faites bénéficier à vos patients de tarifs sans dépassement.**

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



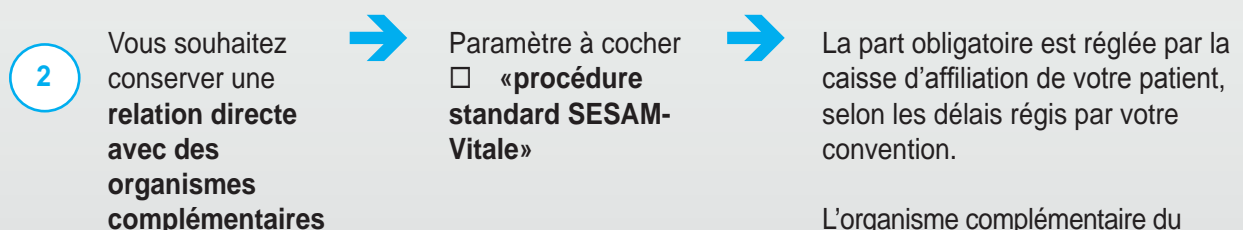
Comment facturer la part complémentaire ?

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



> 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.



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 complémentaire.

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.



Vous êtes dans l'impossibilité d'effectuer une FSE

> Votre patient bénéficie 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.





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

LE TIERS PAYANT GÉNÉRALISÉ

L'article 83 de la loi du 26 Janvier 2016 prévoit la généralisation progressive du tiers payant pour faciliter l'accès aux soins du plus grand nombre.

Palier du 1^{er} Janvier 2017 (ALD et Maternité)

Le tiers payant intégral (AMO + AMC) est de droit pour :

- > Les soins en rapport avec une ALD exonérante
- > Les femmes enceintes du premier jour du 6^{ème} mois de grossesse au 12^{ème} jour après l'accouchement ainsi que les examens obligatoires liés à la grossesse et au suivi de l'enfant jusqu'à 6 ans.

Une plateforme téléphonique dédiée aux médecins

Pour toute question relative au tiers payant :

- > **09 72 72 72 50**
- > **medecins@cesi.ameli.fr**

Les médecins peuvent également utiliser une fonction chat accessible depuis l'espace pro.

Si leur logiciel est équipé de la fonction, ils peuvent envoyer automatiquement un rapport d'incident relatif à la facture qui pose problème.





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 consulte 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

SIRC_31_0317





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 pas- sage 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. Demander 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 ERRONEE
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 la 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 TROUVÉE 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 part 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. ERRONEE
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 Service 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 :

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

1 place Occitane, 31 041 Toulouse cedex 9

Téléphone : 0811 012 012



> 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 indiquiez 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.
- Etre 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





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 thésaurus 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 votre 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

