



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

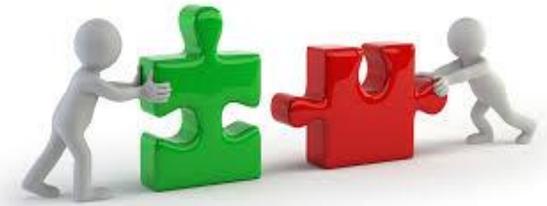
Service médical
Ile-de-France

NOTRE OBJECTIF :

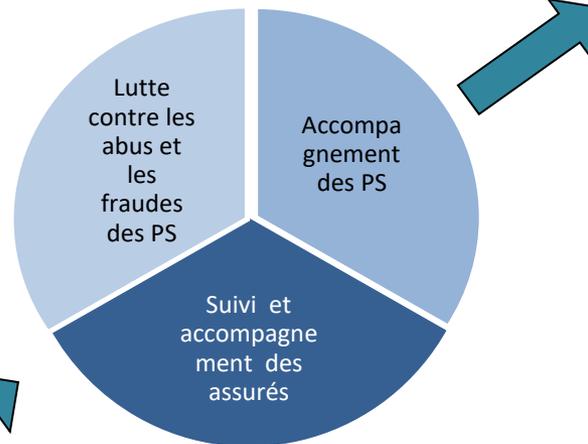
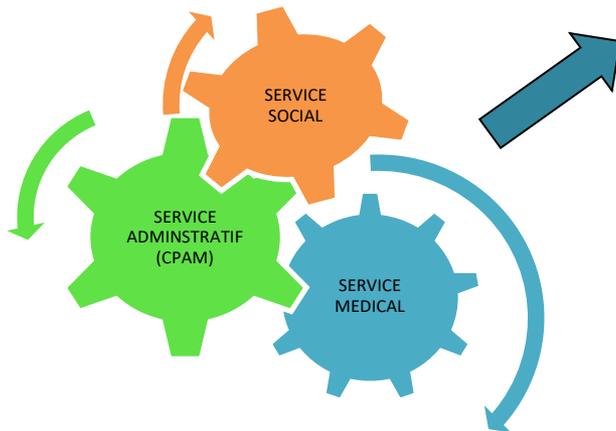
**VOUS AIDER DANS VOTRE PRATIQUE
QUOTIDIENNE DE MEDECIN DE VILLE**

SRP-IMG
28 novembre 2023

Unité Spécialisée d'Accompagnement (USA) des professionnels de santé



L'Assurance Maladie



01

l'Assurance Maladie
garantir, protéger, améliorer

Rencontrons-Nous

Ce que nous vous proposons dans le cadre de ces rencontres :

- Créer ou renforcer un partenariat prometteur ;
- Vous rappeler la réglementation médico-sociale en matière de maladie, risque professionnel, invalidité, accompagnement des assurés sociaux ;
- Vous présenter les télé-services : leurs fonctionnalités, leur utilisation au quotidien, sources d'efficacité et de gain de temps pour le médecin et son patient ;
- Répondre à vos questions, sur des cas particuliers ou plus généraux ;
- Vous présenter les principes essentiels de la nomenclature ;
- Transmettre, pour vous, à la caisse primaire d'Assurance Maladie les questions relevant de sa compétence.

N'hésitez pas à nous adresser vos questions ou les sujets qui vous préoccupent en amont afin que l'intervention soit la plus adaptée à vos besoins. »

Contact :
le Dr Valérie Coste,
chef de service
du Service Médical de Paris

pole-relations-professionnels-sante.elsm-paris@assurance-maladie.fr

SOMMAIRE

- I. Vos ordonnances
- II. Les prestations des patients /Fonctionnalités
AMELIPRO
- III. Cotations
- IV. Evolution de l'exercice en ville et outils d'aujourd'hui

SOMMAIRE

I. Vos ordonnances

- ✓ **Génériques**
- ✓ **Biosimilaires**
- ✓ **Soins infirmiers**

II. Les prestations des patients /Fonctionnalités AMELIPRO

III. Cotations

IV. Evolution de l'exercice en ville et outils d'aujourd'hui

Génériques et prescriptions « Non substituables »

- ❖ le prescripteur : exclusion générique dans 3 situations :

Situations médicales justifiant la non délivrance d'un générique	Mention portée sur l'ordonnance
Marge Thérapeutique Etroite	« non substituable (MTE) »
Forme Galénique inadaptée / enfant de moins de 6 ans	« non substituable (EFG) »
Contre-Indication Formelle / excipient	« non substituable (CIF) »

- ❖ Le patient : si exigence personnelle, pas du tiers payant et remboursement sur la base du prix du générique

LES BIOSIMILAIRES

- ❖ Copie d'un biomédicament dont le brevet est expiré et tombé dans le domaine public
- ❖ Prix 15 à 20 % moins cher que le médicament biologique de référence
- ❖ Pas de substitution par le pharmacien sauf exceptions
- ❖ Le seul acteur du développement des biosimilaires : LE PRESCRIPTEUR

Médicament de référence	Biosimilaire	DCI
NOVORAPID [®]	INSULINE ASPARTE SANOFI [®]	Insuline asparte
LOVENOX [®]	ENOXAPARINE ARROW [®] ENOXAPARINE BECAT [®] ENOXAPARINE CRUSIA [®] INHIXA [®]	Enoxaparine
LANTUS [®]	ABASAGLAR [®]	Insuline glargine

LES SOINS INFIRMIERS

La qualité de la rédaction de l'ordonnance permet une exécution et une facturation précises des actes prescrits.



Kit d'aide à la prescription

- ✓ 1 memo
- ✓ Modèles d'ordonnances
 - Injection
 - Perfusion
 - Pansements
 - Insuline
 - Administration d'un traitement

<https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/soins-infirmiers>

SOMMAIRE

I. Vos ordonnances

II. Les prestations des patients /Fonctionnalités AMELIPRO

- ✓ Remplaçants et délégation d'accès à amelipro
- ✓ Les arrêts de travail (maladie et AT/MP)
- ✓ prévention de la désinsertion professionnelle / partenariat avec le médecin de travail
- ✓ Les Affections Longue Durée (ALD)
- ✓ Autres téléservices

III. Cotations

IV. Evolution de l'exercice en ville et outils d'aujourd'hui

AMELI PRO



DÉCOUVREZ LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

Vous pouvez désormais accéder au DMP de vos patients dans la liste des services patient de votre espace amelipro.
En savoir plus sur Ameli.fr

ACTIVITÉS



- Tous mes paiements
- Ma convention
- Ma patientèle
- Compensation perte d'activité
- Saisie des horaires de cabinet
- Patientèle SOPHA
- Déclaration de gardes et astreintes
- Relevé d'honoraires
- Déclaration d'un décès (INSERM)
- 100% santé - Aides auditives
- 100% santé - Optiques consommation
- Tous Anti COVID Pro
- SIDEP
ARUCP
- Commande d'imprimés
- Commande de dispositifs (TDR, KDCC, tensiomètre)

SERVICES PATIENTS



- Dossier Médical Partagé (DMP)
- Affection de longue durée
- Prescription de transport
- Bilan de soins infirmiers
- Accord préalable médicaments
- Accord préalable chirurgie bariatrique
- E-Prescription

i Pour afficher l'ensemble des services de cette rubrique, veuillez identifier un patient.

IDENTIFICATION PATIENT

Veillez identifier un patient avec sa carte vitale ou son NIR.



IDENTIFIER UN PATIENT

 **VACCINATION DE LA GRIPPE**
La bon de prise en charge est disponible.
Accéder

 **DÉCLARATION DE GROSSESSE**
La déclaration de grossesse est désormais accessible avec ou sans carte Vitale.
En savoir plus

UN PROBLÈME, UNE QUESTION ?

 Pour toute demande administrative, médicale ou technique :
Contacter l'Assurance Maladie



PLUS D'INFORMATIONS



Nomenclature des actes



Référentiels



Le site de l'Assurance Maladie

REMPLAÇANTS ET DÉLÉGATION D'ACCÈS À AMELIPRO

- ❖ Un médecin libéral (le délégant) peut donner **accès aux services amelipro** à son remplaçant (le délégué). Une fois la délégation activée, le remplaçant accèdera au portail au nom et pour le compte du délégant.

- ❖ **modalités**
 - ✓ Le délégant doit :
 - se connecter à amelipro avec sa carte CPS
 - cliquer sur « Mon compte » via « Gestion du compte »
 - accéder à la rubrique Délégations
 - puis créer une nouvelle délégation

 - ✓ Le délégué doit ensuite accepter ou refuser toute demande de délégation.

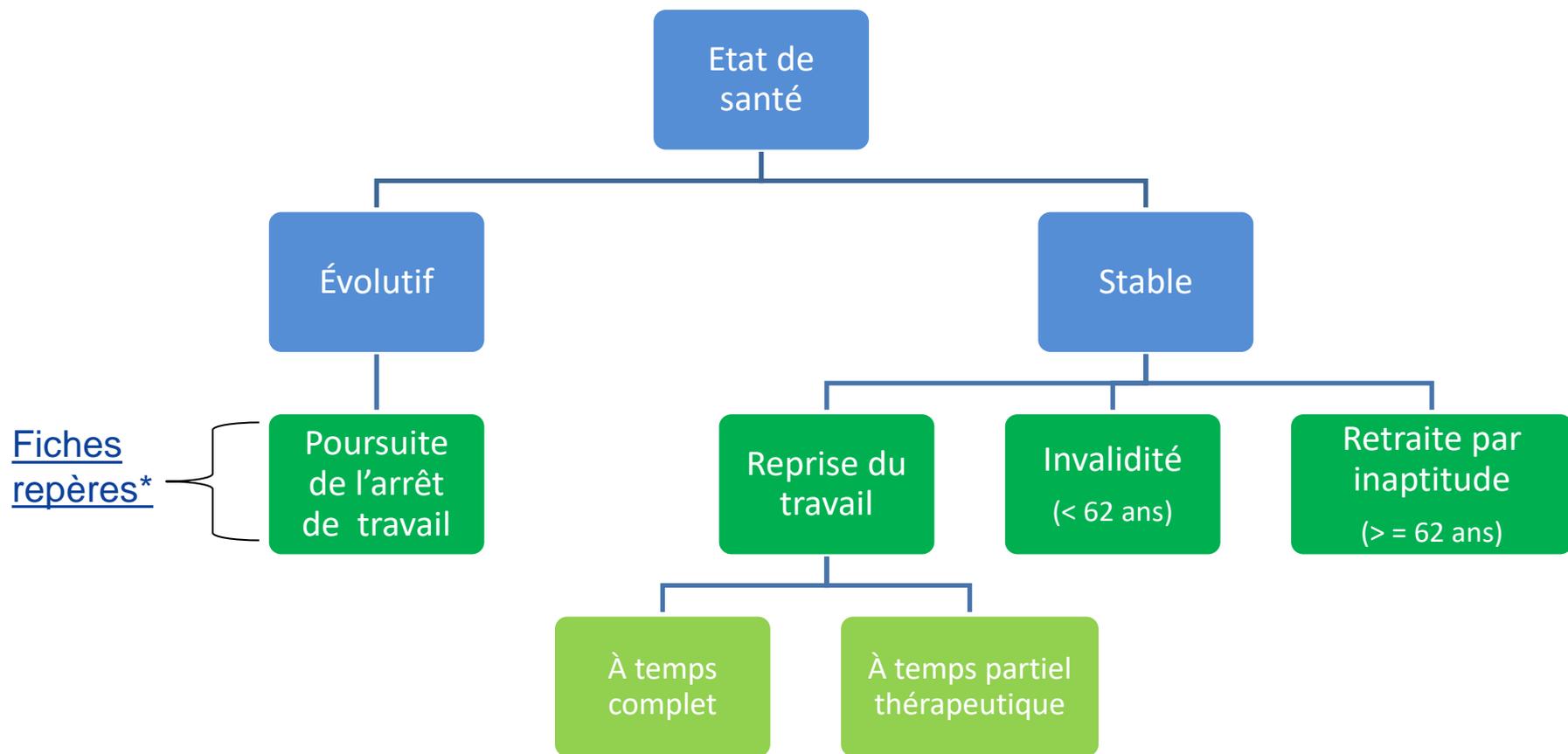


La CPS est personnelle et individuelle, elle ne se prête pas.



LES ARRÊTS DE TRAVAIL EN MALADIE

PRESCRIPTION D' ARRÊTS DE TRAVAIL EN MALADIE



* Durée indicative affichée dans le télé service

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

❖ Modalités pratiques

- ✓ Prescrit par le médecin traitant : sur le formulaire d'arrêt de travail dans la partie réservée à cet effet en indiquant la date de début et la date de fin de l'arrêt à temps partiel thérapeutique.
- ✓ Validé par l'employeur / médecin du travail
- ✓ Validé par le médecin conseil

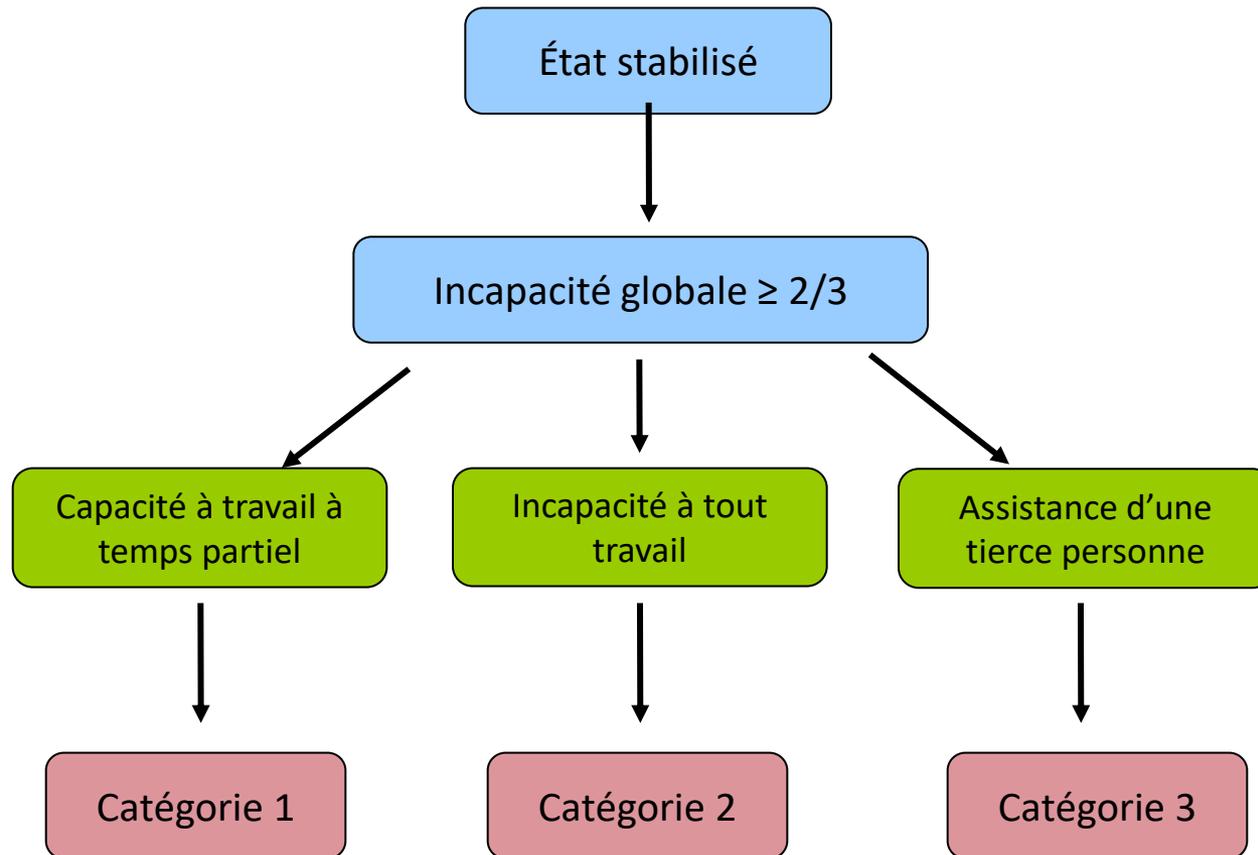
❖ N'est pas obligatoirement un mi-temps :

Le pourcentage d'activité est fixé par le médecin du travail en accord avec l'employeur et peut être progressif jusqu'à la reprise.

❖ Nécessité d'un arrêt de travail à temps complet immédiatement avant le temps partiel thérapeutique?

- ✓ Pour les patients salariés : NON (depuis la LFSS 2019)
- ✓ Pour les patients travailleurs indépendants : OUI , excepté pour les temps partiels thérapeutiques en rapport avec une affection de longue durée si la patient a déjà eu un arrêt à temps complet antérieurement indemnisé au titre de cette affection

L'INVALIDITÉ : PRINCIPES



- cette pension peut être révisée, suspendue voire supprimée pour des raisons d'ordre médical ou administratif.
- Quelque soit la catégorie d'invalidité, un travail est toujours possible (application ensuite d'une règle de cumul)

L'INVALIDITÉ : MODALITÉS

❖ Critères médico-administratifs :

- ✓ Réduction de la capacité de travail ou de gain de plus des 2/3 dans sa catégorie d'emploi liée à une maladie ou un accident d'origine NON professionnelle
- ✓ Avoir **moins de 62 ans** (âge légal de la retraite)
- ✓ Être assuré social depuis au moins 12 mois et avoir cotisé ou travaillé un nombre d'heures suffisant

❖ Modalités pratiques :

- ✓ Directement mise en place par le médecin conseil (dans la plupart des cas)
- ✓ Demandé par le médecin traitant et le patient:
 - certificat médical établi par le médecin
 - **formulaire « Assurance invalidité - demande de pension »** complété par le patient

- ❖ Tous les soins médicaux d'un patient titulaire d'une pension d'invalidité sont pris en charge à 100 % dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, à l'exception des médicaments remboursés à 30 % et à 15 %.

RETRAITE POUR INAPTITUDE AU TRAVAIL

❖ Critères médico-administratives :

- ✓ Age entre 62 et 67 ans
- ✓ Diminution de la capacité de travail définitive d'au moins 50 % et impossibilité de poursuivre une activité sans conséquences graves sur la santé (si cessation d'activité depuis moins de 5 ans)

❖ Modalités pratiques:

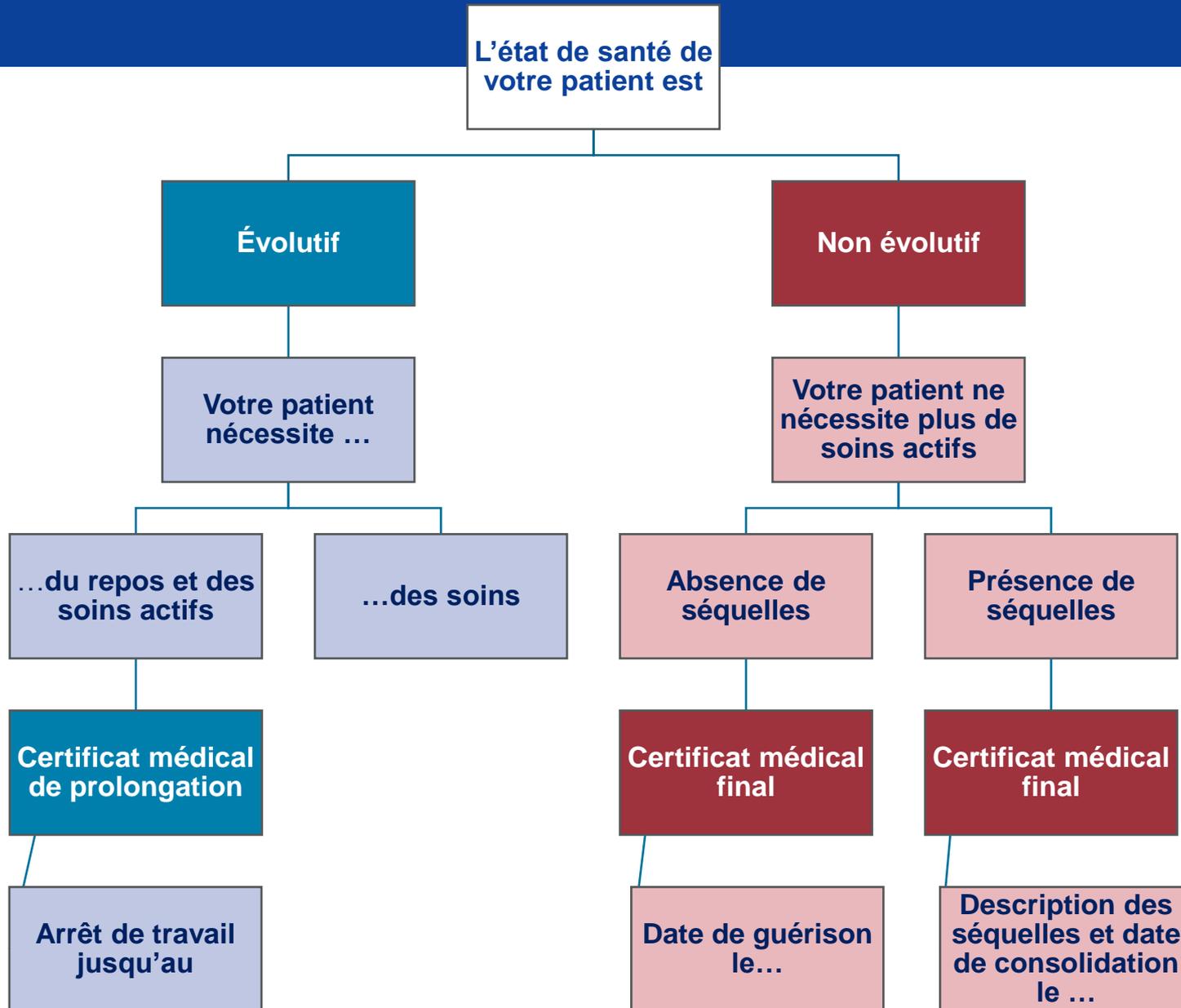
- ✓ Le patient uniquement auprès de la caisse nationale d'assurance vieillesse.
- ✓ La CNAV lui adressera un dossier qu'il devra remplir avec son médecin traitant et, éventuellement, le médecin du travail



Inaptitude prononcée par le médecin du travail

**ACCIDENT DE TRAVAIL (AT)
& MALADIE PROFESSIONNELLE (MP)**

ARBRE DÉCISIONNEL



LES FORMULAIRES

❖ Le certificat Médical AT/MP (cerfa S6909) pour:

- ✓ **Le Certificat Médical Initial (CMI)** : certificat avec toutes les lésions +++
- ✓ **Les nouvelles lésions** : lésions non inscrites sur le CMI mais considérées en rapport avec l' AT ou la MP initiale
- ✓ **Le certificat final** : lors de la guérison ou consolidation
- ✓ **Les rechutes** : après consolidation, si lien direct et exclusif avec l' AT initial

-> *Disparition du certificat médical pour soins*

❖ Le certificat Avis d'Arrêt de Travail (cerfa S3116) pour :

- ✓ **Les arrêts de travail**

-> *Utilisation du même formulaire pour tous les arrêts de travail (maladie et AT/MP)*

CAS PRATIQUES

❖ **Cas 1 : Patient consultant lors de la survenue d'un AT et nécessitant un arrêt de travail**

✓ **2 formulaires** : Cerfa AT/MP + cerfa Avis d'Arrêt de Travail

Rq: sur ameli pro, pour éviter les ressaisies, les informations du patients sont déjà renseignées lorsque vous passez d'un téléservice à un autre

❖ **Cas 2 : Patient consultant lors de la survenue d'un AT et sans arrêt de travail**

✓ **1 formulaire** : Cerfa AT/MP

❖ **Cas 3: Patient nécessitant une prolongation d'arrêt de travail en AT/MP**

✓ **1 formulaire** : Cerfa Avis d'Arrêt de Travail

❖ **Cas 4: Patient nécessitant une prolongation de soins suite à l'arrêt de travail**

✓ **0 formulaire**

LES MALADIES PROFESSIONNELLES : 2 MODES DE RECONNAISSANCE

Le système des tableaux

N° du tableau		
Titre du tableau : maladie et/ou agent responsable des troubles		
Date de création		Dernière mise à jour
Désignation de la (les) maladie(s) : description précise de la maladie. Précision sur les critères nécessaires à la caractérisation : symptômes évolution examen exigé...	Délai de prise en charge +/- durée d'exposition	Liste limitative ou indicative des travaux

- Est présumé d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau et contractée dans les conditions mentionnées dans ce tableau : C'est la présomption d'origine
- Si l'une ou plusieurs des conditions administrative (délai de prise en charge durée d'exposition liste des travaux) n'est (ou ne sont) pas respectée(s) la demande est examinée dans le cadre du système complémentaire

Le système complémentaire

- Elargit le champ de reconnaissance des maladies professionnelles
- Dans ce système pas de présomption d'origine : la demande est étudiée par le Comité régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP)



LA PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

LA VISITE DE PRÉ-REPRISE PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

- ❖ Ces visites peuvent être déclenchées à l'initiative :
 - ✓ du salarié
 - ✓ du médecin traitant
 - ✓ ou du médecin-conseil de l'Assurance Maladie.

- ❖ Pendant l'arrêt de travail ,avec accord du patient , non obligatoire mais très importante car anticipatrice et dans l' intérêt du patient

- ❖ Objectif :
 - ✓ rassurer le patient sur son avenir professionnel
 - ✓ faciliter les recherches d'adéquation entre son nouvel état de santé et les possibilités de travail (adaptation du poste, reclassement professionnel ..)



LE SERVICE SOCIAL DE L'ASSURANCE MALADIE

- ❖ Pour tout signalement vers le service social de l'assurance maladie :
Outil ISSUE <https://issue.cramif.fr>
- ❖ Simple /rapide (en moins d'une minute) /sécurisée
- ❖ Accessible sur ordinateur /smartphone
- ❖ Avec le consentement du patient
- ❖ Dès réception du signalement, le service social, prend contact directement avec l'assuré, afin d'évaluer sa situation et de lui proposer un accompagnement social ou de l'orienter vers le bon interlocuteur.

FORMATION EN LIGNE SUR LES ARRÊTS DE TRAVAIL DÉDIÉE AUX MÉDECINS

<https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/arrets-de-travail-prevenir-prescrire-accompagner-la-reprise/>

- ❖ Formation gratuite
- ❖ ouverte du 2 octobre 2023 au 30 septembre 2024
- ❖ MOOC conçue avec des médecins, en collaboration avec le Collège de la Médecine Générale (CMG), la Société Française de Santé au Travail (SFST) et l'Assurance Maladie

Rq : des cas patients du MOOC sont également accessibles sur Ameli.fr > Médecin :

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/arret-de-travail/en-video-cas-pratiques-sur-les-arrets-de-travail>

LES AFFECTIONS LONGUE DURÉE (ALD)

QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES ALD ?

- ❖ ALD30: selon Décret no 2011-77 du 19 janvier 2011

- ❖ ALD Hors Liste (ALD HL):
 - ✓ affections grave caractérisée
 - ✓ non inscrites sur la liste des ALD 30
 - ✓ Soins > 6 mois
 - ✓ Traitement coûteux

- ❖ La Poly pathologie invalidante (PPI) :
 - ✓ plusieurs affections caractérisées
 - ✓ état pathologique invalidant
 - ✓ Soins > 6 mois
 - ✓ Traitement coûteux

SIMPLIFICATION DES ADMISSIONS

❖ Les ALD à déclaration simplifiée

- ✓ toutes les ALD 30 sauf :
 - ALD n°12 : HTA
 - ALD n°14 : insuffisance respiratoire chronique grave
 - ALD n° 17 : maladies métaboliques héréditaires
 - une partie des ALD n° 23 : affections psychiatriques
 - ✓ Le médecin rédacteur :
 - déclare la pathologie
 - indique la date de début
 - certifie que l'état de son patient répond aux critères d'admission et s'engage à respecter les recommandations de bonne pratique.
- > Le Service médical de l'Assurance Maladie donne son accord de principe immédiat

❖ Les ALD restant argumentées

- ✓ les autres ALD 30, ALD «hors liste» et états polyopathologiques invalidants
 - ✓ Le médecin rédacteur : déclare la pathologie, la date de début, les critères d'admission et le projet de soins.
- > Le Service médical de l'Assurance Maladie étudie les critères avant de donner un avis.

SIMPLIFICATION DES PROLONGATIONS

- ❖ **ALD renouvelées automatiquement par le Service médical 3 mois avant l'échéance de l'ALD**
 - ✓ Tout bénéficiaire de 80 ans et plus à l'exception de la bilharziose, la tuberculose et la lèpre, et les affections hors liste.
 - ✓ Les polyopathologies à caractère invalidant.
 - ✓ 17 ALD liste
 - ✓ Pour l'ALD 23 : seules les pathologies pour lesquelles la procédure d'admission est en mode simplifié bénéficient d'un renouvellement à l'initiative du Service médical.

- ❖ **Dans les autres situations non renouvelées par l'Assurance Maladie**
 - ✓ Le médecin étudie l'opportunité de formuler une demande de prolongation en l'argumentant.



AUTRES TÉLÉSERVICES

Historique des remboursements

- Avec l'accord du patient,
- 12 derniers mois, quel que soit le régime d'assurance maladie.

Déclaration médecin traitant

- 2 cases à cocher
- enregistrement automatique dans les bases de données de l' AM

Déclaration simplifiée de grossesse

Prescription de transport

Bilan de soins infirmiers

SOMMAIRE

- I. Vos ordonnances
- II. Les prestations des patients /Fonctionnalités AMELIPRO
- III. Cotations
- IV. Evolution de l'exercice en ville et outils d'aujourd'hui

2 TYPES DE COTATIONS

	NGAP	CCAM
Définition	Nomenclature G énérale des A ctes P rofessionnels	Classification C ommune des A ctes M édicaux
Actes concernés	Actes cliniques	Actes techniques
Exemples	G,V, APC.....	DEQP003 (ECG) JKHD001 (prélèvement cervico vaginal) ALQP003 (Test d'évaluation d'une dépression)
Liens utiles	https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole	https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/telechargement/index.php

NGAP ET CCAM : RÈGLES DE CUMUL

❖ Selon l'article III-3 des dispositions générales et dispositions diverses de la CCAM :

« Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite .. relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins .. les honoraires de celle-ci **ne se cumulent pas** avec ceux des actes techniques »

❖ Quelques dérogations à cette règle :

- ✓ **prélèvement cervicovaginal (JKHD001)** + consultation (dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin selon les recommandations de la HAS en vigueur)
- ✓ **ECG** + consultation

LES CONSULTATIONS « CLASSIQUES » : LES LETTRES CLEFS

Lettres clés	Définitions	Secteurs d'activité
G	consultation au cabinet	-secteurs 1 -secteurs 2 (ou secteurs 1DP) OPTAM -secteur 2 (ou secteur 1 DP) si tarifs opposables
GS	consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale	-secteurs 1 -secteurs 2 (ou secteurs 1DP) OPTAM -secteur 2 (ou secteur 1 DP) si tarifs opposables
C	consultation au cabinet	Secteur 2 et dépassements d'honoraires
CS	consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en MG	Secteur 2 et dépassements d'honoraires
MEG	majoration pour les enfants de 0 à 6 ans	Tous secteurs d'activité
MCG	majoration de coordination - Consultation du MG correspondant - ou MG consulté éloigné de la résidence habituelle du patient -> avec retour médecin traitant dans tous les cas	-secteurs 1 -secteurs 2 (ou secteurs 1DP) OPTAM -secteur 2 (ou secteur 1 DP) si tarifs opposables

LES CONSULTATIONS « CLASSIQUES » : EXEMPLE DE COTATIONS POUR UN MG DE SECTEUR 1

Consultation du médecin traitant généraliste	De 0 à 6 ans	$G^* (23 \text{ €} + 3,5 \text{ €}) + \text{MEG} (5 \text{ €}) = 31,5 \text{ €}$
	6 ans et plus	$G^* (23 \text{ €} + 3,5 \text{ €}) = 26,5 \text{ €}$
Consultation du médecin généraliste correspondant ou médecin généraliste consulté éloigné de la résidence habituelle du patient, avec retour médecin traitant dans tous les cas	De 0 à 6 ans	$G^* (23 \text{ €} + 3,5 \text{ €}) + \text{MEG} (5 \text{ €}) + \text{MCG} (5 \text{ €}) = 36,5 \text{ €}$
	6 ans et plus	$G^* (23 \text{ €} + 3,5 \text{ €}) + \text{MCG} (5 \text{ €}) = 31,5 \text{ €}$

* $G = C (23 \text{ €}) + \text{MMG} (3,5 \text{ €})$

G -> **GS** si médecin spécialiste en médecine générale

LES CONSULTATIONS COMPLEXES ET TRES COMPLEXES (1/2)

❖ Modalités de facturation:

- ✓ Doivent être facturées à tarif opposable
- ✓ Médecin tous secteurs d'exercice
- ✓ si solution de facturation à jour : utiliser les codes affinés
- ✓ Si solution de facturation non à jour ou si utilisation d' une feuille de soins papier : utiliser les codes agrégés (CCX ou CCE) + enregistrement des codes affinés dans le dossier patient

❖ Exemple : code affiné MPH

- ✓ Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH ou passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour des patients avec handicap sévère
- ✓ Code agrégé : CCE (60€)

Cf document en lien hypertexte

Document de l'Assurance Maladie (Agir ensemble, protéger chacun) intitulé "CONVENTION MÉDICALE 2016". Le document concerne la facturation des consultations complexes et très complexes pour les médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale, avec une actualisation au 1^{er} novembre 2023. Il explique que le règlement arbitral prévoit une revalorisation de 1,4 pour certains actes à compter du 1^{er} novembre 2023, sous réserve de certaines conditions. Deux options de facturation sont présentées : une solution de facturation à jour (utilisation de codes affinés) et une solution de facturation non à jour (utilisation de codes agrégés). Le document mentionne également que les codes agrégés doivent être enregistrés dans le dossier patient.

CONTRACEPTION

- ❖ La Loi de décembre 2021 a instauré plusieurs mesures destinées à faciliter l'accès à la contraception des assurés sociaux **quel que soit leur sexe** et **jusqu'à 25 ans inclus**.
- ❖ **Sont pris en charge à 100% en tiers payant:**
 - ✓ La première consultation de contraception/prévention santé sexuelle (cotée **CCP**)
 - ✓ Une **consultation de suivi**, la première année d'accès à la contraception
 - ✓ Une **consultation annuelle**, à partir de la 2^{ème} année de contraception
 - ✓ **Les actes liés à la pose, au changement, ou au retrait d'un dispositif contraceptif**,
 - ✓ Pour les contraceptifs médicamenteux, certains examens de biologie médicale (glycémie à jeun, cholestérol total, triglycérides) une fois/an si nécessaire,
 - ✓ Les contraceptifs remboursables.
- ❖ **Modalités de facturation**

Cf document en
lien hypertexte



The image shows a small thumbnail of a document page, likely a table of contents or index, with a red border. The text is too small to read clearly, but it appears to be a structured list of items.

LA VISITE LONGUE (VL)

MÉDECIN TRAITANT TOUS SECTEURS D'EXERCICE

CONSULTATION TRÈS COMPLEXE RÉALISÉE AU DOMICILE DU PATIENT	DESRIPTIF	FACTURATION
a) Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant	<p>Quel patient ? Patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée</p> <p>Comment ? Si possible en présence des aidants habituels : réalisation d'une évaluation de l'état du patient : autonomie, capacités restantes, évolution des déficiences / évaluation de la situation familiale et sociale / formalisation de la coordination nécessaire avec les autres professionnels de santé et les structures accompagnantes / information du patient et des aidants sur les structures d'accueil / inscription des conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient</p> <p>Quand ? Une fois par trimestre de chaque année civile par patient (dans la limite de 4 VL max par an quel que soit le contexte de facturation)</p>	VL* = 60 €
c) Consultation réalisée au domicile du patient de 80 ans et plus en ALD par le médecin traitant	<p>Quel patient ? Patient de 80 ans et plus bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD</p> <p>Comment ? Interrogatoire du malade, examen clinique et s'il y a lieu, une prescription thérapeutique</p> <p>Quand ? Une fois par trimestre de chaque année civile par patient (dans la limite de 4 VL max par an quel que soit le contexte de facturation)</p>	VL* = 60 €
d) Première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant	<p>Quel patient ? En incapacité de se déplacer pour raison médicale et : - soit bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD - soit âgé de plus de 80 ans</p> <p>Comment ? Recueil de toutes les informations permettant de retracer l'histoire médicale et les antécédents du patient / réalisation de l'évaluation médicale du patient / organisation de la prise en charge coordonnée des soins / Inscription des conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient / recueil du choix de déclaration de médecin traitant du patient</p> <p>Quand ? Lorsque le médecin se déplace pour la première fois au domicile d'un patient qui va entrer dans sa patientèle médecin traitant (patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant)</p>	VL* = 60 €

VISITE SOINS PALLIATIFS (VSP)

MÉDECIN TRAITANT TOUS SECTEURS D'EXERCICE

CONSULTATION TRÈS COMPLEXE RÉALISÉE AU DOMICILE DU PATIENT	DESRIPTIF	FACTURATION
b) Consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant	<p>Quel patient ? Patient en soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique</p> <p>Comment ? Réalisation de l'évaluation médicale du patient dans le but d'atteindre les objectifs des soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique / organisation et coordination de la prise en charge des soins en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs / inscription des conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient</p>	VSP* = 60 €

-> Déplafonnement du nombre de visites annuelles
(à l'inverse de la VL)

Article L. 1110-10 du code de la santé publique : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

*Nouveauté du
01/11/2023
Règlement arbitral*

LES MAJORATIONS D'URGENCE HORS MÉDECIN TRAITANT : SNP

Art. 14.1.3 de la NGAP

- ❖ Majoration pour la prise en charge par un médecin correspondant non médecin traitant pour un patient adressé par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins (SAS) pour une prise en charge dans les 48 heures.
- ❖ Maximum 20 SNP par médecin par semaine
- ❖ À tarif opposable
- ❖ La majoration SNP ne se cumule pas avec:
 - ✓ la majoration de coordination du médecin généraliste dans le cadre des soins non urgents
 - ✓ les autres majorations dédiées aux soins urgents (y compris la MU de l'article 14.1 de la NGAP) ou PDSA
 - ✓ les consultations complexes et très complexes du champ des soins non programmés
 - ✓ les consultations de soins non programmés réalisées pour les patients de la patientèle médecin traitant

Rq: ne s'applique pas aux psychiatres

Nouveauté
Règlement arbitral

LES MAJORATIONS D'URGENCE DU MÉDECIN TRAITANT : MUT, MCU ET MRT

Création de trois nouvelles majorations encourageant la prise en charge en ville des patients dans les 48 h ou en urgence en réponse à la régulation

Prise en charge en ville du patient dans les 48 heures

Majoration d'Urgence du médecin Traitant

MUT

Majoration spécifique d'urgence du médecin traitant venant en complément de la consultation du médecin lorsque ce dernier adresse son patient à un autre médecin (médecin correspondant) pour une prise en charge dans un délai de 48 heures.

Médecins tous secteurs d'exercice

5 €

Consultation facturée à tarif opposable

Majoration Correspondant Urgence

MCU

Majoration spécifique d'urgence du médecin correspondant, venant en complément de la consultation lorsque ce dernier est sollicité par le médecin traitant et répond à cette sollicitation dans un délai de 48 heures (hors spécialité bénéficiant de la CNPSY/VNPSY 1,5).

15 €

Consultation facturée à tarif opposable

Prise en charge en urgence du patient par le médecin traitant, à la demande du centre de régulation

Majoration médecin Traitant Régulation

MRT

Majoration spécifique venant en complément de la consultation réalisée en urgence par le médecin traitant, pour l'un de ses patients, en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale d'urgence (centre 15 ou 116 117)

Médecins tous secteurs d'exercice

15 €

Consultation facturée à tarif opposable

AVIS PONCTUELS DE CONSULTANT

MÉDECINS DE TOUTES SPÉCIALITÉS (hors psychiatres, neuropsychiatres et neurologues)	APC
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS (en activité)	APU

- ❖ avis donné par un médecin spécialiste à la **demande explicite du médecin traitant** (demande écrite ou téléphonique)
- ❖ Le médecin correspondant, sollicité pour cet **avis ponctuel** de consultant, adresse au médecin traitant ses conclusions et ses propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.
- ❖ Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les **4 mois précédents** l'avis de consultant et ne doit pas le revoir dans les **4 mois suivants** pour la même demande (même pathologie).

LES MAJORATIONS NUIT OU DIMANCHE/JOURS FÉRIÉS

Article 14 de la NGAP :

- ❖ Lorsque, en cas **d'urgence justifiée par l'état du malade**, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration.
- ❖ Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre **20 heures et 8 heures**, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre **19 heures et 7 heures**.

TIERS PAYANT

❖ Principales situations où le tiers payant doit être appliqué :

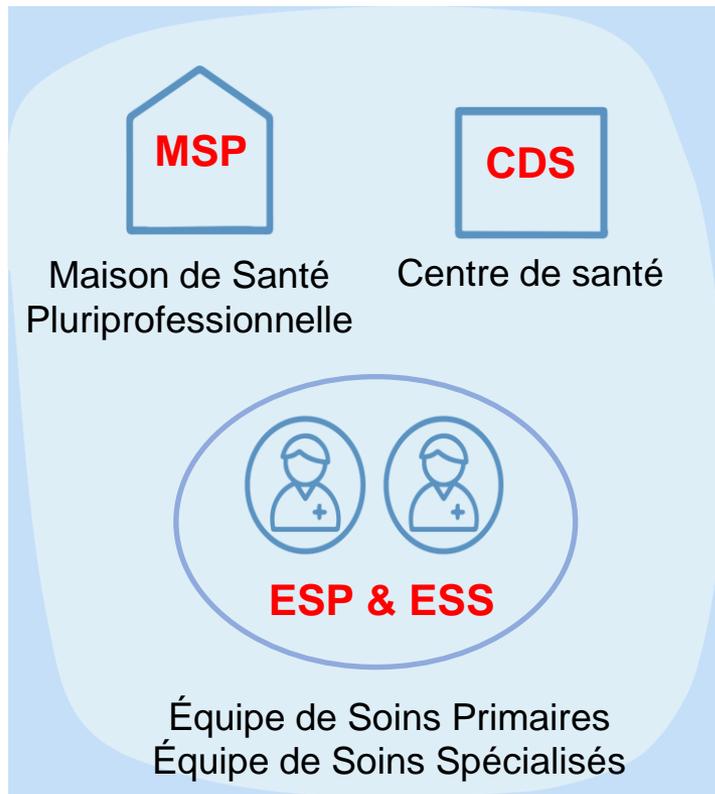
- ✓ soins en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle
- ✓ soins dispensés à un patient bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
- ✓ soins dispensés à un patient bénéficiaire de l'Aide Médicale d'État (AME)
- ✓ soins dispensés à un patient en Affection de Longue Durée (ALD) ou à un patient pris en charge au titre de l'assurance maternité, depuis le 1er janvier 2017
- ✓ consultations au cours desquelles vous prescrivez un contraceptif < 26 ans
- ✓ Les 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent
- ✓ ...

SOMMAIRE

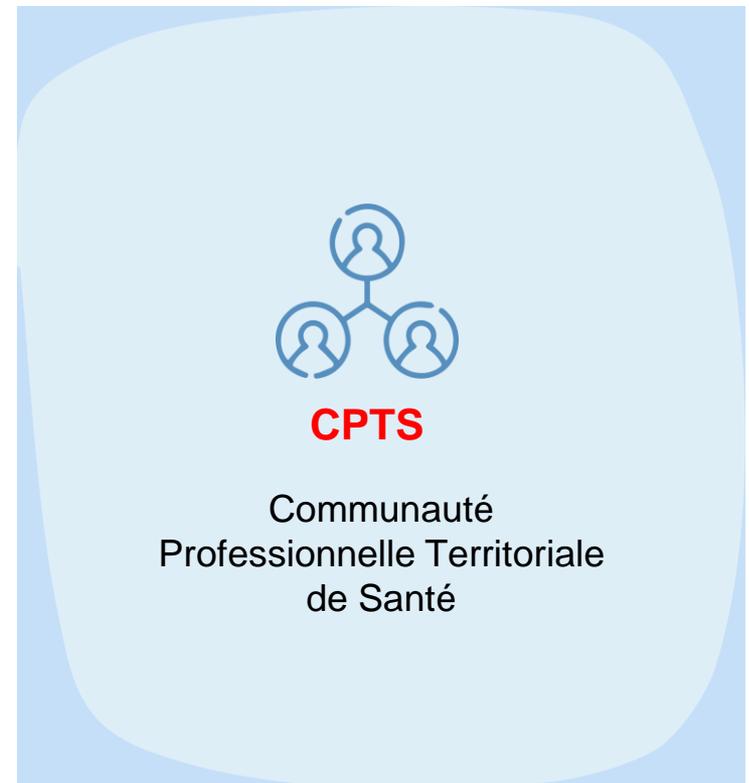
- I. Vos ordonnances
- II. Les prestations des patients /Fonctionnalités AMELIPRO
- III. Cotations
- IV. Evolution de l'exercice en ville et outils d'aujourd'hui
 - ✓ Les structures d'exercice coordonné
 - ✓ Mon espace santé et le DMP

LES DIFFÉRENTES FORMES D'EXERCICE COORDONNÉ

Avec une approche patientèle

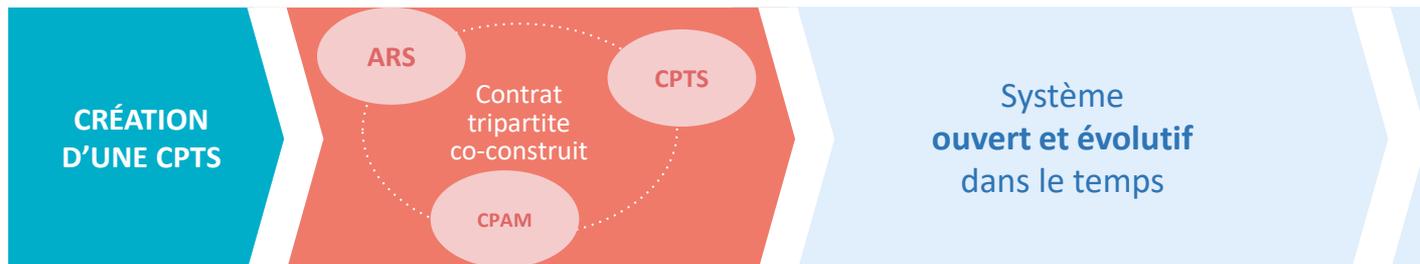


Avec une approche populationnelle / territoriale



C'EST QUOI UNE CPTS ?

- ❖ une **communauté territoriale**
- ❖ constitué **par les professionnels** (tout professionnel de santé, structures d'organisation pluriprofessionnelle de proximité, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, acteurs associatifs...)
- ❖ autour d'un **projet de santé**
- ❖ pour mieux répondre **aux besoins de la population et aux attentes des professionnels sur ce territoire.**



- ❖ Permettant de répondre à des **enjeux majeurs**



RENFORCER L'ACCÈS
AUX SOINS POUR TOUS



FLUIDIFIER LE
PARCOURS DE SOINS



DÉVELOPPER LA
PRÉVENTION



AMÉLIORER LES
CONDITIONS D'EXERCICE
DES PROFESSIONNELS



LA RÉPONSE SANITAIRE
AUX CRISES GRAVES

LES POINTS CRITIQUES DU PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE SONT BIEN IDENTIFIES

Diagnostic et évaluation initiale de l'insuffisance cardiaque



Sortie d'hospitalisation du patient insuffisant cardiaque



L'optimisation médicamenteuse
Gestion de la titration



Hospitalisation du patient insuffisant cardiaque



Organisation du suivi en ville



Prise en charge non médicamenteuse du patient IC

ACTEURS

. MG
. Cardio
. Patient
. (IDE, pharma...)

PS en établissements (Cardio, MG, internistes, gériatres...)

. MG, Cardio, IDE, pharma, biolog, MK, gériat, diété, endocr, néphro, soins pall
Assoc malades

. MG, cardio, IDE, pharma...

. MG, Cardio, IDE, pharma, MK, méd MPR, diété...
. Assoc malades

appui Assurance Maladie

Campagne EPOF/EPON

PRADO IC

CAQES

Structures d'exercice coordonné
CPTS MSP
CDS

Autres Initiatives locales

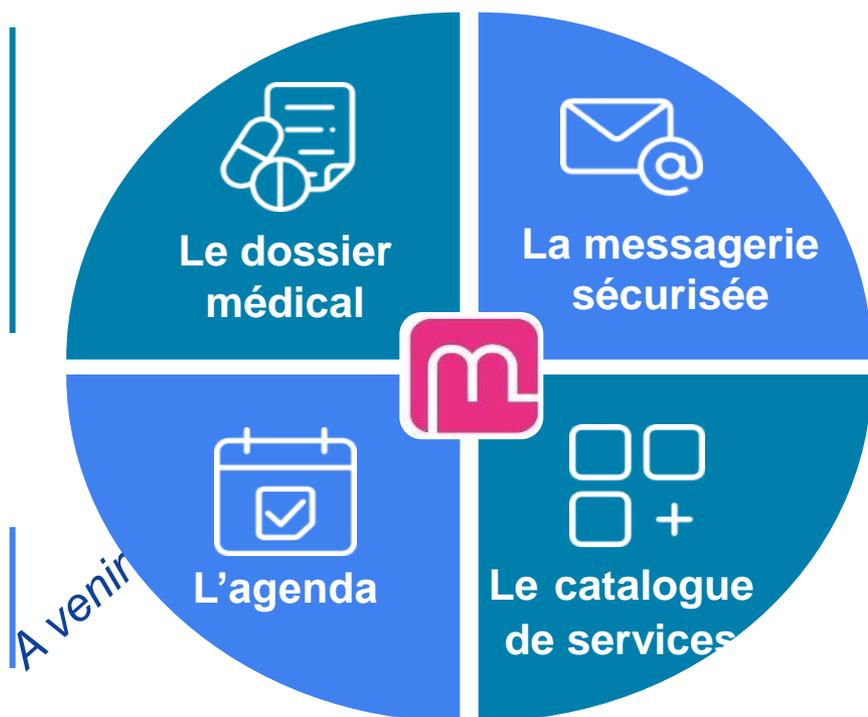
MON ESPACE SANTÉ VERSANT PATIENT

- ❖ Progressivement depuis le 01/01/2022
- ❖ Créé automatiquement sauf opposition de l'assuré

Au travers Mon espace santé le patient aura accès à 4 fonctionnalités majeures:

Carnet de santé numérique
Consultation et alimentation du dossier médical

Agrégations des événements liés au parcours de soin du patient



Réception en toute sécurité des informations personnelles en provenance de l'équipe de soin

Accès à des applications de santé labellisées par l'état via un « store » santé (Portails patients, applications et objets connectés référencés)

PARTENARIAT



CONTACTS

Téléphone : 3608

Ameli pro

The screenshot displays the Ameli pro website interface. On the left, there are two main sections: 'Activités' and 'Services patients'. The 'Services patients' section lists several services with buttons for actions like 'Créer', 'Accéder', 'Gérer', 'Suivre le renouvellement', 'Créer', 'Consulter', and 'Gérer mes prescriptions'. The 'Echanges Médicaux sécurisés : Nouvelle version' link is circled in red. At the bottom left, there are tabs for 'Commandes', 'Liens utiles', and 'Contacts', with 'Contacts' circled in green. Below the tabs, there is an email icon and the text 'Annuaire des organismes' and 'L'Assurance Maladie par e-mail'. On the right side of the screenshot, there is a 'PROFIL PATIENT' section showing patient details for KORSIA Béatrice, including NIR, date of birth, and insurance information. A 'Changer de patient' button is visible. At the bottom right, there is a box for 'ASSISTANCE TECHNIQUE AMELIPRO' with the phone number 3608 and service hours.

Echanges Médicaux Sécurisés

Échanges d'informations médicales

- Avec le service médical dont dépend le patient
- Avec carte CPS + carte vitale (ou NIR) du patient

Contacts :

Échanges d'informations non sensibles ou non confidentielles

- avec la CPAM ou le service médical (questions d'ordre général)

MERCI DE VOTRE ATTENTION