

Document consultable dans Médi@m

Date :

04/07/2005

Domaine(s) :

Gestion relation clients

Professions de santé

Nouveau	<input type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input checked="" type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

diffusion de la nouvelle feuille
de soins "médecin".

Liens :

LR-DAR-50/2005

Plan de classement :

21

Emetteurs :

CABDIR

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

Directeurs

CPAM CRAM URCAM
 UGECAM CGSS CTI

Agents Comptables

Médecins Conseils

Régionaux Chef de service
 Médecin Chef de la Réunion

Pour information

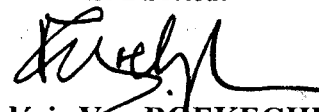
Résumé :

La feuille de soins utilisée par les médecins a été modifiée afin
d'être mise en conformité avec la loi du 13 août 2004.

Mots clés :

Feuille de soins ; médecin

Le Directeur


Frédéric Van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 67/2005

Date : 04/07/2005

Objet : diffusion de la nouvelle feuille de soins "médecin".

Affaire suivie par : Jean-Louis SARNETTE (Mission imprimés nationaux) ☎ 01.72.60.24.56.
Gisèle LEVASSEUR (MOP) ☎ 01.72.60.11.43.
Jean-François BAYET (DSM) ☎ 01.72.60.11.01.
Bruno Aoust (MPS) ☎ 01.72.60.10.54.

1. PRINCIPES DE BASE

La mise en œuvre de la loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, nécessite une modification importante de la feuille de soins utilisée par les médecins.

Ce document a donc été adapté afin de répondre aux mesures liées à l'instauration des dispositifs du « médecin traitant » et du « parcours de soins de l'assuré » (cf. les articles 6.III, 7 et 8. I et II de la loi), lesquels doivent être efficaces dès le 1^{er} juillet 2005 et dont les modalités d'application ont été précisées par la convention nationale des médecins libéraux signée le 12 janvier 2005 (publiée au JO du 11 février 2005).

Le ministère vient de l'homologuer sous les références :

- CERFA n° 12541*01/S 3110 i pour le recto,
- CERFA n° 51070#01/S 3110 i pour le verso (notice).

2. NOUVELLES DISPOSITIONS DE LA FEUILLE DE SOINS EN RAPPORT AVEC LA REFORME

Les changements essentiels portent sur la rubrique intitulée « **conditions de prise en charge des soins** » (dénommée auparavant : « conditions de prise en charge de la personne recevant les soins »). Ils sont détaillés ci-après :

2.1 Deuxième bandeau

La mention « **soins en rapport avec ALD** » a été remplacée, par souci de pédagogie, par « **acte conforme au protocole ALD** ». Elle permet au médecin d'attester que l'acte qu'il effectue doit être exonéré du ticket modérateur.

Cette formulation est, par ailleurs, en conformité avec l'article 6 de la loi stipulant que le malade doit présenter le protocole de traitement de l'affection dont il est atteint.

Remarque : il convient cependant d'observer que cette dernière disposition ne pourra être rendue effective qu'après mise à disposition du nouveau modèle de protocole comportant le volet destiné au malade. Une circulaire d'application viendra prochainement préciser les conditions de diffusion de ce nouvel imprimé et les modalités retenues pour la révision des protocoles existants.

*Nota bene : La phrase « **personne visée à l'art. L. 115** », qui figurait à la fin du troisième bandeau, se trouve désormais sur le deuxième bandeau. L'emplacement est plus judicieux car il s'agit bien d'un cas d'exonération du ticket modérateur.*

2.2 Sixième, septième et huitième bandeaux

Ces trois bandeaux ont été spécialement créés pour inclure la notion de « médecin traitant » et de « parcours de soins » conformément à la loi du 13 août 2004.

2.2.1 Sixième bandeau

La phrase « **si vous êtes le nouveau médecin traitant, cochez cette case** » trouve son utilité dans l'hypothèse où le patient décide de choisir comme médecin traitant le praticien qu'il consulte et qu'un formulaire de déclaration de choix du médecin traitant (S 3704) est établi au cours de l'entretien.

En effet, ce dernier document sera dissocié de la feuille de soins dans les chaînes de traitement des dossiers. La feuille de soins risquerait, à défaut de cette indication, d'être rejetée car le nouveau médecin traitant ne sera pas encore enregistré dans les bases de données. Le malade serait alors considéré hors du parcours de soins coordonné.

2.2.2 Septième et huitième bandeau

Ils permettent de situer l'acte dans un parcours de soins : selon que l'assuré sera envoyé chez un confrère par son médecin traitant ou qu'il aura directement consulté un autre médecin, les honoraires perçus par les praticiens seront différents et les remboursements des soins dispensés pourront être modulés.

2.2.2.1 Septième bandeau

Il est libellé de la façon suivante : « **si le patient est envoyé par le médecin traitant, compléter la ligne ci-dessous (s'il ne l'est pas, cocher une case de la ligne suivante)** » suivi du « **nom et prénom du médecin traitant** ».

Dans ce cas, le médecin correspondant consulté indique si l'acte est réalisé à la demande du médecin traitant et, précise ses nom et prénom ; ces données remontent « en central » pour qu'un contrôle avec le médecin traitant enregistré à la BDO soit effectué et permette de considérer le malade dans le parcours de soins sans pénalisation.

2.2.2.2 Huitième bandeau

Il est composé de cinq cases à cocher. Les quatre premières sont constituées par les exceptions à la règle du passage « recommandé » chez le médecin traitant. La cinquième, quant à elle, permet de signaler les accès directs hors des cas dérogatoires.

- « **accès direct spécifique** » : concerne les médecins relevant de certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie, neuro-psychiatrie, neurologie) et des actes spécifiques (soins de première intention : cf. § 1.3.1 de la convention nationale).
- « **urgence** » : l'urgence est attestée par le médecin dans cette case.
- « **hors résidence habituelle** » : cette case est cochée lorsque le patient se trouve éloigné de son domicile habituel en raison, par exemple, de congés ou d'un déplacement. Le patient est considéré dans le parcours de soins si le médecin (en secteur I, I avec DP ou II ayant adhéré au droit à l'option de coordination) procède à un retour d'information au médecin traitant.
- « **médecin traitant remplacé** » : cette notion s'entend par l'indisponibilité du médecin traitant figurant à la BDO et obligeant le malade à recourir à un autre praticien du cabinet ou à un praticien d'un autre cabinet médical ; s'il s'agit du remplaçant habituel utilisant les feuilles de soins du médecin traitant, cette case n'a pas à être cochée.

- « **accès hors coordination** » : le patient restant libre de consulter directement un médecin autre que son médecin traitant, il est considéré hors parcours de soins.

Remarque : si plusieurs cases de ce bandeau sont cochées par le médecin, elles seront reprises en l'état et traitées par les normes internes de tarification.

3. NOUVELLES DISPOSITIONS DE LA FEUILLE DE SOINS NON EN RAPPORT AVEC LA REFORME

Les modifications apportées aux quatre autres rubriques sont mineures :

- 3.1 La rubrique « **personne recevant les soins et assuré(e)** » a été « réorganisée » afin d'obtenir une meilleure lisibilité du formulaire grâce à la suppression de la mention « **rang de naissance, si naissances multiples** ».

Cette dernière demande d'information, qui n'était quasiment jamais remplie, est toujours gérée dans les bases de données et se déduit, désormais, en présence de dates de naissance identiques, à partir du prénom des bénéficiaires et non plus du chiffre (le rang) qui était attribué aux jumeaux.

- 3.2 Rubrique « **médecin** » (ajout du numéro FINESS) : lorsque le praticien consulte à titre libéral dans un établissement de soins tel qu'une maison de retraite médicalisée, un centre de soins, ou un hôpital, la feuille de soins est préidentifiée à son nom et il doit identifier l'établissement dans lequel il se rend à l'aide du cachet de ce dernier ; ce cachet ne comporte pas, dans la plupart des cas, le numéro de l'établissement et il a été décidé de l'ajouter d'une manière structurée.

- 3.3 Rubrique « **actes effectués** » : il a été procédé à un regroupement en une colonne, au lieu de deux, des lettres-clés « C, CS, CNPSY » et « V, VS VNPSY » afin d'agrandir la colonne « code des actes ». Un meilleur remplissage est attendu et donc une meilleure lecture par les appareils de reconnaissance automatique de caractères.

Par ailleurs, les deux dernières lignes de cette rubrique ont été supprimées afin de « trouver la place » destinée à faire apparaître les nouveaux bandeaux de la rubrique « conditions de prise en charge des soins ».

- 3.4 Rubrique « **paiement** » : le montant total de la ligne « paiement » a été centré dans le but d'optimiser la lecture par les scanners (sur l'ancien modèle, la zone de lecture du montant des honoraires se situait trop près de la case à cocher « l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire »).

La **notice** figurant au recto de la feuille de soins a, bien entendu, été adaptée et tient compte des modifications mentionnées supra.

4. MODALITES PRATIQUES DE DIFFUSION

Ce formulaire sera mis en ligne sur « ameli.fr » dans une version non remplissable à l'écran.

Vous avez la possibilité de vous le procurer en passant une commande auprès de l'UCANSS ou bien, si vous souhaitez le faire réaliser localement, d'en obtenir les fichiers numériques (format « pdf ») ou les films en vous adressant à la Société CRAPHILABEL, 6, boulevard Victor Lambert, boîte postale 2767 - 51067 REIMS.

ATTENTION : les anciennes feuilles de soins (version S 3110h) ne devront plus être utilisées après le 30 juin 2005.

Remarque : des consignes spécifiques de saisie seront diffusées sur Médiam dans la rubrique « Système de production PROGRES PN » pour la feuille de soins papier et dans la rubrique « Sésam Vitale » pour la feuille de soins électronique ».

Le Directeur
Frédéric Van ROEKEGHEM

P.J. : maquette de la feuille de soins + fiche « signalétique ».