

## REMBOURSEMENT DES DIFFÉRENTS PRATICIENS

---

### CHOIX DU PRATICIEN

#### PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

##### Axes sur la réforme

- un **médecin traitant** choisi par l'assuré qui soigne au quotidien et oriente vers des soins dont le patient a besoin (les actes médicaux qui ne sont pas réalisés ou recommandés peuvent être moins bien remboursés) ;
- un **médecin correspondant** : le médecin correspondant intervient en coordination avec le médecin traitant (il s'agit le plus souvent d'un spécialiste) pour des expertises ou des soins plus spécialisés.

Il peut être sollicité :

- pour une séquence de soins répétés : le contenu et la périodicité sont définis entre les intervenants selon un protocole pour une affection de longue durée (ALD) ;

Le patient a la possibilité d'accéder aux médecins correspondants concernés, sans passer par son médecin traitant et selon les modalités prévues.

- pour une demande d'avis de consultant. Il rend compte au médecin traitant de ses conclusions ou propositions thérapeutiques et lui laisse la charge de surveiller l'application des prescriptions ;

Dans tous les cas, le médecin correspondant s'engage à assurer des conditions d'accueil pour un patient inscrit ou non dans un parcours de soins coordonnés.

- un dossier médical personnel contenant des informations sur la santé du patient constitué et mis à jour par le médecin de son choix ;
- une nouvelle carte vitale.

##### Dérogation au parcours de soins

Certains médecins spécialisés peuvent être consultés sans passage préalable par le médecin traitant, pour certains soins de première intention. Il s'agit :

- des gynécologues, pour les examens cliniques périodiques comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi des grossesses, l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse ;
- des ophtalmologues, pour les troubles de la réfraction oculaire (prescription et renouvellement des verres correcteurs) et pour les actes de dépistage et de suivi du glaucome ;
- des psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, pour les soins qui seront fixés par avenant conventionnel des stomatologues pour les soins bucco-dentaires, thérapeutiques et radiographiques ;

*Textes : arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes - JO du 11 février*

## DÉSIGNATION DU MÉDECIN TRAITANT

L'assuré social désigne un **médecin traitant**, le ticket modérateur est majoré s'il n'est pas procédé à son choix ou s'il consulte directement un autre médecin.

Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de 16 ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance-maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Le médecin traitant peut être également un médecin salarié d'un centre de santé social ou médico social ou d'un établissement ou service. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.

Le médecin assure les soins courants du patient.

Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel.

Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

### Médecin traitant exerçant en cabinet de groupe : désignation de plusieurs médecins

La loi de financement de Sécurité sociale pour 2006 offre la possibilité à l'assuré de désigner conjointement plusieurs médecins traitant, s'ils exercent la même spécialité au sein d'un cabinet médical dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé.

*Article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale*

### Consultation d'un médecin qui s'installe

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, en cas de non-respect du parcours de soins, l'assuré encourt des sanctions financières.

Ces sanctions ne sont pas applicables à l'assuré qui consulte sans l'avoir désigné comme médecin traitant, un médecin généraliste qui s'installe pour la 1<sup>ère</sup> fois en exercice libéral ou exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé ou encore installé dans l'une des zones géographiques déficitaires définies par la mission régionale de santé.

*Article L. 323-5-4 du Code de la Sécurité sociale modifié par la loi de financement de Sécurité sociale n° 2006-1640*

Un décret fixe à 5 ans la durée pendant laquelle l'assuré peut consulter sans être sanctionné.

*Article D. 162-1-8 du Code de la Sécurité sociale*

## LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Le patient de plus de 16 ans doit faire une déclaration de choix du médecin traitant auprès de sa caisse d'Assurance Maladie. Cette déclaration peut être faite en ligne via Espace pro, sous réserve de l'accord du patient ou du titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs, ou en remplissant et signant un formulaire papier conjointement avec lui.

À noter : pas besoin de consulter exprès pour faire la déclaration de choix du médecin traitant. Le patient peut profiter d'une prochaine consultation au cabinet du praticien pour effectuer cette formalité.

- la déclaration de choix du médecin traitant en ligne : connectez-vous sur Espace pro, et insérez votre carte CPS et la carte Vitale du patient, puis dans le bloc « Services patient », cliquez sur « déclaration de choix du médecin traitant ». La déclaration est pré remplie avec les informations contenues dans les cartes CPS et Vitale. Une fois la déclaration validée, elle sera télétransmise directement à la caisse d'Assurance Maladie du patient. À noter que ce service en ligne nécessite l'accord du patient, ou du titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de plus de 16 ans, et sa carte Vitale ;
- le formulaire de déclaration de choix du médecin traitant : remplissez et signez avec le patient, ou le titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de plus de 16 ans, le formulaire « Déclaration de choix du médecin traitant » (formulaire n° S3704). Ce formulaire est disponible ci-dessous en téléchargement. Vous pouvez également vous le procurer auprès de votre caisse d'Assurance Maladie ou en le commandant en ligne via Espace pro, dans la rubrique Commandes. Le patient remet ensuite ce formulaire à sa caisse d'Assurance Maladie ou le lui adresse par courrier, sous enveloppe affranchie au tarif en vigueur. Attention : les personnes de 16 ans ou plus qui n'ont pas de médecin traitant déclaré ou qui consultent directement un médecin spécialiste sans passer par leur médecin traitant sont moins remboursées.



## MODALITÉS DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

### DÉROULEMENT DU PARCOURS DE SOINS

Le médecin traitant assure les soins courants du patient qui l'a désigné comme tel. Dans certaines situations le médecin traitant fait appel à un médecin correspondant.

Les modalités du parcours sont fixées par la convention médicale du 12 janvier 2005 :

- le médecin traitant oriente le patient vers un médecin correspondant pour avis ponctuel : le médecin correspondant a un rôle de consultant ; il ne donne pas de soins continus et laisse le médecin traitant surveiller l'application de ses prescriptions ;
- le médecin traitant oriente le patient vers un médecin correspondant pour soins itératifs définis par un plan de soins définis entre eux ou un protocole affection de longue durée : le patient peut consulter les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant en vertu de périodicités prédéfinies ;
- le médecin traitant oriente le patient vers un médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins requérant un ou plusieurs intervenants. Cette séquence est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient peut consulter les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant ;
- le médecin traitant oriente le patient vers un médecin correspondant généraliste : le médecin traitant peut conseiller une séquence de soins à son patient nécessitant l'intervention ponctuelle ou itérative d'un médecin généraliste.

### HONORAIRES DU MÉDECIN CORRESPONDANT

Le médecin correspondant, lorsqu'il rend un avis ponctuel de consultant, est rémunéré selon la nomenclature des actes professionnels (C2) mais ne peut coter C2 s'il revoit le patient dans les 6 mois.

Pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, la cotation de l'avis ponctuel du consultant est portée à C2.5.

Pour les autres cas (soins itératifs, séquence de soins) il bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation.

### NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

La convention médicale peut permettre aux médecins conventionnés relevant de certaines spécialités de pratiquer des dépassements d'honoraires lorsqu'ils reçoivent un patient sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins.

*Article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale*

Les médecins doivent observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Les parties conventionnelles déterminent également les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin.

Le dépassement d'honoraires est également applicable au bénéficiaire de la CMU complémentaire en l'absence de recours au médecin traitant.

Les assurés et leurs ayants droits dont la participation est réduite ou supprimée dans le cas des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité au titre d'un avantage de vieillesse supportent cette majoration.

*Article R. 322-1-1 du Code de la Sécurité sociale*

La majoration n'est pas applicable pour les actes et consultations assurés par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies.

*Article D. 162-1-1-6<sup>e</sup> du Code de la Sécurité sociale*

### Cas d'urgence

La majoration n'est pas due lorsque l'assuré ou l'ayant droit est l'une des situations suivantes :

- lorsqu'il est éloigné de son lieu de résidence habituelle ;
- lorsqu'il recourt à un médecin parce qu'il est confronté à une situation non prévue plus de 8 heures auparavant. Il peut s'agir d'une affection ou la suspicion d'affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégralité de son organisme nécessitant l'intervention rapide du médecin.

*Article R. 322-1-1 alinéas 5 à 7 du Code de la Sécurité sociale*

- pour les actes et consultations d'un médecin intervenant au titre de la permanence des soins (accès aux soins en cas d'urgence en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux et des établissements de soins).

*Article D. 162-1-6 alinéa 5 du Code de la Sécurité sociale*

### Coordination de plusieurs médecins

La majoration n'est pas appliquée :

- lorsqu'à la suite d'une prescription du médecin traitant, des soins itératifs sont pratiqués par un médecin consulté, sous réserve que ces soins aient fait l'objet d'un plan de soins. Ce plan de soins, convenu entre les deux médecins en accord avec le patient fixe la nature et la périodicité de ces soins ;
- en cas d'intervention successive de plusieurs médecins pour une même pathologie, sous réserve que cette séquence de soins soit réalisée en concertation avec le médecin traitant ;
- pour les actes et consultations prévus dans le cadre du protocole de soins ;
- pour les actes et consultations assurés, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, par le médecin qui assure son remplacement ou, lorsque le médecin traitant exerce en centre de santé ou en groupe par un autre médecin exerçant dans le même centre ou dans un cabinet situé dans les mêmes locaux.

*Article D. 162-1-6 du Code de la Sécurité sociale*

Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance-maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus.

*Article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale*

## **PROTOCOLE DE SOINS (AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE)**

Pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge pour les soins et traitements liés à l'affection longue durée, l'assuré social doit faire établir pour son médecin traitant un formulaire de prise en charge, appelé "protocole de soins" en concertation avec le ou les médecins correspondants qui interviennent dans le suivi de la maladie.

Ce protocole indique avec précision tous les actes et les soins nécessités par le traitement de l'affection de longue durée qui pourront être pris en charge à 100 % après accord du service médical de la CPAM.

Dans le cadre du parcours de soins coordonné, la présentation de ce protocole lors de la consultation d'un médecin est obligatoire. L'absence de présentation de ce document exposera l'assuré aux sanctions financières prévues en cas de non-respect du parcours de soins.

Les patients reconnus atteints d'une affection longue durée avant le 15 novembre 2005 ayant désigné leur médecin traitant ne seront pas pénalisés jusqu'à l'élaboration du protocole de soins nouvelle formule qui interviendra au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2008.

*Article 35 de la loi de financement de Sécurité sociale pour 2006*

## RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

### Rémunération du médecin traitant (le plus souvent, généraliste en secteur 1 ou 2)

Ses missions sont valorisées, spécifiquement celles relatives à la coordination des soins. La priorité est donnée dans un premier temps au suivi médical des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), pour lesquels la loi du 14 août a prévu la tenue du protocole de soins par le médecin traitant. La rémunération annuelle s'élève à **40 €** par patient en ALD.

### Rémunération du médecin correspondant (cas du spécialiste)

Dans le cas d'un patient adressé par un médecin traitant pour des soins répétés, le médecin spécialiste correspondant de secteur 1 pourra appliquer une majoration de coordination de **2 €** par consultation, soit un tarif conventionnel de **28 €**. Cette majoration est fixée à **3 €** pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, soit **40 €**. Pour les avis de consultant rendus ponctuellement, la rémunération actuelle de **40 €** (C2) est maintenue. Pourront désormais utiliser cette dernière cotation, les spécialistes titulaires d'un CES et les généralistes titulaires d'un DES. Par ailleurs cette cotation ne peut être utilisée qu'à raison d'une consultation maximum par semestre et par patient, pour une même discipline.

### Rémunération des spécialistes de secteur 2

Ils continuent d'appliquer leurs honoraires libres, avec tact et mesure. Toutefois, le médecin spécialiste peut choisir d'adhérer à l'option de coordination. Il s'engage alors, pour les patients qui lui sont adressés par le médecin traitant, à appliquer pour les actes cliniques, le tarif conventionnel du médecin correspondant (**28 €**) et à limiter les dépassements sur les actions techniques à 15 %.

L'activité aux tarifs conventionnels réalisée dans le cadre de l'option doit représenter au minimum 30 % de l'activité globale du spécialiste (actes cliniques et actes techniques). En contrepartie, l'assurance-maladie prend en charge une partie des cotisations médicales.

Le contrat d'accès aux soins est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2013, le médecin contractant s'engage à ne pas augmenter sa pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen pendant 3 ans. Il bénéficie en contrepartie de la revalorisation des honoraires opposables (secteur 1) et d'une prise en charge des cotisations sociales.

L'avenant n° 11 de la convention médicale arrêté du 26 novembre 2013

### Rémunération des médecins spécialistes en accès direct

Consultés sans passer au préalable par un médecin traitant, les gynécologues et ophtalmologues de secteur 1 appliquent le tarif de **28 €**, les psychiatres celui de **40 €**. En secteur 2, les honoraires restent inchangés.

### Dépassement autorisé

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, les médecins spécialistes de secteur 1 sont autorisés à pratiquer des dépassements. Chaque dépassement (acte clinique ou acte technique) est limité au maximum à + 17,5 % de la valeur de l'acte, soit un tarif maximum de **33 €** pour une consultation. Ce tarif peut-être majoré en fonction des spécialités. Le praticien s'engage à réaliser 70 % de son activité en tarif opposable, tant pour les actes cliniques que techniques.

### Consultations de nourrissons

Afin de prendre en compte le rôle des médecins généralistes et spécialistes dans la prise en charge des nourrissons, la convention institue une majoration pour les consultations concernées. Pour les généralistes, la consultation pour les nourrissons âgés de 0 à 2 ans est portée à **28 €**.

## INFORMATION DES PATIENTS SUR LES HONORAIRES

Une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé doit être obligatoirement remise par le professionnel de santé à son patient dès lors que ses honoraires dépassent un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale, sauf si le professionnel prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation ultérieure, auquel cas il est tenu de remettre à son patient l'information préalable susmentionnée, y compris si ses honoraires sont inférieurs au seuil fixé par l'arrêté précité. L'inobservation de cette obligation peut faire l'objet d'une sanction financière égale au dépassement facturé.

Le professionnel de santé doit en outre afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture. Les infractions à ces dispositions sont recherchées et constatées dans les conditions prévues et par les agents mentionnés à l'article L. 4163-1.

Les conditions d'application du présent alinéa et les sanctions sont fixées par décret en Conseil d'État.

*Article L. 1111-3 du Code de la santé publique*

Les médecins sont tenus, en cas de dépassement du tarif de l'assurance maladie, de fournir une information écrite préalable à leurs patients à partir d'un seuil fixé à **70 €**.

*Arrêté du 2 octobre 2008*

### Obligation d'affichage du professionnel de santé

*Selon l'article R. 1111-21 du Code de la Sécurité sociale : « les professionnels de santé (médecins, chirurgiens dentistes) qui reçoivent des patients affichent, de manière visible et lisible, dans leur salle d'attente ou, à défaut, dans leur lieu d'exercice, les tarifs des honoraires ou fourchettes des tarifs des honoraires qu'ils pratiquent ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie en vigueur correspondant aux prestations suivantes dès lors qu'elles sont effectivement proposées :*

- *pour les médecins : consultation, visite à domicile et majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins et au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées ;*
- *pour les chirurgiens-dentistes : consultation et au moins cinq des prestations de soins conservateurs, chirurgicaux et de prévention les plus pratiqués et au moins cinq des traitements prothétiques et d'orthopédie dento-faciale les plus pratiqués ;*
- *pour les autres professionnels de santé : consultation, visite à domicile et au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées.*

Ils doivent également afficher :

- *pour les médecins conventionnés qui pratiquent les tarifs fixés par la convention « Votre médecin applique les tarifs de remboursement de l'assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent pas être dépassés, sauf dans deux cas :*
- *exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation ;*
- *non-respect par vous-même du parcours de soins.*

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

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

■ *pour les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires supérieurs à ceux fixés par la convention : « Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif du remboursement par l'assurance maladie.*

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

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

*« Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire, votre médecin doit appliquer le tarif de remboursement de l'assurance maladie. »*

■ *pour les médecins non conventionnés avec l'assurance maladie, les phrases : « Votre médecin n'est pas conventionné ; il détermine librement le montant de ses honoraires. Le remboursement de l'assurance maladie se fait sur la base des « tarifs d'autorité », dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les médecins conventionnés.*

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

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

*Selon l'article R. 1111-23 du Code de la Sécurité sociale « les chirurgiens-dentistes doivent également afficher, dans les mêmes conditions matérielles et selon leur situation conventionnelle, l'une des phrases citées ci-après :*

■ *pour les chirurgiens-dentistes conventionnés qui pratiquent les tarifs fixés par la convention : « Votre chirurgien-dentiste applique les tarifs de remboursement de l'assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent être dépassés, sauf en cas d'exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation.*

*« Pour les traitements prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, votre chirurgien-dentiste pratique des honoraires libres qui peuvent être supérieurs aux tarifs de remboursement par l'assurance maladie.*

*« Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire, ces dépassements sont plafonnés. Si votre chirurgien-dentiste vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.*

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

■ *pour les chirurgiens-dentistes conventionnés bénéficiant du droit permanent à dépassement : « Votre chirurgien-dentiste détermine librement ses honoraires, qui peuvent être supérieurs au tarif de remboursement par l'assurance maladie.*

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

*« Dans tous les cas, votre chirurgien-dentiste doit fixer ses honoraires avec tact et mesure. »*

■ pour les chirurgiens-dentistes non conventionnés avec l'assurance maladie, les phrases : « Votre chirurgien-dentiste n'est pas conventionné avec l'assurance maladie ; il détermine librement le montant de ses honoraires. Le remboursement de l'assurance maladie se fait sur la base des « tarifs d'autorité », dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les chirurgiens-dentistes conventionnés.

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

« Dans tous les cas, votre chirurgien-dentiste doit fixer ses honoraires avec tact et mesure. »

Selon l'article R. 1111-25. du Code de la Sécurité sociale, le fait de ne pas afficher les informations relatives aux honoraires est sanctionné comme suit :

« En cas de première constatation d'un manquement, les agents habilités notifient au professionnel un rappel de réglementation mentionnant la date du contrôle, les faits constatés ainsi que le montant maximum de l'amende administrative encourue.

« Le professionnel en cause dispose d'un délai de quinze jours pour se mettre en conformité avec la réglementation ainsi rappelée. Passé ce délai, en cas de nouvelle constatation d'un manquement chez le même professionnel, le représentant de l'État dans le département notifie les manquements reprochés et le montant de l'amende administrative envisagée au professionnel, afin qu'il puisse présenter ses observations écrites ou orales, le cas échéant assisté d'une personne de son choix, dans le délai de quinze jours francs à compter de la notification.

« À l'issue de ce délai, le représentant de l'État peut prononcer une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 €. Il la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter et les voies de recours qui lui sont ouvertes. L'amende est recouvrée conformément aux dispositions des articles 76 à 79 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique. »

Décret n° 2009-152 du 10 février 2009

### **Contrôle des dépassements**

Il est prévu un contrôle systématique des prescriptions des professionnels de santé aux dépassements pratiqués avec tact et mesure.

Article L. 314-1 du Code de la Sécurité sociale

Des pénalités financières sont prévues, elles sont égales au dépassement facturé.

### **Mode de rémunération alternatif**

Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du Code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.

Elles peuvent porter sur des actes de médecine, de chirurgie, de soins dentaires, d'analyses et d'exams de laboratoire, de transport, des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive ainsi que les frais pharmaceutiques.

Elles sont conduites par les missions régionales de santé.



## TARIFICATION DES ACTES MÉDICAUX

### NGAP : NOMENCLATURE DES ACTES PROFESSIONNELS

Les honoraires des médecins et des auxiliaires médicaux (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, orthoptistes, orthophonistes, pédicures) sont tarifés en fonction de l'acte médical effectué.

Pour chiffrer la valeur d'un acte médical, la Sécurité sociale utilise une cotation appelée nomenclature générale des actes professionnels fixée par arrêté ministériel.

Deux éléments codifient les actes médicaux :

- la lettre clé ;
- le coefficient.

La lettre clé exprime la nature de l'acte médical ou la qualité de l'exécutant. Le coefficient mentionné immédiatement après la lettre clé indique la valeur relative de chaque acte professionnel.

La cotation effectuée par le praticien est mentionnée sur la feuille de soins.

La NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) est remplacée par la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

La **CCAM** recense et codifie quelque 7 200 actes techniques réalisés par les médecins. Les conséquences de la CCAM sont limitées pour les assurés puisque les consultations ne sont pas concernées et que la majorité des actes revalorisés sont effectués en établissement et pris en charge à 100 % par l'assurance-maladie.

*Arrêté du 21 mars 2005 - UNCAM 11 mars 2005 - JO du 30 mars*

La CCAM établit une tarification des actes médicaux permettant d'assurer une valeur financière plus équitable. Il est attribué à chaque acte une valeur prenant en compte :

- le travail médical (durée de l'acte, compétence technique, effort mental, stress) ;
- le coût de la pratique technique (charges financières liées à la réalisation de l'acte : frais de personnel, de matériel, charges locatives).

La CCAM est classée par grands appareils du corps humain conformément à une logique médicale. Elle est divisée en 18 chapitres.

Numéro de chapitre	Libellé
1	Système nerveux : central, périphérique et autonome
2	Œil et ses annexes
3	Oreille
4	Système cardiaque et vasculaire
5	Système immunitaire et hématopoïétique
6	Système respiratoire
7	Système digestif
8	Système urogénital
9	Actes concernant la procréation et de la grossesse
10	Système endocrine
11	Système ostéoarticulaire et musculaire de la tête
12	Système ostéoarticulaire et musculaire du cou et tronc
13	Système ostéoarticulaire et musculaire du membre supérieur
14	Système ostéoarticulaire et musculaire du membre inférieur
15	Système ostéoarticulaire et musculaire corps entier
16	Système tégumentaire
17	Actes sans localisation
18	Gestes complémentaires et modificateurs

La CCAM donne un libellé et un code à chaque acte technique. Chaque acte médical a un code qui peut comprendre jusqu'à 16 caractères :

- les 7 premiers caractères déterminent le code principal de l'acte ;
- les 4 premiers sont signifiants (topographie, action, mode d'accès et /ou technique) ;
- les 3 derniers constituent un compteur aléatoire ;
- le 8<sup>e</sup> caractère sert à l'identification d'un code activité (anesthésie générale ou locale...);
- le 9<sup>e</sup> autorise une extension documentaire et donne un niveau supplémentaire de précision ;
- le 10<sup>e</sup> concerne la phase de traitement ;
- du 11<sup>e</sup> au 14<sup>e</sup> caractère intégration de modificateurs tarifant ou non tarifant (nuit, jour férié, nouveau né) ;
- le 15<sup>e</sup> caractère permet de décrire des associations non prévues ;
- le 16<sup>e</sup> permet de demander un remboursement exceptionnel.

Dans un premier temps, les actes de la CCAM sont codés en CCAM mais tarifés à partir des lettres-clé de la NGAP, auxquels s'appliqueront des taux de revalorisation.

**NABM** : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale. Cette base recense tous les actes de biologie.

**LPP** : Liste des Produits et Prestations. Cette base recense la base de remboursement pour les fournitures et appareillages.

## DÉFINITION DES TARIFS MÉDICAUX

### Tarif de convention

Des conventions sont passées entre les représentants des professions de santé et la Caisse nationale d'assurance-maladie.

Il est fixé une valeur monétaire à chaque lettre clé correspondant aux actes médicaux fixés par la Nomenclature générale des actes professionnels.

Le tarif de convention correspond alors à la base de remboursement Sécurité sociale pour les actes conventionnés.

### Dépassement des tarifs de convention

Les conventions médicales prévoient la possibilité de dépasser les honoraires médicaux (convention des généralistes et des spécialistes).

#### *Dépassement conventionnel (DE)*

Dépassement justifié par des circonstances exceptionnelles de temps et de lieu du à une exigence particulière du malade.

#### *Dépassement autorisé (DA)*

Pour les soins non coordonnés par les spécialistes conventionnés à honoraires conventionnels (secteur 1), le dépassement est plafonné à 17,5 % du tarif de convention.

#### *Droit à dépassement permanent (DP)*

Certains médecins justifiant de titres ou diplômes particuliers ou d'une autorité médicale accrue. Cette catégorie est fermée aux nouveaux médecins depuis 1980.

*Dépassement maîtrisé*

Sur les tarifs opposables des seuls actes techniques, pour les médecins adhérant à l'option de coordination du secteur conventionnel à honoraires libres (secteur 2).

*Secteur 2*

Médecins conventionnés à honoraires libres, autorisés à pratiquer des dépassements.

**Tarif d'autorité**

A défaut de convention ou en l'absence d'adhésion personnelle à la convention type, les tarifs servant de base au remboursement des honoraires sont fixés par arrêté ministériel.

*Article L. 162-12 du Code de la Sécurité sociale*

## TARIF DE CONVENTION

### Médecin généraliste

Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine à compter du 8 décembre 2013

Actes et majorations*	Tarifs en €	Règles de cumul
C : consultation au cabinet	23,00	
CS : consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale	23,00	
MCG : majoration de coordination <sup>(1)</sup>	3,00	C, CS
RMT : rémunération spécifique annuelle pour un patient en ALD	40,00	
FMT : forfait médecin traitant pour les patients hors ALD <sup>(2)</sup>	5,00	
MPA : rémunération forfaitaire pour les patients âgés <sup>(3)</sup>	5,00	
V : visite à domicile	23,00	
VS : visite à domicile par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale	23,00	
VL : visite longue et complexe réalisée au domicile du patient atteint de maladie neuro-dégénérative par le médecin traitant	46,00	
MD : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée	10,00	V, VS
MDN : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit de 20h00 à 00h00 et de 6h00 à 8h00	38,50	V, VS
MDI : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit de 00h00 à 6h00	43,50	V, VS
MDD : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié <sup>(4)</sup>	22,60	V, VS
ID : indemnité forfaitaire de déplacement pour des actes effectués à domicile autre que la visite	3,50	
MN* : majoration pour acte de nuit de 20h00 à 00h00 et de 6h00 à 8h00 <sup>(5)</sup>	35,00	V, VS
MM : majoration pour acte de nuit de 00h00 à 6h00 <sup>(5)</sup>	40,00	V, VS
F : majoration pour acte le dimanche et jour férié <sup>(5) (6)</sup>	19,06	V, VS
IK : indemnité kilométrique en plaine	0,61	V, VS
IK : indemnité kilométrique en montagne	0,91	V, VS
IK : indemnité kilométrique à pied ou à ski	4,57	V, VS
FPE : forfait pédiatrique pour le médecin généraliste pour les consultations ou visites effectuées dans les 8 jours qui suivent la naissance, au cours du 9 <sup>e</sup> ou 10 <sup>e</sup> mois et au cours du 24 <sup>e</sup> ou du 25 <sup>e</sup> mois	5,00	C, CS V, VS MNO
MNO : majoration pour les enfants de 0 à 2 ans	5,00	C, CS V, VS
MGE : majoration pour les enfants de 2 à 6 ans	3,00	C, CS V, VS
MIC : majoration pour consultation d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation par le médecin traitant (article 15.5 de la NGAP) si consultation réalisée au tarif opposable <sup>(1)</sup>	23,00	C, CS V, VS
MSH : majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité par le médecin traitant (article 15.6 de la NGAP) si consultation réalisée au tarif opposable <sup>(1)</sup>	23,00	C, CS V, VS

**Médecin généraliste (suite)**

MU : majoration d'urgence	22,60	V, VS
K : acte technique	1,92	
STH : forfait de surveillance médicale des cures thermales	90,00 (7)	
Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatifs à domicile : forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins	80,00	
Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatifs à domicile : forfait mensuel du médecin participant à la coordination	40,00	
Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatifs à domicile : forfait mensuel de soins	90,00	

<sup>(1)</sup> Majoration pouvant être cotée uniquement par les médecins en secteur 1 et par les médecins en secteur 2 (ou secteur 1 DP) ayant adhéré au contrat d'accès aux soins, et, par dérogation, par les médecins exerçant en secteur 2 (ou secteur 1 DP) lorsqu'ils sont appelés à dispenser des soins aux assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

<sup>(2)</sup> Rémunération forfaitaire réservée exclusivement aux médecins de secteur 1 et aux médecins adhérant au contrat d'accès aux soins.

<sup>(3)</sup> Rémunération forfaitaire réservée exclusivement aux médecins de secteur 1 et aux médecins adhérant au contrat d'accès aux soins applicable à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013 pour les patients âgés de 85 ans et plus, puis à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014 pour les patients âgés de 80 ans et plus.

<sup>(4)</sup> La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

<sup>(5)</sup> En dehors des situations visées à l'article 14-2 des dispositions générales de la NGAP.

<sup>(6)</sup> La majoration F s'applique aussi à partir du samedi midi uniquement pour les consultations au cabinet réalisées par le médecin généraliste de garde dans les départements n'étant pas autorisés à appliquer l'avenant n° 27 de la convention nationale des médecins.

<sup>(7)</sup> 90 € du 8 décembre 2013 au 31 décembre 2014, puis 80 € à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

\* Attention : les lettres clés indiquées sont celles présentes dans la convention et ne correspondent pas forcément aux codes utilisés pour la facturation.

## Médecin spécialiste

Tarifs conventionnels des médecins spécialistes en France métropolitaine à compter du 8 décembre 2013

Actes et majorations*	Tarifs en €	Règles de cumul
CS : consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié et le médecin spécialiste qualifié en médecine générale <sup>(1)</sup>	23,00	
MPC : majoration forfaitaire transitoire applicable à la CS <sup>(2)</sup>	2,00	CS MCS (2)
CNPSY : consultation pour les psychiatres, neuro-psychiatres, neurologues	37,00	
MPC : majoration forfaitaire transitoire applicable à la CNPSY <sup>(2)</sup>	2,70	CNPSY MCS (2)
1,5 CNPSY : consultation psychiatrique réalisée au cabinet à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables suivant cette demande	55,50	
CSC : consultation pour les cardiologues	45,73	
CDE : consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par le médecin spécialiste en dermatologie	46,00	
MIC : majoration pour consultation d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation par le médecin traitant (article 15.5 de la NGAP) si consultation réalisée à tarif opposable <sup>(2)</sup>	23,00	C, CS V, VS
MSH : majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité par le médecin traitant (article 15.6 de la NGAP) si consultation réalisée à tarif opposable <sup>(2)</sup>	23,00	C, CS V, VS
VS : visite à domicile par le médecin spécialiste et le médecin spécialiste qualifié en médecine générale <sup>(1)</sup>	23,00	
VNPSY : visite à domicile pour les psychiatres, neuro-psychiatres, neurologues	37,00	
VL : visite longue et complexe réalisée au domicile du patient atteint de maladie neuro-dégénérative par le médecin traitant	46,00	
RMT : rémunération spécifique annuelle du médecin traitant pour un patient en ALD	40,00	
FMT : forfait médecin traitant pour les patients hors ALD <sup>(3)</sup>	5,00	
MPA : rémunération forfaitaire pour les patients âgés de 80 ans et plus <sup>(4)</sup>	5,00	
STH : forfait de surveillance médicale des cures thermales	90,00 (5)	
K : autres actes de spécialité	1,92	
KC (seulement pour les stomatologistes et les chirurgiens maxillo-faciaux)	2,09	
KMB (seulement pour les médecins biologistes lorsqu'ils réalisent un prélèvement par ponction veineuse directe)	2,52	
SCM : soins conservateurs médecins	2,41	
ORT : orthodontie	2,15	
PRO : prothèse	2,15	

**Médecin spécialiste (suite)**

Z (seulement pour les stomatologistes)	1,33	
MA : majoration de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés	150,00	
MG : majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement pour le premier acte lié à la surveillance et pour les soins spécialisés des nouveaux-nés réalisés la nuit, le dimanche et les jours fériés	228,68	
F : valeur de la majoration de dimanche et de jour férié <sup>(6)</sup>	19,06	actes CCAM (dans les conditions définies par la CCAM) ID
U : valeur de la majoration de nuit (sauf pour le pédiatre)	25,15	actes CCAM (dans les conditions définies par la CCAM) ID
P : valeur de la majoration de nuit pour le pédiatre : 20h00-00h00 et 06h00-08h00	35,00	actes CCAM (dans les conditions définies par la CCAM) ID
S : valeur de la majoration de nuit pour le pédiatre : 00h00-06h00	40,00	actes CCAM (dans les conditions définies par la CCAM) ID
ID : indemnité de déplacement - agglomération PLM <sup>(7)</sup>	5,34	
ID : indemnité de déplacement - autres agglomérations	3,81	
IK : valeur de l'indemnité kilométrique en plaine	0,61	
IK : valeur de l'indemnité kilométrique en montagne et haute montagne	0,91	
IK : valeur de l'indemnité kilométrique à pied ou à ski	4,57	
CS : consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié et le médecin spécialiste qualifié en médecine générale <sup>(1)</sup>	23,00	
MPC : majoration forfaitaire transitoire applicable à la CS <sup>(2)</sup>	2,00	CS MCS (2)

<sup>(1)</sup> Pour les médecins spécialistes qualifiés en médecine générale, seules les majorations applicables aux médecins généralistes sont applicables (voir ci-dessous « Lire aussi »).

<sup>(2)</sup> Majoration pouvant être cotée uniquement par les médecins en secteur 1 et par les médecins en secteur 2 (ou secteur 1 DP) ayant adhéré au contrat d'accès aux soins, et, par dérogation, par les médecins exerçant en secteur 2 (ou secteur 1 DP) lorsqu'ils sont appelés à dispenser des soins aux assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

<sup>(3)</sup> Rémunération forfaitaire réservée exclusivement aux médecins de secteur 1 et aux médecins adhérant au contrat d'accès aux soins.

<sup>(4)</sup> Rémunération forfaitaire réservée exclusivement aux médecins de secteur 1 et aux médecins adhérant au contrat d'accès aux soins applicable à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013 pour les patients âgés de 85 ans et plus, puis à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014 pour les patients âgés de 80 ans et plus.

<sup>(5)</sup> 90 € du 8 décembre 2013 au 31 décembre 2014, puis 80 € à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

<sup>(6)</sup> La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

<sup>(7)</sup> Les agglomérations correspondent à celles définies par l'Insee dans son dernier recensement.

### Majorations applicables pour les patients de moins de 16 ans

Tarifs des majorations applicables dans le cadre du parcours de soins coordonnés pour les patients de plus de 16 ans au 8 décembre 2013 <sup>(1)</sup>

Actes et majorations*	Tarifs en €	Règles de cumul
MCS : majoration de coordination <sup>(2)</sup>	3,00	CS MPC <sup>(2)</sup>
MCS : majoration de coordination pour les psychiatres neuropsychiatres et neurologues <sup>(2)</sup>	4,00	CNPSY MPC <sup>(2)</sup>
MCC : majoration de coordination pour les cardiologues <sup>(2)</sup>	3,27	CSC
MCE : majoration pour certaines consultations pour les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétent en diabétologie	10,00	CS, MCS <sup>(2)</sup> MPC <sup>(2)</sup>
MTA : majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillage pour le spécialiste en médecine physique et réadaptation, applicable dans le cadre du parcours de soins coordonnés	20,00	CS MCS <sup>(2)</sup> MPC <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Pour les médecins spécialistes qualifiés en médecine générale, seules les majorations applicables aux médecins généralistes sont applicables (voir ci-dessous « Lire aussi »).

<sup>(2)</sup> Majoration pouvant être cotée uniquement par les médecins en secteur 1 et par les médecins en secteur 2 (ou secteur 1 DP) ayant adhéré au contrat d'accès aux soins, et, par dérogation, par les médecins exerçant en secteur 2 (ou secteur 1 DP) lorsqu'ils sont appelés à dispenser des soins aux assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

### Chirurgien-dentiste

Lettre-clé	Acte	Tarif en euros
<b>C</b>	Consultation	23
<b>CS</b>	Consultation	23
<b>V</b>	Visite	23
<b>VS</b>	Visite	20,58
<b>SC</b>	Soin conservateur	2,41
<b>SPR</b>	Acte de prothèse dentaire	2,15
<b>TO</b>	Traitement d'orthopédie dento-faciale	2,15
<b>D</b>	Acte dentaire	1,92
<b>DC</b>	Acte chirurgien-dentiste	2,09
<b>Z</b>	Acte de radiologie	1,33
	Majoration de dimanche ou jour férié	19,06
	Majoration de nuit	25,15
	Indemnité forfaitaire de déplacement	2,74
	Indemnité kilométrique : - plaine - montagne - pied ou ski	0,61 0,91 4,57

La convention nationale des chirurgiens-dentistes prévoit un dispositif de prévention avec un examen systématique annuel pour les jeunes âgés de 6, 9, 12,15 et 18 ans.

Acte	Tarif en euros
<b>BDC : examen simple</b>	30
<b>BR2 : examen simple avec 1 ou 2 radiographies(s)</b>	42
<b>BR4 : examen avec 3 ou 4 radiographies</b>	54

### Infirmier

Lettre-clé	Acte	Tarif en euros
<b>AMI</b>	Acte infirmier	3,15
<b>AIS</b>	Séance de soins infirmiers et de gardes à domicile des malades	2,65
<b>IFD</b>	Indemnité forfaitaire de déplacement	2,50
<b>DI</b>	Démarche de soins infirmiers	10,00
	Majoration nuit	
	- de 20h à 23h et de 5h à 8h	9,15
	- de 23h à 5h	18,30
	Majoration dimanche	8,00
<b>IK</b>	Indemnité kilométrique	
	- plaine	0,35
	- montagne	0,50
	- pied ou ski	3,40

## Infirmier (suite)

Lettre-clé	Acte	Tarif en euros
<b>MAU</b>	Majoration d'acte unique (MAU)	1,35
<b>MCI</b>	Majoration de coordination infirmière	5,00

## Masseur-kinésithérapeute

Lettre-clé	Acte	Tarif en euros
<b>AMK</b>	Acte effectué au cabinet	2,15
<b>AMC</b>	Acte effectué dans un établissement de soins Actes de rééducation des affections orthopédiques et	2,15
<b>AMS</b>	rhumatologiques	2,15
<b>IFD</b>	Indemnité forfaitaire de déplacement	2,50
<b>IFO</b>	Indemnité forfaitaire orthopédique et rhumatologique <sup>(1)</sup>	4,00
<b>IFR</b>	Indemnité forfaitaire rhumatismale <sup>(2)</sup>	4,00
<b>IFN</b>	Indemnité forfaitaire neurologique <sup>(3)</sup>	4,00
<b>IFP</b>	Indemnité forfaitaire pneumologique <sup>(4)</sup>	4,00
<b>IFS</b>	Indemnité forfaitaire de sortie <sup>(5)</sup>	4,00
<b>IK</b>	Indemnité kilométrique :	
	- plaine	0,38
	- montagne	0,61
	- à pied ou à ski	3,35
	Majoration :	
	- nuit	9,15
- dimanche <sup>(6)</sup>	7,62	

<sup>(1)</sup> L'indemnité forfaitaire de déplacement IFO s'applique à un acte de l'article 1 du titre XIV de la NGAP : rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres, cotée AMS 9. Elle n'est pas cumulable avec une autre indemnité forfaitaire de remplacement.

<sup>(2)</sup> L'indemnité forfaitaire de déplacement IFR s'applique aux actes de l'article 2 du titre XIV de la NGAP : rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires, cotées AMS 7 et 9. Elle n'est pas cumulable avec une autre indemnité forfaitaire de remplacement.

<sup>(3)</sup> L'indemnité forfaitaire de déplacement IFN s'applique aux actes de l'article 4 du titre XIV de la NGAP : rééducation des conséquences des conséquences d'affections neurologiques et musculaires, cotées AMS 7 à 10. Elle n'est pas cumulable avec une autre indemnité forfaitaire de remplacement.

<sup>(4)</sup> L'indemnité forfaitaire de déplacement IFP s'applique aux actes de l'article 4 du titre XIV de la NGAP : rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) cotée AMS 8. Elle n'est pas cumulable avec une autre indemnité forfaitaire de remplacement.

<sup>(5)</sup> L'indemnité forfaitaire de déplacement IFS s'applique aux actes liés à la prise en charge des patients après une intervention orthopédique ou traumatologique, pendant une période allant de la date de sortie d'hospitalisation au 35<sup>e</sup> jour après cette date.

<sup>(6)</sup> La majoration de dimanche s'applique à compter du samedi 12h pour les appels d'urgence.

**Sage-femme (tarifs en euros à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014)**

Lettre-clé	Acte	Tarif en euros
<b>C</b>	<b>Soins maternité</b> Consultation	23,00
<b>V</b>	Visite	23,00
<b>KE</b>	Actes d'échographie	2,65
<b>SP</b>	Séances de suivi postnatal	18,55
<b>SF 118</b>	Accouchement simple <sup>(1)</sup>	349,44
<b>SF 119</b>	Accouchement gémellaire <sup>(1)</sup>	423,36
<b>SF</b>	Actes en SF	2,80
<b>ID</b>	Indemnité de déplacement	4,00
<b>IK</b>	Indemnité kilométrique :	
	- plaine	0,45
	- montagne	0,73
	- à pied ou à ski	3,95
	Majoration de dimanche <sup>(2)</sup> ou jour férié	21,00
	Majoration de nuit :	
- de 20h à 0h et de 6h à 8h	35,00	
- de 0h à 6h	40,00	
	<b>Soins infirmiers</b>	
	Acte en SFI	2,18
	Majoration de dimanche	7,62
	Majoration de nuit	9,15
	Indemnité forfaitaire de déplacement	4,00

<sup>(1)</sup> Décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) du 18 avril 2014 (JO du 24 juin 2014)

<sup>(2)</sup> Pour la réalisation d'un acte obstétrical, la majoration de dimanche est étendue au samedi 12 heures en cas d'appel d'urgence

**Pédicure-Podologue**

Lettre-clé	Acte	Tarif en euros
<b>AMP</b>	Acte pratiqué par la pédicure	0,63
<b>POD</b>	Actes de prévention	27,00
	Majoration nuit	0,76
	Majoration dimanche	0,61
<b>IFD</b>	Indemnité forfaitaire de déplacement	2,50
<b>IK</b>	Indemnité kilométrique	
	- plaine	0,35
	- montagne	0,50
	- à pied, à ski	3,40

## Orthophoniste

Lettre-clé	Acte	Tarif en euros
<b>AMO</b>	Acte pratiqué par l'orthophoniste	2,50
<b>IFD</b>	Indemnité forfaitaire de déplacement	2,50
<b>IK</b>	Indemnité kilométrique	
	- plaine	0,24
	- montagne	0,37
	- à pied ou à ski	1,07

## Orthoptiste

Lettre-clé	Acte	Tarif en euros
<b>AMY</b>	Acte pratiqué par l'orthoptiste	2,60
<b>IFD</b>	Indemnité forfaitaire de déplacement	2,50
<b>IK</b>	Majoration	
	- nuit	9,15
	- dimanche	7,62
	Indemnité kilométrique	
	- plaine	0,24
	- montagne	0,37
	- à pied ou à ski	1,07

**Laboratoire**

<b>Lettre-clé</b>	<b>Acte</b>	<b>Tarif en euros</b>
<b>B</b>	Acte de biologie médicale	0,27
<b>KB</b>	Prélèvement autre que sanguin effectué par les directeurs de laboratoire non médecins	1,92
<b>PB</b>	Prélèvement sanguin effectué par les directeurs de laboratoire non médecins	2,52
<b>TB</b>	Prélèvement sanguin effectué par les techniciens de laboratoire	2,52
<b>ID</b>	Majoration	
	- nuit - dimanche et jour férié <sup>(1)</sup>	22,87 16,77
<b>IK</b>	Indemnité de déplacement	
	Paris, Lyon, Marseille	4,73
	- agglomération de 100 000 habitants et plus	3,66
	- autre	3,35
<b>IK</b>	Indemnité kilométrique	
	- plaine <sup>(2)</sup>	0,38
	- montagne <sup>(3)</sup> - à pied ou à ski	0,53 3,05

<sup>(1)</sup> Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués au domicile du malade la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires, à une majoration. Cette majoration s'applique à partir du samedi midi. Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20h et 8h mais ils ne donnent lieu à supplément que si l'appel au biologiste a été fait entre 19h et 7h.

<sup>(2)</sup> Abattement kilométrique : 6 km aller - 6 km retour

<sup>(3)</sup> Abattement kilométrique : 3 km aller – 3 km retour



## SITUATION DES MÉDECINS VIS À VIS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pour obtenir le remboursement des frais médicaux, les soins doivent être dispensés par un praticien habilité à exercer la profession médicale :

- les médecins généralistes ;
- les médecins spécialistes.

### CONVENTION MÉDICALE

#### Définition et objectifs

Les rapports entre les caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM) et les praticiens et auxiliaires médicaux sont définis par les conventions nationales, conclues entre la Sécurité sociale et les syndicats de professions médicales.

Ces conventions ont pour but de rapprocher les bases de remboursements des honoraires.

Elles doivent être agréées par le gouvernement.

La convention médicale est signée pour 4 ans.

Les caisses primaires d'assurance-maladie peuvent informer les assurés de la situation d'un professionnel de santé au regard notamment des tarifs d'honoraires habituellement demandés.

*Article L. 162-1-11 du Code de la Sécurité sociale*

### DISCIPLINES SPÉCIALISÉES

La liste des disciplines reconnues comme spécialités au regard de la législation de la Sécurité sociale est fixée par arrêtés interministériels. Ces disciplines sont :

- anat. cyto. Pathologie ;
- anesthésiologie ;
- chirurgie générale ;
- chirurgie infantile ;
- chirurgie maxillo-faciale ;
- chirurgie maxillo-faciale, stomatologie ;
- chirurgie orthopédique, traumatologie ;
- chirurgie plastique reconstructrice ;
- chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ;
- chirurgie urologique ;
- chirurgie vasculaire ;
- chirurgie viscérale et digestive ;
- dermato-vénérologie ;
- endocrinologie, métabolisme ;
- gastro-entérologie et hépatologie ;
- gynécologie médicale ;

- gynécologie-obstétrique ;
- hématologie ;
- médecine interne ;
- médecine nucléaire ;
- néphrologie ;
- neurochirurgie ;
- neurologie ;
- neuropsychiatrie ;
- oncologie médicale ;
- oncologie radiothérapique ;
- pathologie cardio-vasculaire ;
- pédiatrie ;
- pneumologie ;
- psychiatrie ;
- radiodiagnostic et imagerie ;
- rééducation et réadaptation fonctionnelles ;
- rhumatologie ;
- stomatologie.

Sont également admis comme médecins spécialistes qualifiés au regard de la législation de Sécurité sociale, les médecins qui ont été reconnus, au titre de l'article 12 du code de déontologie, le droit de faire état de la qualité de médecin compétent en urologie, gynécologie ou obstétrique, à la condition que ces médecins exercent soit exclusivement la discipline considérée, soit simultanément une ou deux de ces disciplines et la chirurgie générale.

## SITUATION DU MÉDECIN

### En secteur 1

Les médecins appliquent les tarifs fixés dans la convention nationale sans dépassements d'honoraires (dits tarifs conventionnels, opposables ou de secteur 1). Ces tarifs servent de base au remboursement de l'assurance maladie. Des dépassements d'honoraires ne peuvent être facturés qu'à titre exceptionnel, pour des motifs liés, par exemple à des exigences de temps ou de lieu du patient (DE). Ces dépassements ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, que l'on soit dans le parcours de soins ou non.

### En secteur 1 avec contrat d'accès aux soins

Certains médecins de secteur 1 ont pu adhérer au contrat d'accès aux soins compte tenu de leur expérience hospitalière. Dans ce cadre, ils se sont engagés à pratiquer des dépassements modérés pour les actes cliniques et les actes techniques. L'assurance maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables au médecin de secteur 1), le montant des éventuels dépassements d'honoraires reste à la charge du patient.

### En secteur 1 avec droit permanent à dépassement sans contrat d'accès aux soins

Certains médecins, bien qu'en secteur 1, bénéficient d'un droit permanent à dépassement lié à la reconnaissance de leur pratique. Ces médecins fixent librement leurs tarifs et peuvent donc pratiquer des dépassements avec tact et mesure. L'assurance maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables au médecin de secteur 2), le montant des éventuels dépassements d'honoraires reste à la charge du patient.

### En secteur 1 avec droit permanent à dépassement et contrat d'accès aux soins

Certains médecins, bien qu'en secteur 1, bénéficient d'un droit permanent à dépassement lié à la reconnaissance de leur pratique. S'ils ont adhéré au contrat d'accès aux soins, ces médecins se sont engagés à pratiquer des dépassements modérés pour les actes cliniques et les actes techniques. L'assurance maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables au médecin de secteur 1), le montant des éventuels dépassements d'honoraires reste à la charge du patient.

### En secteur 2 sans contrat d'accès aux soins

Les médecins fixent librement leurs tarifs et peuvent donc pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. L'assurance maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables au médecin de secteur 2), le montant des éventuels dépassements d'honoraires reste à la charge du patient.

### En secteur 2 avec contrat d'accès aux soins

S'ils ont adhéré au contrat d'accès aux soins, ces médecins se sont engagés à pratiquer des dépassements modérés pour les actes cliniques et les actes techniques. L'assurance maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables au médecin de secteur 1), le montant des éventuels dépassements d'honoraires reste à la charge du patient.

### Non conventionné

Un médecin est dit non conventionné s'il a choisi de ne pas adhérer à la convention. Dans ce cas, il peut pratiquer les tarifs qu'il souhaite mais le remboursement de l'assurance maladie est minime.

## SITUATIONS DU CHIRURGIEN-DENTISTE

### Un chirurgien-dentiste conventionné

Pour les consultations et les soins dentaires, le chirurgien-dentiste applique les tarifs conventionnels fixés par convention avec l'assurance maladie. L'assurance maladie rembourse sur la base de ces tarifs.

Des dépassements d'honoraires ne peuvent être facturés qu'à titre exceptionnel en cas d'une exigence particulière du patient. Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

Pour les prothèses dentaires et les traitements d'orthopédie dento-faciale, le chirurgien-dentiste fixe librement ses tarifs et peut donc pratiquer des dépassements d'honoraires.

L'assurance maladie rembourse sur la base de tarifs dits « tarifs de responsabilité », et non sur la base des honoraires payés. Les dépassements d'honoraires en effet ne sont jamais pris en charge par l'assurance maladie.

### Un chirurgien-dentiste conventionné avec droit permanent à dépassement

Le chirurgien-dentiste fixe librement ses tarifs et peut donc pratiquer des dépassements d'honoraires.

L'assurance maladie vous rembourse sur la base des tarifs conventionnels ou de responsabilité, et non sur la base des honoraires payés.

Les dépassements d'honoraires en effet ne sont jamais pris en charge par l'assurance maladie.

### Un chirurgien-dentiste non conventionné

Le chirurgien-dentiste fixe librement ses tarifs. L'assurance maladie rembourse sur la base de tarifs extrêmement faibles, et non sur la base des honoraires payés.

## LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : SAGES-FEMMES, INFIRMIERS, MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES, ORTHOPHONISTES, ORTHOPTISTES, PÉDICURES-PODOLOGUES, LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES

### Un professionnel de santé conventionné

Le professionnel de santé applique les tarifs conventionnels, fixés par convention avec l'assurance maladie. L'assurance maladie rembourse sur la base de ces tarifs.

**À noter** : des dépassements d'honoraires ne peuvent être facturés qu'à titre exceptionnel en cas d'une exigence particulière du patient. Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

### Un professionnel de santé non conventionné

Le professionnel de santé fixe librement ses tarifs. L'assurance maladie vous rembourse sur la base de tarifs extrêmement faibles, et non sur la base des honoraires payés.

## PROFESSIONS D'AUXILIAIRES MÉDICAUX

### SAGES FEMMES

Ayant les mêmes droits que les infirmières, elles peuvent dispenser des soins infirmiers prescrits par un médecin.

Les sages-femmes ont compétence pour pratiquer la surveillance des femmes enceintes, pratiquer les accouchements normaux et dispenser les soins auxiliaires prescrits par les médecins.

### INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES

Ils sont habilités à donner des soins à domicile ou dans les services publics ou privés de consultation ou d'hospitalisation ainsi que tous les soins prescrits par un médecin.

### MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Ils sont autorisés à pratiquer, sur prescription médicale, les massages et gymnastique médicales.

### PÉDICURES

Ils ont la qualité de traiter les affections épidermiques unguéales du pied à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion du sang, ainsi que les soins d'hygiène. «Pédicure – podologue» est le qualificatif employé par le Code de la santé publique.

### ORTHOPHONISTES

Ils exécutent les actes de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit hors de la présence du médecin.

### ORTHOPTISTES

Ils peuvent dispenser des actes de rééducation orthoptique (gymnastique oculaire) sur prescription médicale.



## CONTRÔLE DES REMBOURSEMENTS

### MAÎTRISE DES DÉPENSES

Les CPAM et les services médicaux peuvent contrôler le respect de certaines obligations incombant aux praticiens et assurés.

*Article L. 314-1 du Code de la Sécurité sociale*

Le médecin doit signaler sur l'ordonnance le caractère non remboursable des produits, actes ou prescriptions.

*Article L. 162-4 du Code de la Sécurité sociale*

Le médecin doit indiquer les éléments d'ordre médical motivant l'interruption de travail ou la prescription de transport en vue d'un remboursement.

*Article L. 162-4-1 du Code de la Sécurité sociale*

Le médecin doit reporter les éléments diagnostiques et thérapeutiques sur le dossier médical personnel.

*Article L. 161-36-1 du Code de la Sécurité sociale*

L'assuré doit se soumettre aux contrôles organisés par le service de contrôle médical.

*Article L. 315-2 du Code de la Sécurité sociale*

La participation de l'assuré peut être réduite ou majorée.

*Article L. 322-3 du Code de la Sécurité sociale*

L'assuré atteint d'une affection longue durée doit répondre à certaines conditions pour bénéficier d'un statut spécifique.

### Actes et prescriptions

Les CPAM peuvent également faire un contrôle :

- sur les actes pratiqués ;
- sur les traitements prescrits.

Ils ne doivent pas excéder les limites ou indications prévues par les listes mentionnées suivantes :

- liste des actes ou prestations réalisés par un professionnel de santé pris en charge par l'assurance maladie ;

*Article L. 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale*

- liste des médicaments pris en charge par l'assurance maladie ;

*Article L. 162-17 du Code de la Sécurité sociale*

- liste des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain et produits de santé autre que les médicaments pris en charge par l'assurance maladie.

*Article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale*

Les actes et traitements doivent, en outre, respecter les recommandations de bonnes pratiques cliniques et les références médicales opposables.

## CONTRÔLE DES ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS

Les dépenses présentées au remboursement doivent respecter les engagements conventionnels, le règlement arbitral :

- des contrats de bonne pratique.

*Article L. 162-12-18 du Code de la Sécurité sociale*

- des contrats de santé publique.

*Article L. 162-12-20 du Code de la Sécurité sociale*

- des contrats entre URCAM et réseaux de professionnels de santé conventionnés exerçant à titre libéral.

*Article L. 183-1-1 du Code de la Sécurité sociale*

- des accords de bon usage de soins.

*Article L. 162-12-17 du Code de la Sécurité sociale*

## SANCTIONS PRÉVUES

Les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations ou délivré des produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications.

Si l'irrégularité est due au professionnel de santé, la caisse applique une sanction financière en cas d'abus ou de fraude.

Si l'irrégularité est due à l'assuré, une sanction financière peut être appliquée, tout comme une suspension des indemnités journalières.

Si l'irrégularité est due à l'assuré ou à son ayant droit, la caisse peut décider de ne pas procéder à la prise en charge des frais liés aux soins.

*Article L. 314-1 du Code de la Sécurité sociale*

## GROS PRESCRIPTEURS

Prestations et actes concernés

Il est prévu la possibilité de subordonner à l'entente préalable du service du contrôle médical la couverture de certains frais en cas de contestation d'un nombre élevé de prescriptions. La procédure d'entente préalable peut être pratiquée en cas de contestation par le service médical :

- d'un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie ;
- ou d'un nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-7, L. 162-17, et L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale ou d'un groupe desdits actes, produits ou prestations significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie. Un décret définit les modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de prestations pour la mise en œuvre de ces dispositions.

*Article 37 de la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007*