



Accès aux droits des personnes les plus démunies

Solutions pratiques aux difficultés administratives rencontrées par le médecin libéral

Juin 2009

Le projet « Accès aux Soins des Personnes en Difficultés » est soutenu par l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace (URMLA). Afin de discuter des obstacles administratifs pour l'accès aux soins des patients en difficultés socio-économiques en médecine libérale, les responsables des Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Haut-Rhin et du Bas-Rhin rencontrent régulièrement des représentants de l'URMLA pour **faire le point sur les solutions pratiques aux problèmes identifiés par les médecins libéraux.** Cette newsletter en est la synthèse.

Accès aux soins : tiers payant et franchises

Tiers payant et avenant 18

En Alsace, le tiers payant exceptionnel est toujours possible pour les patients en difficultés financières, même s'il n'est pas inscrit dans la convention médicale pour les généralistes. En ces temps de crise, il est important que le généraliste puisse proposer le tiers payant à ses patients. **L'avenant 18 de la convention médicale** précise que les patients qui ont choisi leur médecin référent comme médecin traitant, ainsi que leurs ayants droit, continuent de bénéficier de la dispense d'avance des frais jusqu'au 31 décembre 2009.



La PAF au régime local

L'application, depuis décembre 2007 de la **Participation Assurée Forfaitaire (PAF)** de 18€ pour les actes supérieurs ou égaux à 91€ (sauf pour le radiodiagnostic) a peu d'impact en Alsace puisqu'en cas de tiers payant, la part de l'assuré

n'est pas demandée s'il est pris en charge notamment au titre :

- du Régime Local Alsace Moselle
- de la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire)
- de l'AME-C (Aide Médicale État Complémentaire)

Franchises médicales et ALD

La franchise médicale, mise en place depuis le 1er janvier 2008 sous la forme d'une retenue de 50 cents sur chaque prestation paramédicale, à concurrence de 50€ par an, concerne les patients souffrant d'Affection de Longue Durée (ALD). Elles s'ajoutent au forfait de 50€ par an, à raison d'1€ par consultation médicale, déjà en vigueur depuis la réforme Douste-Blazy de 2005.

L'application de la franchise médicale pour les patients atteints d'ALD pose problème pour les patients disposant du tiers payant. En effet, la franchise ne pouvant être déduite de leurs remboursements, ils font alors l'objet d'une notification de créance, pouvant s'élever jusqu'à 50€, pour leurs frais médicaux. En cas de difficultés financières signalées par le patient, il est possible de lui conseiller d'adresser à sa caisse primaire d'affiliation une demande d'échelonnement des paiements.

CMU, AME et médecin traitant : les nouveautés



1) Il existe une procédure d'attribution immédiate de la **Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)**

pour les patients :

- bénéficiant du RMI
- dont l'accès aux soins répond à une urgence médicale.

2) La minoration de remboursement si le patient ne suit pas le parcours de soins est actuellement prise en charge par la CMU-C.

Les patients bénéficiant de la **Couverture Maladie Universelle Complémentaire** sont toutefois incités à déclarer un médecin traitant et à respecter le parcours de soins.

3) La CMU-C doit être renouvelée à l'issue de la période de 12 mois pour laquelle elle a été accordée. Un courrier incitant l'assuré à renouveler ses droits lui est systématiquement adressé par la CPAM 2 mois avant l'échéance de ses droits. Parallèlement, le médecin traitant peut également sensibiliser son patient à effectuer les démarches de renouvellement, afin d'éviter une rupture dans sa prise en charge. L'attestation de droits adressée par la CPAM à l'assuré peut y aider.



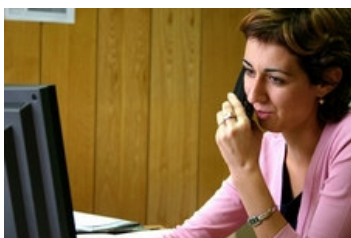
Accès aux droits des personnes les plus démunies

Boîte à outils : des solutions pratiques aux problèmes fréquemment rencontrés

Le cabinet de groupe			
Difficultés	Solutions	Difficultés	Solution
<p>Dans le cadre du parcours de soins et de la réalisation du tiers payant :</p> <p>Actuellement, le cabinet de groupe ne peut pas être considéré comme médecin traitant. Si R « remplaçant du médecin traitant » n'est pas coché pour une consultation hors du parcours de soins, le patient sera remboursé 8,40€ de moins sur la consultation. En cas de tiers payant, cette somme est répercutée sur le médecin généraliste, qui perd 8,80€. Cette minoration de remboursement de 40% s'applique à tous les actes avec un maximum de 10€ par acte.</p>	<p>La proposition des Caisses (pour l'instant tout du moins) est de <u>mettre un R lors de chaque consultation.</u></p>	<p>La prolongation de l'arrêt de travail :</p> <p>Le problème existe, surtout dans les cabinets de groupe.</p> <p>En effet, c'est au médecin traitant qu'il appartient de prolonger l'arrêt de travail.</p>	<p>Dans les nouvelles feuilles d'arrêt de travail, il y a la possibilité de cocher la case : m é d e c i n remplaçant le médecin traitant ou le prescripteur initial ».</p>



Le nouveau médecin traitant		Accès immédiat à la CMU-C	
Difficultés	Solutions	Difficultés	Solutions
<p>Le nouveau médecin traitant :</p> <p>Dans le cas du changement de médecin traitant, le médecin note N.</p> <p>Toutefois, si le patient consulte avant que la modification soit enregistrée, en cas de tiers payant, <u>le médecin subira une minoration de remboursement de 8,80€</u> pour une consultation de médecine générale.</p>	<p>Propositions des Caisses :</p> <p>Un nouveau médecin traitant est enregistré auprès de la Caisse en 48 heures. Il faut donc <u>inscrire N tant qu'un doute sur la date de dépôt du papier subsiste.</u></p> <p>En cas de difficulté pour le patient de s'adresser à sa Caisse, il est proposé au médecin d'adresser lui-même le document .</p>	<p>Il existe une procédure d'attribution immédiate de la CMU-C pour les patients :</p> <p>⇒ En situation d'urgence nécessitant un accès sans délai aux soins</p> <p>⇒ Demandeurs du RMI</p> <p>Une attestation provisoire de droits à la CMU-C, basée sur une présomption de droits est alors délivrée, avec effet au premier jour du mois de dépôt de la demande. Elle est valable 3 mois, durée pendant laquelle la Caisse instruit la demande.</p>	<p>Le patient doit se présenter à sa CPAM avec les documents nécessaires à l'obtention de la CMU-C et exprimer le fait qu'il a besoin, de façon urgente, de soins (<i>une ordonnance et/ou un certificat médical peuvent aider mais ces deux documents ne sont pas obligatoires</i>).</p> <p><u>La CMU-C pourra ainsi être obtenue au premier jour du mois au cours duquel le dossier complet a été réceptionné par la Caisse.</u> Dans la procédure normale, la CMU-C est seulement obtenue dans le mois qui suit la décision de la Caisse.</p>



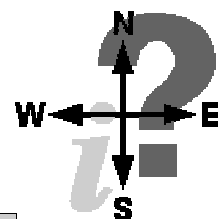
Médecin traitant et Affection Longue Durée (ALD)

Difficultés	Solutions	Difficultés	Solutions
<p>Le nouveau médecin traitant et la demande d'ALD :</p> <p>Pour un nouveau patient pour lequel le médecin est amené à faire, lors de la même consultation, une déclaration de médecin traitant et un protocole ALD, les CPAM et les Services Médicaux se sont organisés afin de traiter les informations de telle sorte que l'ALD ne soit pas limitée à six mois. (L'ALD reste limitée à 6 mois lorsque la demande est faite par un médecin qui n'est pas le médecin enregistré par les Caisses comme médecin traitant).</p>	<p>Les médecins peuvent donc envoyer les deux documents (feuille nouveau médecin traitant et feuille de demande d'ALD) au Service Médical. Ce dernier fera le nécessaire pour un traitement concomitant des données.</p>	<p>ALD et paiement :</p> <p>Depuis la mise en place du médecin traitant, les protocoles de soins pour demande d'ALD ne sont plus rémunérés, sauf dans les cas énoncés ci-contre.</p>	<p>Le volet 4 permet de verser une rémunération dans les situations prévues au point D de ce volet 4, à savoir :</p> <p>A. Soins ou arrêt de travail supérieur à 6 mois n'ouvrant pas droit à l'exonération du ticket modérateur (1,5 C).</p> <p>B. Soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur pour les enfants de moins de 16 ans (2,5 C).</p> <p>C. Soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur au titre de l'article L322-3-12 du code de la Sécurité Sociale actuellement utilisé (1,5 C) [soins pour stérilité].</p>



Où se renseigner ?

Des contacts téléphoniques privilégiés pour les professionnels de santé.



	Service administratif	Service médical	Service social
CPAM de Haguenau	03 88 00 38 30	/	03 88 63 45 64
CPAM de Strasbourg	0811.709.067 (coût d'un appel local)	Lien	03 88 76 86 10
CPAM de Sélestat	03 88 58 81 20 ou 03 88 58 81 24	Lien	03 90 57 29 47
CPAM de Colmar	03 89 21 77 19 ou 03 89 21 77 20	Lien	03 89 21 78 57
CPAM de Mulhouse	03 89 66 86 36	Lien	03 89 33 38 12

Le portail de l'Assurance Maladie (www.ameli.fr) répond également à vos questions. Vous pouvez le consulter grâce à un code sécurisé qui vous est propre.

Pour obtenir ce code, connectez-vous sur l'Espace professionnel de Santé du site www.ameli.fr, rubrique « votre compte Ameli » ou suivez le lien :

<https://login.ameli.fr/psconnexion/per tepwd.jsp>

Vous pouvez également appeler le 0820.77.30.30 (0.12€/mn)

Vous pourrez ainsi consulter la liste complète des patients pour lesquels vous êtes enregistré(e) en tant que médecin traitant auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

De plus, de nouvelles applications avec des possibilités de contact par messagerie directe avec les Caisses vont se développer progressivement.

