



**DATE : Levallois, le 24 janvier 2006**

**REFERENCES : Circulaire n° 6/2006**

#### **DESTINATAIRES**

- Associations, congrégations et collectivités religieuses
- Les Maisons agréées par la Mutuelle Saint-Martin

#### **OBJET**

Réforme de l'assurance maladie : médecin traitant et parcours de soins coordonné - rappels et recommandations.

Autres dispositions applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006 (loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006).

NOUVEAU    COMPLETE    MODIFIE    ANNULE  
la circulaire n°7 et 2 CL/2005  
du 7 février 2005.

PIECES JOINTES : 2

# R E S U M E

## **A - Réforme de l'Assurance Maladie.**

### **I - Rappels sur le médecin traitant et le parcours de soins coordonné.**

→ Importance de choisir un médecin traitant, il coordonne le parcours de soins et oriente si nécessaire le patient vers d'autres médecins.

→ Importance du respect du parcours de soins, à défaut le patient se voit appliquer d'une part des dépassements d'honoraires par les médecins, d'autre part une réduction du taux de remboursement de ses dépenses.

### **II - Recommandations.**

→ Choisir son médecin traitant (10% des assurés de la CAVIMAC ne l'ont pas encore fait).

→ Respecter le parcours de soins.

→ Un patient sans médecin traitant sera toujours considéré comme étant hors parcours de soins.

→ Veiller aux informations portées par les médecins sur leurs feuilles de soins car elles conditionnent ensuite le taux de remboursement des prestations dues par la caisse.

## **B - Autres dispositions applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2006.**

1. - Participation forfaitaire d'un EURO : lancement des opérations de récupération de cette participation pour les actes 2005 ayant fait l'objet de tiers-payant. Cette récupération se fait en priorité par retenues sur les prestations actuellement versées jusqu'à disparition de la dette.
2. - En cas de non respect du parcours de soins : minoration de 10% du taux de prise en charge des honoraires des médecins (60% au lieu de 70%, si exonération du ticket modérateur 90% au lieu de 100%).
3. - Création d'une participation forfaitaire de 18 € laissée à la charge des assurés sur tous les actes médicaux de 91 € et plus en hospitalisation (en attente du décret d'application).
4. - Création d'un taux de prise en charge de 15% pour certaines spécialités pharmaceutiques, elles sont reconnaissables à leur vignette orange.

**A - Réforme de l'Assurance Maladie :**  
*Médecin traitant et parcours de soins coordonné -  
Rappels et recommandations.*

**I. RAPPEL**

**1. - le médecin traitant**

Chaque bénéficiaire âgé de plus de 16 ans doit choisir un médecin traitant et en communiquer les coordonnées à la CAVIMAC par l'envoi d'une déclaration de choix du médecin traitant.

Cette information est enregistrée dans le fichier des assurés et sert de base aux divers contrôles mis en œuvre au regard du respect du parcours de soins coordonné.

Aujourd'hui 90% des ressortissants de la CAVIMAC ont renvoyé cette déclaration, mais 10% ne l'ont pas encore fait et seront donc confrontés aux pénalisations prévues dans cette situation.

**2. - le parcours de soins coordonné :**

Ce parcours de soins est coordonné autour du médecin traitant choisi et autour des médecins « correspondants » (*généralistes ou spécialistes*) vers lesquels il peut être amené à orienter ses patients.

Les personnes qui n'ont pas choisi de médecin traitant ou qui, bien qu'ayant fait ce choix, décident de consulter directement d'autres médecins sont considérées comme étant en dehors d'un parcours de soins et seront de ce fait confrontées à des dépassements d'honoraires et à des remboursements minorés de la part de l'assurance maladie.

Quelques exceptions sont toutefois prévues :

Ainsi ne sont pas considérés comme étant hors parcours de soins coordonné les soins dispensés aux patients, qui ont choisi un médecin traitant, dans les situations suivantes :

- *cas d'urgence ;*
- *éloignement du domicile habituel ;*

*- consultations de spécialistes en accès direct spécifique possible : les ophtalmologues et gynécologues (mais pour certains soins limités seulement), les psychiatres pour les patients de moins de 26 ans.*

Mais en l'absence de choix d'un médecin traitant, le patient sera toujours considéré comme « hors parcours de soins » quelle que soit la situation.

## **II. RECOMMANDATIONS**

### **1. - En ce qui concerne le médecin traitant.**

Les assurés et leurs ayants-droit de plus de 16 ans qui n'ont pas encore communiqué à la CAVIMAC les coordonnées de leur médecin traitant doivent être invités à le faire. Les formulaires de déclarations à remplir avec le médecin qui sera choisi peuvent être obtenus auprès de la CAVIMAC, de n'importe quelle caisse primaire d'assurance maladie, sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) du régime général.

A défaut :

- *le taux de remboursement sera minoré ;*
- *les médecins consultés pourront demander des dépassements d'honoraires.*

### **2. - En ce qui concerne le parcours de soins coordonné.**

Pour les assurés qui ont fait connaître les coordonnées de leur médecin traitant, le contrôle du respect du parcours de soins est effectué par la CAVIMAC sur la base des informations portées sur les feuilles de soins par les médecins généralistes et les spécialistes consultés. Ces contrôles sont intégrés dans les programmes informatiques de liquidation des prestations développés par la CNAMTS et utilisés par la CAVIMAC.

Il est donc recommandé aux assurés d'attirer l'attention des médecins sur l'importance des informations qu'ils portent sur leurs feuilles de soins papier et surtout électroniques (SESAM-VITALE), dans ce dernier cas l'assuré n'ayant pas de document papier pouvant être vérifié.

Une feuille de soins sur laquelle un médecin spécialiste par exemple omet de mentionner qu'il intervient dans le parcours de soins (*patient adressé par son médecin traitant*) entraînera lors du remboursement par la CAVIMAC, l'application d'un ticket modérateur majoré (*la consultation sera remboursée à 60% au lieu de 70%*).

Les médecins ont reçu de la part du régime général toutes les informations devant leur permettre de remplir correctement leurs feuilles de soins, toutefois la mise en œuvre de ce dispositif a rendu le remplissage plus compliqué, un temps d'adaptation sera certainement nécessaire d'où une attention plus particulière recommandée pendant quelques temps.

A défaut, la CAVIMAC n'est pas en mesure de corriger les éventuelles erreurs ou omissions des médecins, car ne sachant pas a priori dans quel contexte les soins ont été dispensés (*dans un parcours de soins ou hors parcours*) et le calcul des prestations à verser ne peut se faire que sur la base des seules informations fournies.

Vous trouverez à toutes fins utiles en pièces jointes à cette circulaire la photocopie d'une feuille de soins ainsi qu'un agrandissement de la zone « à surveiller » réservée aux informations liées au parcours de soins.

## **B - Autres dispositions applicables le 1<sup>er</sup> janvier 2006**

### **I. - POURSUITE DE LA MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIONS PREVUES PAR LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE (LOI DU 13 AOUT 2004).**

#### **1. - Participation forfaitaire d'un EURO : actes en tiers-payant.**

Au cours de l'année 2005, les participations forfaitaires d'un EURO concernant des actes pris en charge par la CAVIMAC dans le cadre du tiers-payant n'ont fait l'objet que d'une comptabilisation mais pas d'une récupération dans l'attente d'un aménagement des programmes informatiques dans ce sens.

S'agissant de sommes qui doivent restées à la charge des assurés, l'assurance maladie vient de mettre en place le dispositif permettant de gérer la récupération de ces participations.

Ainsi, cette opération de récupération a pu commencer. Elle se fait en priorité par retenue sur les prestations qui sont actuellement dues aux assurés concernés.

Ces retenues font l'objet d'une information portée sur les décomptes de prestations adressés aux assurés.

**2. - Majoration de la participation de l'assuré pour les soins hors parcours.**

Pour les actes dispensés par les médecins en dehors d'un parcours de soins (cf.S AI2) le taux de prise en charge est minoré de 10% et donc le ticket modérateur laissé à la charge de l'assuré est augmenté d'autant.

Cette augmentation est toutefois plafonnée à 2,5 €, mais elle s'applique à chaque composante d'un acte (acte proprement dit, majorations, compléments, frais de déplacement et indemnités kilométriques).

Dans ce cadre, les actes habituellement remboursés à 70% ne le seront plus qu'à 60%. En cas d'exonération du ticket modérateur le taux de prise en charge sera ramené à 90%.

**II. - DISPOSITIONS PREVUES PAR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2006 (LOI DU 19 DECEMBRE 2005).**

**1. - Création d'une participation forfaitaire de 18 €.**

Cette participation, laissée à la charge des assurés, concernerait les actes médicaux dispensés en hospitalisation dont le tarif de Sécurité sociale est supérieur à 91 €.

La CAVIMAC n'a toutefois à ce jour aucune information précise sur les modalités pratiques d'application de cette disposition (en attente de la parution du décret d'application).

**2. - Création d'un taux de prise en charge de 15% pour certaines spécialités pharmaceutiques.**

Les spécialités concernées (veinotoniques) seront reconnaissables à leur vignette qui sera de couleur orange.

.  
. .

Pour toute demande de précisions complémentaires sur ces sujets, il est possible de prendre contact avec le service des prestations maladie qui y répondra dans la limite des informations disponibles.

**Le Directeur**

**F. BUFFIN.**