

**Impact de la réforme de l'Assurance Maladie :
une solution transitoire via des fiches réglementaires**

Les fiches réglementaires prennent en compte :

A. la mise en place du parcours coordonné de soins (consultations et actes dans le parcours coordonné de soins ou hors du parcours coordonné de soins donnant lieu à des taux de prise en charge différents)

- Création de 7 codes actes de prix unitaire nul (codes actes « indicateurs), en complément au code acte de l'acte pratiqué :
 - Indicateurs décrivant le respect du parcours coordonné de soins :
 - MTN : Nouveau médecin traitant,
 - MTO : Patient orienté par médecin traitant
 - MTD : Accès direct spécifique
 - MTU : Urgence
 - MTH : Hors résidence habituelle
 - MTR : Médecin traitant remplacé
 - Indicateur hors parcours coordonné de soins induisant un taux de remboursement moindre :
 - HCS : Accès libre hors coordination des soins
 - Pas d'indicateur pour les actes réalisés par le médecin traitant.

- Création de nouveaux codes actes, par dédoublement des codes NGAP existants, ce qui permet d'affecter à ces actes hors parcours coordonné de soins un taux de remboursement minoré :
 - LC : Consultation hors parcours
 - LCM : Soins conservateurs par médecins hors parcours
 - LCS : Consultation spécialiste hors parcours
 - LDD : Majoration de déplacement critères médicaux ou environnementaux de dimanche ou jours fériés hors parcours
 - LDE : Majoration de déplacement critères environnementaux hors parcours
 - LDI : Majoration de déplacement critères médicaux ou environnementaux en milieu de nuit 24h à 6h hors parcours
 - LDN : Majoration de déplacement critères médicaux ou environnementaux de nuit de 20h à 24h et de 6h à 8h hors parcours
 - LES : Suite examen de santé hors parcours
 - LFH : Forfait surveillance médicale thermique hors parcours
 - LHR : Demi forfait surveillance médicale hors parcours
 - LID : Indemnité de déplacement hors parcours
 - LK : Acte de spécialité hors parcours
 - LKC : Acte de chirurgie ou de chirurgie dentaire pour stomato hors parcours
 - LMD : Majoration de déplacement critères médicaux hors parcours
 - LMM : Majoration de milieu de nuit hors parcours
 - LMO : Acte de phoniatry par médecin hors parcours
 - LNP : Consultation neuropsychiatre hors parcours
 - LP : Acte anatomo-cytopathologie hors parcours
 - LPC : Majoration provisoire clinicien hors parcours
 - LRO : Prothèse dentaire par stomatologue hors parcours
 - LRT : Orthopédie dento faciale par stomatologue hors parcours
 - LSC : Consultation spécifique au cabinet par médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire cardiologie et affection vasculaire hors parcours
 - LST : Complément surveillance thermique hors parcours
 - LTH : Pratique médicale complémentaire en cure thermique hors parcours

LV : Visite hors parcours
LVA : Visite d'urgence hors parcours
LVP : Visite neuro-psychiatre hors parcours
LVS : Visite spécialiste hors parcours
LZ : Acte de radiologie hors parcours

B. l'extension de la majoration de coordination à toutes les spécialités médicales : MCS et MCC qui s'applique aux consultations cardiologue (CSC),

C. l'application de la majoration de coordination des généralistes (MCG),

D. l'extension de la majoration provisoire clinicien (MPC) à toutes spécialités (médecins spécialistes) et revalorisation de la majoration provisoire pour les moins de 16 ans (MPJ).

Ces fiches réglementaires permettent d'appliquer, **dans la majorité des cas**, les mesures de juillet 2005 concernant le parcours coordonné de soins.

Elles constituent une **solution transitoire** en attendant une prise en compte plus satisfaisante via une évolution du cahier des charges Sesam-Vitale.

Le parcours coordonné de soins ne s'applique qu'aux bénéficiaires de 16 ans et plus.

Conséquences de la solution transitoire pour l'application de la réforme par les médecins :

Pour la facturation d'actes hors parcours coordonné de soins :

- Patient bénéficiaire en **ALD** : le taux de remboursement est toujours de 100% que le parcours coordonné de soins soit respecté ou non
=> **la création de FSE est possible.**
- Patient bénéficiaire d'une exonération **maternité** ou en **accident du travail** : le taux de remboursement est toujours de 100% que le parcours coordonné de soins soit respecté ou non
=> **la création de FSE est possible.**
- Patient bénéficiaire de la **CMU-C** : la taux de remboursement de la part obligatoire est minoré pour les soins hors parcours coordonné de soins mais la prise en charge pour la complémentaire est de 100%.
=> il faut utiliser les **codes spécifiques « doublonnés »** qui permet d'appliquer la minoration du taux de remboursement et la transmission des FSE.
- Patient bénéficiaire d'une **autre exonération (régime local d'Alsace Moselle, régime local frontalier, FNS, pensionné militaire, régime particulier...)** : le taux de remboursement de la part obligatoire est minoré pour les soins hors parcours coordonné de soins. En tiers payant, le calcul de base de remboursement sera erroné, et provoquera un rejet de la FSE.
=> **il faut obligatoirement créer la FSE en hors tiers payant ou établir une feuille de soins papier.**
- Pour tous **les autres patients**, n'ayant pas reçu d'information précise, nous vous conseillons d'établir une **feuille de soins papier**.