

ENTENTE

préalable

Numéro 50
Juillet 2004

Sommaire

- Permanence des soins
- A propos de la Consultation Annuelle Approfondie
- Dépistage du cancer du col de l'utérus : un test complémentaire
- Les Dermatologues de Franche-Comté sont toujours en guerre contre le soleil
- Apports fluorés : quelles doses ?
- Le Point Vitale
- Carte Européenne d'Assurance Maladie
- Guide pratique
- Protection sociale des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés
- Réunion Médecins Spécialistes du 24/06/2004

Caisse Primaire d'Assurance Maladie
3, Avenue Léon Blum
25215 MONTBELIARD CEDEX
Directeur de la Publication :
Gérard COLÉ
Chargée de Communication :
Jacqueline CHENUT
Tél. 03 81 99 12 22
communication@cpam-montbeliard.cnamts.fr
Impression : CPAM - Montbéliard
ISSN n° 1258-4789

Permanence des soins

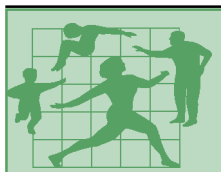
La maison médicale de garde, pour le secteur de Montbéliard, ouvrira ses portes le 1er septembre prochain



au 6 avenue du Maréchal de Lattre De Tassigny à côté du Commissariat et proche de l'hôpital.

Cette structure gérée par l'Association des Urgences Médicales du Pays de Montbéliard (AUMPM)

a bénéficié d'un financement de l'Assurance Maladie par le biais du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).



L'Assurance Maladie
sécurité sociale

Journal créé à l'initiative conjointe de la CPAM
de Montbéliard, du Service Médical
et des Professionnels de Santé

Un lieu unique de consultation

La création d'un lieu unique de consultation en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux libéraux devrait mettre fin aux problèmes posés par la garde, telle qu'elle était organisée jusqu'à présent et pallier le manque de volontaires.

Sa localisation près du Commissariat permettra de mieux maîtriser les risques d'insécurité.

Les visites au domicile des patients seront limitées au strict minimum et les demandes non médicalement justifiées pourront faire l'objet d'un dépassement d'honoraires.

Le cabinet médical est équipé de tout le matériel nécessaire à des soins de qualité.

Concrètement

Le patient composera le :

03 81 97 15 15

l'appel sera réceptionné par un médecin régulateur qui,

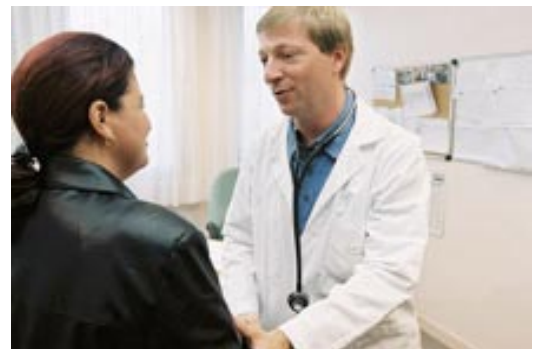
en fonction de la gravité du cas, l'orientera vers une prise en charge par le SMUR (urgence grave), l'invitera à venir consulter à la maison médicale ou à différer la consultation au lendemain.

La permanence sera assurée :

- la nuit de 20h à 24h
- le samedi après midi de 15h à 24h
- le dimanche de 9h à 13h et de 15h à 24h

A propos de la Consultation Annuelle Approfondie (C.A.L.D.)

La Consultation Annuelle Approfondie réalisée au cabinet du médecin a pour objectif de dresser un bilan complet de l'état de santé du patient. Elle s'applique exclusivement aux malades reconnus atteints d'au moins une affection de longue durée exonérée du ticket modérateur.



Le contenu de la CALD

Cette consultation approfondie fait le point sur l'ensemble des problèmes du patient, la coordination de ses soins, les interventions éventuelles des autres professionnels de santé et contribue à son éducation sanitaire et thérapeutique no-

tamment par la dispensation de conseils d'hygiène de vie. Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient et dont un double lui est remis.

Prise en charge

La valeur de la CALD est fixée à 26 •

Une seule consultation par an et par patient fait l'objet d'une prise en charge.

La cotation CALD ne s'applique pas aux examens concernant des malades hospitalisés.

Code acte :

En télétransmission, le code acte à utiliser est : CA■

Dépistage du cancer du col de l'utérus : un test complémentaire remboursé par l'Assurance Maladie

Afin d'améliorer la qualité du dépistage du cancer du col de l'utérus, l'Assurance Maladie rembourse¹ le test permettant de détecter (par analyse de son ADN) le papillomavirus humain, susceptible d'entraîner l'apparition d'un cancer du col de l'utérus.

Le cancer du col de l'utérus est actuellement dépisté par un frottis cervico-vaginal. C'est un examen fiable, toutefois ses résultats peuvent varier selon ses conditions de réalisation.

Désormais, si les résultats du frottis s'avèrent ambigus - c'est à dire si l'absence de lésions n'est pas clairement établie - le médecin traitant peut prescrire un dépistage complémentaire, celui du papillomavirus humain oncogène (ou test HPV) dont la fiabilité est de 95%.

Un résultat négatif indique l'absence de risque de développement de cancer du col de l'utérus. En revanche, lorsque la présence de papillomavirus cancérogènes est décelée, les femmes concernées font l'objet d'une surveillance attentive et, si besoin, reçoivent immédiatement les traitements nécessaires.

Le tarif de base du test HPV est fixé à 48,60 €. La prise en charge est de 60%, soit un remboursement de 29,16 €.

Test HPV, frottis cervico-vaginal : deux examens complémentaires

Les deux examens n'ont pas le même objet, mais ils ont la même finalité. Le frottis dépiste les lésions dues au papillomavirus chez la femme. Le test HPV dépiste les papillomavirus oncogènes, il permet d'orienter la démarche thérapeutique en cas de détection de lésions lors du frottis initial et donne la possibilité d'un traitement plus précoce.

5,4 millions de femmes sont dépistées chaque année par un frottis cervico-vaginal, le test HPV devrait concerner environ 200 000 femmes chaque année.

En 2000, 3 387 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus avaient été recensés et environ 1000 femmes étaient décédées des suites de cette maladie.

Une très large majorité des femmes est infectée par le papillomavirus au cours des dix premières années de sa vie sexuelle.



Normalement le système immunitaire de la femme élimine le virus en 8 à 16 mois, ce qui évite l'apparition de lésions. Dans de rares cas, le virus s'intègre à l'ADN et peut entraîner quelques années plus tard un cancer du col de l'utérus.

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation Scientifique) recommande en l'absence d'un contexte médical particulier de la patiente (conduite à risques, antécédent familial...), la réalisation d'un frottis cervico-vaginal tous les trois ans.

En savoir plus sur les différentes possibilités de frottis (cervico-vaginal, en milieu liquide) sur le site de l'ANAES www.anaes.fr

Source : Recommandations pour la pratique clinique ANAES.

Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal -

Actualisation 2002. ■

¹ Arrêté du 30 décembre 2003, paru au JO du 14 janvier 2004, applicable le 14 février 2004

Les Dermatologues de Franche-Comté sont toujours en guerre contre le soleil

par le Dr Hervé VAN LANDUYT et ASFODER (Association des Dermatologues de Franche-Comté)

Nous connaissons tous les effets délétères du soleil de plus en plus graves chez des patients de plus en plus jeunes. Après à peine 50 ans de comportement solaire à risque, les cancers de la peau sont, depuis 2000, les plus fréquents de tous les cancers. Le mélanome, le plus grave, qui double sa fréquence tous les dix ans, pourrait être la première cause de mort par cancer pour les moins de 45 ans dans les années 2030-2035.

La médecine va permettre aux jeunes générations de devenir centenaires, mais nombreux sont ceux qui, à cinquante ans, vont être frappés par des problèmes cutanés plus ou moins graves allant de l'héliodermie (vieillessement) aux cancers délabrants invasifs mortels en quelques semaines ou mois.

Depuis 15 à 20 ans, nous donnons tous les conseils de protection solaire. Cependant, il semble que ce message ne modifie pas le comportement de nos patients. Nous ne sommes pas assez nombreux pour transmettre ces conseils solaires et modifier ce comportement social à risque. Les médecins généralistes manquent d'information et il

n'y a pas de relais au sein des autres professions médicales.

La campagne régionale d'information lancée depuis 2002 se poursuit par des informations ponctuelles médicales, scolaires (diffusion d'un CD rom éducatif destiné aux 8 -12 ans dans l'ensemble des écoles de France) et médiatiques.

En 2004, nous devrions interpeller les grands laboratoires pharmaceutiques de dermo- cosmétiques, qui ne peuvent et ne doivent plus mentir sur les protections solaires.

C'est sous la pression et la crainte que ces laboratoires ont fait disparaître le mot «écran total», mais la désinformation continue avec des termes comme écran extrême, écran max.. Il faut exiger une même rigueur, une même transparence et les mêmes contrôles que pour un médicament. Les indices de protection trop faibles, inférieurs à 15, voire 20, devraient disparaître des pharmacies, mais aussi des grandes surfaces.

Il faut également s'attaquer aux centres de bronzage qui sont de véritables machines à rides et à cancers, exiger une information claire et sérieuse des patients, responsabiliser les centres et les patients qui consomment des UV souvent présentés comme bénéfiques avant d'aller bronzer au soleil.

Le milieu de la mode et de la publicité devrait également participer à cet effort d'information pour stopper le mythe : bronzage = beauté, santé.

Il est bien sûr trop tôt pour conclure et penser qu'en trois ans nous avons gagné la guerre et sauvé les Franc-Comtois des dangers du soleil.

La morbidité et la mortalité secondaires aux cancers cutanés sont méconnues.

Les méthodes de prévention antérieures n'étaient pas assez directives et trop restreintes aux seuls dermatologues. Il faut transmettre nos connaissances aux autres spécialités médicales et paramédicales et intensifier la



prévention chez les plus jeunes. Ce travail unique par sa taille et sa durée doit s'étendre aux autres régions de la France et certainement aux autres pays d'Europe. Les médecins ne pourront pas gagner seuls cette bataille.

Les ministères de la santé, de l'éducation, de la jeunesse et des sports, les laboratoires de dermo-cosmétique, le milieu de la mode et l'ensemble des médias doivent nous aider à informer et protéger les générations futures.

L'Australie a débuté ce travail dans les années 1980 et on commence seulement 25 ans plus tard à ressentir les premiers résultats avec une stabilisation du nombre des cancers.

Le coût humain et social est trop important pour continuer dans cette voie. La prévention primaire sera la seule voie bénéfique à long terme. Les pouvoirs politiques sont-ils prêts à mener cette politique à long terme ? ■

Dans le département du Doubs, en 1995, l'incidence brute du mélanome était de 9.8 nouveaux cas / 100 000 hommes par an et de 13 nouveaux cas / 100 000 femmes / an.

Entre 1978 et 1998, l'incidence brute a augmenté significativement pour les femmes (+ 177%) et les hommes (+ 225%)

Les crèmes solaires

Il n'y a pas d'écran solaire total. Il faut au minimum une crème d'indice 25-30 à renouveler toutes les 2 heures et, en montagne, indice 60 à renouveler toutes les heures.

Apports fluorés : quelles doses ?

par le Dr GUILLEMOT, médecin généraliste

La fluorose est due à un surdosage en fluor pendant plusieurs mois ou années (supérieur à 1,5 mg/jour chez l'enfant et supérieur à 0,1 mg/kg chez le nourrisson) survenant lors de la période de minéralisation des dents, qui débute dès le troisième mois de vie in utero et se termine vers 12 ans environ. L'accumulation et la méconnaissance des sources d'apport de fluor sont à l'origine de la plupart des cas de fluorose dentaire.

Dans les régions où l'eau de distribution contient moins de 0,3 mg/l de fluor (l'eau du robinet du District ne contient pas de fluor), la dose prophylactique optimale est de 0,05 mg de fluor/kg/jour sans dépasser 1 mg/j, tous apports confondus :

- ✓ chez le nourrisson de 0 à 6 mois, le taux est largement suffisant avec l'eau d'Evian (taux > 0,12 mg/litre),
- ✓ jusqu'à 2 ans, la dose recommandée ne doit pas dépasser 0,25 mg/ jour,
- ✓ de 2 à 3 ans : 0,5 mg/jour,
- ✓ de 4 à 12 ans : 1 mg/jour,

- ✓ après 12 ans : la minéralisation des dents étant terminée, seule l'utilisation de dentifrices fluorés est recommandée,
- ✓ chez la femme enceinte, la supplémentation en fluor pendant la grossesse n'apporte aucun bénéfice chez l'enfant pour sa dentition provisoire et définitive.

Afin d'éviter les cumuls, les praticiens doivent établir un bilan personnalisé des apports journaliers en fluor avant toute prescription médicamenteuse de fluor :

- eau de boisson,
- ou alimentation (sel de table, thé),

- ou apport médicamenteux par zymafluor (gouttes ou comprimés),
- ou dentifrice,

mais il ne faut pas cumuler tous ces apports, car il y a 3 % de fluorose chez les enfants de 10 à 12 ans.

Le risque de fluorose dentaire est faible et peut être facilement prévenu par un meilleur contrôle des apports en fluor. ■

En savoir plus :
Les recommandations de bon usage de la prescription fluorée :
www.afssaps.sante.fr



Le point VITALE



Au **31 mai 2004**, le délai moyen de remboursement des FSE aux professionnels de santé est de 5.2 jours

(dont 3 jours de délai de traitement par la Caisse Primaire et 2.2 jours de délai de rétention par les professionnels de santé).

Au **24 juin 2004**,

461 professionnels de santé utilisent la carte Vitale.

- **PHARMACIENS**
66/68 (97,05 %)
- **MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**
55/56 (98,22 %)
- **ORTHOPHONISTES**
13/15 (86,66 %)
- **MEDECINS**
229/273 (84,38 %)
155/158 Généralistes (98,70 %)
74/115 Spécialistes (62,28%)
- **CHIRURGIENS-DENTISTES**
59/77 (76,63 %)
- **INFIRMIERES**
32/83 (38,55 %)
- **SAGES-FEMMES**
4/6 (66,67 %)
- **CENTRES DE SOINS INFIRMIERS**
3/9 (33,34 %)

Cartes VITALE : une liste d'opposition pour les pharmaciens

On peut égarer sa carte Vitale ou se la faire voler. Dans cette perspective, les représentants des pharmaciens et les Caisses d'Assurance Maladie ont prévu la diffusion mensuelle d'une «liste d'opposition» aux officines. Une carte Vitale est en opposition lorsqu'elle a été déclarée perdue ou volée par son bénéficiaire ou lorsque le régime d'Assurance Maladie l'a dénoncée (changement de caisse d'affiliation, défaut de mise à jour de droits particuliers...). Son utilisation est alors interdite.

La liste d'opposition contient les numéros de série des cartes Vitale en opposition tous régimes confondus. Elle est transmise chaque mois aux officines, son installation se fait automatiquement sur le poste de travail lors de la connexion. Cette liste électronique avertit de l'impossibilité d'utiliser une carte pour réaliser une FSE.

Le pharmacien doit indiquer au patient que sa carte n'est plus valable et qu'il doit la retourner à sa Caisse. Il peut toutefois lui accorder le tiers payant en utilisant la télétransmission en mode dégradé (sans carte vitale et non sécurisé).

Télé mise à jour de la carte Vitale dans les officines

L'avenant n° 1 à la convention nationale des pharmaciens prévoit la possibilité de proposer le

service de mise à jour de la carte Vitale.

Les pharmacies pourront prochainement s'équiper de bornes permettant aux assurés de consulter et de mettre à jour leur carte Vitale. Les modalités seront fixées par un nouvel avenant à paraître.

Actuellement, il n'existe que 6000 bornes en France ; elles sont essentiellement installées dans les Caisses qui enregistrent 1.5 millions de mises à jour par mois (tous régimes confondus). Les pharmacies disposent d'un maillage beaucoup plus serré sur le territoire, des horaires plus étendus et elle sont souvent un point de passage obligé dans le parcours du patient.

Concrètement : le pharmacien loue le matériel de télémission à jour de son choix parmi les produits homologués. Les Caisses accordent une participation financière annuelle couvrant le coût du service, la maintenance de l'équipement et les frais de communication (une seule participation par officine).

L'abonnement à une ligne téléphonique supplémentaire dédiée uniquement au service de télémission à jour et l'achat d'un support sur pied du matériel peuvent également faire l'objet d'une subvention de la CPAM. ■

Pour connaître
les matériels
homologués :
www.sesam-vitale.fr

La Carte Européenne d'Assurance Maladie (C.E.A.M.)



Le déploiement de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (carte plastique non électronique) a commencé le 1^{er} juin 2004. A compter de cette date, certains pays de l'Espace Economique Européen et la Suisse ne délivreront plus de formulaires E111 et remettront à leurs ressortissants une CEAM ou, à défaut, un certificat provisoire de remplacement. D'autres états continueront à émettre, à titre provisoire, des formulaires E111 nouveau modèle.

En cas de séjour temporaire en France

Sur présentation d'une CEAM en cours de validité (d'un certificat provisoire ou du nouveau E111) et après vérification (pièce d'identité) que le porteur du document en est bien le titulaire, ce dernier bénéficiera de la prise en charge de tous les soins médicalement nécessaires.

En pratique

■ **en cabinet libéral** : le médecin

fait une feuille de soins papier et invite le patient à s'adresser à la CPAM pour le remboursement,

■ **au Centre Hospitalier** : la facture est à adresser à la CPAM avant copie de la CEAM ou du certificat provisoire.

Important : la notion d'immédiate nécessité des soins disparaît ; par contre, la CEAM ne concerne pas les soins programmés, ceux-ci restent sou-

mis à la procédure habituelle liée à la présentation obligatoire du formulaire E112.

La CEAM est valable 1 an, elle est individuelle ; chaque membre de la famille, quel que soit son âge, doit posséder sa carte. Les formulaires E111 délivrés avant le 1^{er} juin 2004 restent valables jusqu'au 31/12/2004.

Si vous envisagez de vous déplacer en Europe, pensez à demander votre CEAM au minimum 15 jours avant le départ. ■

Guide pratique

Télétransmission et pièces justificatives

Lorsque vous télétransmettez des flux non sécurisés (vitale dégradé ou norme B2), vous devez simultanément adresser à la Caisse les justificatifs correspondants regroupés par lots :

- feuilles de soins papier,
- ordonnances médicales pour


les frais pharmaceutiques, les actes des auxiliaires médicaux (sauf si l'ordonnance a été jointe à la demande d'entente préalable) et les examens de laboratoire.

Ces documents sont indispensables à la validation de vos lots et toute absence ou envoi tardif génère des retards de paiement, voire l'invalidation automatique des lots. La mention «flux dégradé» ou «télétransmission» doit figurer clairement sur chaque enveloppe et sur chaque lot.

A défaut, les feuilles risquent d'être saisies individuellement, alors que les lots resteront en attente, puis seront invalidés.

Accidents du travail et Maladies Professionnelles : rappels

✓ **Certificat Médical Initial (CMI) Remplissage**

Le CMI (réf 6909a.) est une pièce médico-légale capitale. Son remplissage engage la responsabilité du prescripteur. 

Il doit être descriptif de toutes les lésions médicales ou dentaires en rapport avec l'accident et précis, les erreurs de plume (siège des lésions à droite au lieu de gauche par exemple) sont à rectifier et à contresigner. Il doit être complet (coordonnées de la victime, du médecin, de l'employeur, date de l'accident et de la rédaction du certificat) et comporter les conséquences de l'accident ou de la maladie professionnelle (arrêt de travail, soins).

✓ Envoi

Le CMI est un document indispensable à la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident. Les volets 1 et 2 sont à adresser par le praticien sous 24 heures à l'organisme dont dépend la victime (Articles L 441-6 et R 441-7 du code de la Sécurité Sociale). Le volet 3 et le certificat d'arrêt de travail sont à remettre à la victime.

Faute de CMI, l'accident ne peut être reconnu et enregistré dans les fichiers de la CPAM avec pour conséquences des rejets lorsque les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, auxiliaires médicaux...) transmettent leurs factures.

Le délai imparti à la Caisse pour l'instruction des dossier AT est très court.

C'est pour cette raison que les déléguées-conseils interviennent dans les cabinets médicaux pour des documents incomplets ou comportant des erreurs. Le nombre de ces interventions est en évolution constante.

Les mêmes consignes s'appliquent aux autres certificats médicaux délivrés en AT (prolongation, rechute ou final).

✓ Facturation des actes en AT

La victime doit vous présenter la feuille d'accident de travail délivrée par son employeur (formulaire violet référence - S 6201b) Ce document atteste que l'employeur a établi une déclaration d'accident (ou qu'elle est en cours) et vous garantit le remboursement des soins.

Chaque professionnel de santé consulté doit reporter les actes qu'il effectue sur cette feuille d'AT.

Pour facturer vos actes :

vous utilisez une FSE (sauf pour les comités de gestion du groupe Peugeot, le régime des fonctionnaires et les titulaires des collectivités territoriales) ou, à défaut, la feuille de soins traditionnelle référence - S 3110 g - et vous cochez la case «accident du travail».

En cas de rechute, c'est la date de l'AT initial (qui est indiquée sur la feuille AT) et non celle de la rechute qui doit figurer sur votre facturation.

✓ Suivi post professionnel amiante

Les personnes qui ont été au contact de l'amiante au cours de leur carrière professionnelle peuvent bénéficier d'examens gratuits tous les 2 ans dans le cadre du suivi post professionnel. Après avis du médecin conseil, la CPAM délivre une prise en charge qui permet le règlement

direct des actes au professionnel à 100 % selon la nomenclature et le tarif conventionnel en cours.

La facturation se fait sur un imprimé spécifique vert et blanc (référence 704 08 03 Cnamts).

Liste limitative des actes pris en charge

- ☐ une consultation chez un médecin généraliste (C) ou spécialiste (CS),
- ☐ une radiographie standard du thorax = Z 16 + 5,
- ☐ une Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR) = K 30,
- ☐ un scanner (tomodensitométrie du thorax) = Z 19 + CS + FTS (forfait technique négocié).

A noter : les frais de transport ne sont pas pris en charge dans le cadre du suivi post professionnel.



24 et 25 septembre 2004

Troubles anxieux
NOIDANS LE FERROUX (70)
Date limite d'inscription :
14/09/2004

15 et 16 octobre 2004

De la péri ménopause à la ménopause
BESANCON - Novotel
Date limite d'inscription :
05/10/2004

Rencontre avec les Médecins Spécialistes du 24/06/2004

Spéciale C.C.A.M.



La date prévue de mise en oeuvre de la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.) est le 1er octobre 2004. Les spécialistes sont les premiers concernés puisque la CCAM s'applique, dans un premier temps, aux actes techniques.

La CPAM et le Service Médical ont souhaité partager avec eux les informations dont ils disposent actuellement à ce sujet, avec pour objectif essentiel d'aborder l'aspect pratique de la CCAM (principes et exemples d'application).

- ▼ Les principes fondamentaux de la CCAM :
 - une liste unique de libellés d'actes médicaux codés, élaborée conjointement par l'Etat, l'Assurance Maladie et quarante sociétés savantes composées d'experts publics et privés, et hiérarchisée par rapport à un acte de référence pour chaque spécialité
- ✓ remplace les deux nomenclatures actuelles : NGAP en secteur libéral, CdAM (Catalogue des actes médicaux) en secteur hospitalier,
- ✓ concerne les actes techniques (KC, KCC, KE, Z, ZN) de tous les médecins généralistes et spécialistes, qu'ils exercent en cabinet ou en établissement, et quel que soit leur secteur d'activité (public ou privé),

La NGAP reste applicable jusqu'en 2005 pour les consultations et visites, les actes dentaires, les actes des pathologistes, des sages femmes, auxiliaires médicaux et pour les actes communs aux médecins et auxiliaires médicaux.
- ✓ classée par grand appareil en 18 chapitres : œil, oreille, système digestif,
- ✓ fondée sur le principe de l'acte global qui peut être un acte isolé réalisé de manière indépendante (ex. amygdalectomie par dissection ou adénoïdectomie) ou une procédure qui regroupe plusieurs actes isolés (ex. : amygdalectomie par dissection avec adénoïdectomie) et éventuellement :
 - un geste complémentaire aux deux premiers et qui ne peut être réalisé de manière indépendante (ex. épisiotomie),
- ✓ chaque libellé (il y en a 7200) comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans les règles de l'art,
- ✓ 1 acte = 1 libellé = 1 code
- ▼ La CCAM dans l'activité des médecins (hors hospitalisation)
 - Dans la majorité des cas, le praticien pourra décrire son acte avec un seul code :
 - radiologues** 200 codes CCAM utilisés : 40 codes permettent de décrire 90% de l'activité,
 - cardiologues** 50 codes CCAM : 6 codes permettent de décrire 90% de l'activité,
 - ORL** 130 codes CCAM : 13 codes permettent de décrire 90% de l'activité.
- ▼ La tarification des actes
 - ✓ 1 acte = 1 libellé = 1 code = 1 tarif
 - Le prix de chaque acte est fixé en fonction de 2 critères :



✓ Le prix du travail médical, les ressources physiques et intellectuelles mises en œuvre (difficulté de l'acte, stress, technicité, temps),

✓ Le coût de la pratique, c'est à dire les charges professionnelles qui incombent au praticien (charges fixes, locaux, personnel, matériel...). Ce coût est évalué en euros à partir des données globales fournies à la Direction Générale des Impôts. La procédure d'évaluation est identique pour toutes les spécialités, mais elle tient compte des spécificités de chaque discipline.

A l'heure actuelle, les négociations se poursuivent au plan national pour fixer les tarifs des actes.

En pratique :

N'attendez pas le dernier moment pour contacter votre société informatique :

La version 1.40 de Sésam Vitale doit être installée pour réaliser des feuilles de soins codées en CCAM. Il est nécessaire de mettre à jour en même temps le logiciel du poste de travail (CD ROM) et celui du lecteur de cartes.

Les cahiers des charges de ces mises à jour sont publics, ils ont été diffusés à toutes les sociétés informatiques.

Important : vérifiez votre contrat de maintenance, les mises à jour peuvent être couvertes par ce contrat.

La CCAM en questions

La date de mise en place de la CCAM au 1^{er} octobre est-elle définitive ?

La Caisse n'a pas connaissance d'un report de date. La CCAM sera applicable à la date retenue par le texte à paraître au Journal Officiel ou le lendemain de la publication du JO électronique, si le texte ne précise pas de date d'application.

La mise en place de la CCAM est-elle destinée à réaliser des économies ?

Non, car les actes ont été évalués au plus juste. La NGAP était imparfaite dans la mesure où certains actes étaient surcotés par rapport à d'autres notoirement souscotés .

Comment pourra-t-on coder les gestes innovants ?

Il faudra saisir l'ANAES et les experts de la spécialité pour demander l'inscription de ces gestes à la CCAM.

Sera-t-il possible de coder une consultation + un autre acte ?

La C est un acte clinique non concerné dans un premier temps par la CCAM. Les règles de cumul devraient être précisées ultérieurement.

Que se passe-t-il pour les médecins qui ne sont pas informatisés ?

Ils rencontreront vraisemblablement des difficultés, car la diffusion d'un support papier aux professionnels de santé n'est pas prévue. De plus, les systèmes permettront une gestion automatisée du codage.

Remarque : les médecins non informatisés ne répondent pas à leurs obligations réglementaires.

Comment se fera la saisie des actes effectués en clinique?

Actuellement ce sont souvent les secrétaires qui remplissent les feuilles pour la partie cotation ?

Les établissements devront s'équiper pour recueillir les codages effectués par les praticiens.

La notion d'âge est elle prise en compte pour les actes de pédiatrie ?

Soit le libellé de l'acte est suffisamment précis et inclut la notion d'âge, soit il sera fait appel à un «modificateur» (exemple de modificateurs possibles: acte bilatéral, âge, urgence....)

En savoir plus :

www.ameli.fr rubrique professionnels de santé / nomenclatures (la base de référence)
www.cnda-vitale.org ou www.sesam-vitale.fr pour suivre l'agrément 1.40 de votre logiciel
www.atih.sante.fr Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.

Evaluation de la réunion

Sur 23 participants, 17 questionnaires ont été remplis :

82% estiment que les informations ont répondu à leurs préoccupations, 82% estiment qu'elles étaient claires, 64% suffisantes et 88 % sont satisfaits de l'organisation de la réunion.

Une nouvelle rencontre sera vraisemblablement organisée en septembre.

La Protection sociale des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC)

BENEFICIAIRES

Vous et vos ayants droit éventuels, relevez du régime d'assurance maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (ou régime des PAMC), si vous êtes :

- ❶ médecin (1), chirurgien-dentiste, sage-femme, auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue),
- ❷ conventionné (e)
- ❸ en exercice depuis au moins un mois.

(1) sauf médecins en secteur 2 ayant opté pour le régime des professions indépendantes, médecins salariés et hospitaliers.

AFFILIATION À UNE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

Vous êtes affilié (e) à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de votre lieu d'exercice professionnel.

PROTECTION SOCIALE

Le régime des PAMC vous permet de bénéficier :

- des **prestations en nature** (remboursement des soins) des assurances maladie et maternité
- de **prestations en espèces** versées en cas de maternité, d'adoption, de paternité, si vous êtes affilié(e) à titre personnel au régime des PAMC ou si vous êtes conjoint collaborateur ayant droit (allocation forfaitaire de repos maternel, indemnités journalières forfaitaires ou indemnités de remplacement)
- des **prestations de l'assurance décès**.

A noter : le régime des PAMC n'ouvre pas droit à des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, ni aux prestations des assurances invalidité et accident du travail.

Pour souscrire une assurance volontaire «accident du travail/ maladie professionnelle», vous pouvez vous adresser au service relations avec les professionnels de santé de la CPAM.

MAINTIEN DES DROITS

En cas de cessation d'activité pour convenance personnelle ou pour raison de santé, sous réserve de l'acquittement de vos cotisations, vous bénéficiez (assurés et ayants-droit) d'un maintien de droits :

- de quatre ans pour les **prestations en nature** (remboursement des soins) des assurances maladie et maternité,
- d'un an pour les **prestations en espèces** versées en cas de maternité, d'adoption ou de paternité.

Remarque : à l'issue de ce maintien de droits, en l'absence d'une protection sociale à quelque titre que ce soit, vous pourrez bénéficier de la CMU de base.

Vos cotisations maladie, allocations familiales et retraite sont prises en charge , partiellement, par l'assurance maladie. Elles sont réglées à l'URSSAF pour les 2 premières et aux sections professionnelles de la CNAVPL pour la retraite obligatoire, l'invalidité ou le décès. **En cas d'activité mixte salariat + libéral, l'assiette des cotisations est constituée des seuls revenus libéraux.**

	Médecin conventionné			Chirurgien dentiste	Auxiliaire médical	Sage-femme
	Secteur 1		Secteur 2 (1)			
	généraliste	spécialiste				
Assurance maladie	9,81 %	9,81 %	9,81 % (1)	9,81 %		
à votre charge	0,11 %	0,61 %	9,81 %	0,11 %		
prise en charge Assurance Maladie	9,70 %	9,20 %	-	9,70 %		
Allocations familiales	5,40 %	5,40 %	5,40 %	5,40 %		
à votre charge	0,40% dans la limite de 29 712 2,50% au delà	0,60% dans la limite de 29 712 2,60% au delà	5,40 %	5,40 %		
prise en charge Assurance Maladie	5 % dans la limite de 29 712 2,90% au delà	4,80% dans la limite de 29 712 2,80% au delà	-	-		
Retraite de base Deux cotisations proportionnelles						
1°) 8.6% sur la tranche de revenus comprise entre 0 et 25 255 (pour la CARMIF: 8.3% et pour la CARPIMKO: 7.76%)						
2°) 1.6% sur la tranche de revenus comprise entre 25 256 et 148 560						
Retraite complémentaire						
Retraite complémentaire	9 % des revenus non salariés nets de l'année 2002 plafonnés à 102 700			Cotisation forfaitaire 1 854	Cotisation forfaitaire 744	Pas de régime complémentaire
				Cotisation proportionnelle (2)	Cotisation proportionnelle (3)	
Avantages sociaux vieillesse (ASV)						
à votre charge	1 200	1 321 (4)	3 600	1 000	77	229
prise en charge Assurance Maladie	2 400	2 279	-	2 000	154	458
Invalidité décès	469			1 142	604	Classe A : 90
Allocation de remplacement de revenu (ADR)	0,525 % du plafond annuel de la Sécurité sociale soit 78			Pas de régime ADR		
CSG - CRDS	8 %					
CUM (5)	0,5 % du revenu professionnel dans la limite de 12 plafonds mensuels			-		
CFP (6)	45					

(1) en cas d'adoption du régime des professions indépendantes : 0,6% des revenus dans la limite de 29 712 + 5,9% des revenus dans la limite de 148 560 .

(2) 9.5% des revenus non salariés nets de l'année 2002 compris entre 29 712 et 148 560 .

(3) 3% des revenus non salariés nets de l'année 2002 compris entre 25 246 et 93 446 .

(4) En l'absence de convention, cette cotisation est susceptible d'être modifiée

(5) Contribution destinée aux unions régionales de médecins

(6) Contribution à la formation professionnelle des travailleurs indépendants

Source : Guide ACOSS - PAMC : La protection sociale du créateur d'entreprise (mars 2004) disponible sur www.urssaf.fr