

## **Solution transitoire : parcours de soins coordonnés et majoration du ticket modérateur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006**

La réforme de l'assurance maladie, la convention médicale de janvier 2005 et les projets de décrets d'application connus au 1<sup>er</sup> semestre 2005 ont conduit à publier 5 fiches réglementaires en juin 2005 :

- N°22 : Codes actes à taux réduit
- N°23 : Codes Indicateurs de parcours de soins
- N°24 : Majorations de coordination
- N°25 : Majoration Provisoire Cliniciens (évolution)
- N°26 : Majoration Provisoire Cliniciens moins de 16 ans

Le contexte a évolué depuis la publication de ces fiches réglementaires :

- la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins coordonnés s'appliquera au 1<sup>er</sup> janvier 2006, et non au 1<sup>er</sup> juillet 2005.
- les décrets d'application de la loi du 13 août, parus en novembre 2005 ont introduit un plafonnement de la majoration du ticket modérateur.

Cette nouvelle note a pour objet de préciser le fonctionnement des postes SESAM-Vitale des médecins à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, et jusqu'à l'intégration de l'addendum n° 2 bis (dont la diffusion interviendra au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2006).

En particulier, le plafonnement de la majoration du ticket modérateur rend impossible la réduction du taux par l'utilisation des codes actes à taux réduit (codes actes « Lxx » de la fiche n° 22).

### **A - Les codes actes à taux réduit « Lxx » sont inutiles mais continueront d'être acceptés**

Pour éviter un nouveau déploiement, les caisses accepteront les codes actes introduits par la Fiche Réglementaire n° 22. Ces actes portent le même taux que les codes ordinaires.

### **B - Les codes actes indicateurs de parcours de soins doivent être utilisés**

A partir du 1<sup>er</sup> janvier, le remboursement du patient dépend de la bonne utilisation de ces codes actes indicateurs.

Il s'agit de : HCS, MTN, MTO, MTD, MTU, MTH, MTR (Cf. fiche n° 23).

## **C - Dans certains cas, l'application du tiers-payant n'est pas possible en SESAM-Vitale chez les médecins**

Pour les soins réalisés hors parcours de soins coordonnés qui subissent une majoration du ticket modérateur, le médecin ne doit pas télétransmettre en tiers-payant (les montants calculés par le poste étant incorrects, la caisse rejeterait la facture). Dans la mesure du possible, le médecin doit donc passer en hors tiers payant. Dans le cas où il souhaite réaliser le tiers payant, il doit réaliser une feuille de soins papier.

### **Exceptions :**

- **ALD** : pour un patient en Affection Longue Durée qui a déclaré un médecin traitant, le remboursement des soins en rapport avec le protocole reste à 100% même hors parcours de soins coordonnés.
- **AT/MP et maternité** : pour un patient en Arrêt de Travail, en Maladie Professionnelle ou pour une patiente en maternité, le remboursement des soins réalisés hors parcours de soins coordonnés est maintenu au même niveau.

Dans les deux cas ci-dessus, les montants calculés par le poste sont corrects, le médecin peut donc télétransmettre en tiers-payant.

### **Note :**

Pour tous les soins hors tiers payant, le médecin doit télétransmettre : les centraux des régimes recalculeront le montant de la prise en charge et le remboursement tiendra compte du non respect du parcours de soins coordonnés par l'assuré, d'où l'importance de l'utilisation des codes indicateurs.

## **D - Dans le cas où les soins sont hors parcours, le médecin ne doit pas télétransmettre de DRE**

Concernant la part complémentaire, le médecin ne doit pas télétransmettre de DRE dès lors que les soins sont hors du parcours, que ce soit en tiers payant ou hors tiers payant (l'organisme complémentaire se base sur le montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire).