



Contacts :

+ Rapide : par courriel depuis votre Espace Pro sur ameli.fr

Par tél : 03 80 59 37 59 -du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 16h30

Par courrier : Assurance maladie de la Côte d'Or -BP 34548-21045 DIJON cedex

DATE : 7 NOVEMBRE 2017

REFERENCE : AVENANT 2 A LA CONVENTION ET DECISION DU 7 SEPTEMBRE 2017 PARUE AU JO DU 27 OCTOBRE 2017

Actes de télémédecine au 1^{er} novembre 2017

Deux actes de télémédecine peuvent désormais être facturés pour les résidents en EHPAD.

Téléexpertise entre l'actuel et le précédent médecin traitant pour un patient admis en EHPAD

En cas de changement de médecin traitant pour un patient nouvellement admis en EHPAD, le nouveau médecin traitant peut pour assurer sa prise en charge, avec le consentement du patient ou de son représentant légal, demander l'avis du précédent médecin traitant par téléexpertise. Il doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande par moyen sécurisé.

La téléexpertise réalisée de façon synchrone permet d'identifier les points d'attention et les situations à risque en particulier dans une démarche de conciliation médicamenteuse.

Le compte rendu de cette télé expertise devra être inscrit dans le dossier médical du patient, et pourra l'être dans le dossier médical partagé s'il existe, et mis à disposition du médecin coordonnateur de l'EHPAD, sous réserve de l'accord du patient ou de son représentant légal.

Cet acte nommé TDT (Téléexpertise Dossier Traitant) est facturable par les deux médecins intervenants.

Il ne peut être facturé qu'une seule fois lors de l'admission du patient en EHPAD et dans un délai de deux mois après changement de médecin traitant.

Le tarif du TDT est fixé à 15 € et ne peut donner lieu à dépassement.

Il est facturable en tiers payant par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient ainsi que par le précédent médecin traitant.

Il n'est pas cumulable avec d'autres actes.

Téléconsultation d'un résident en EHPAD par le médecin traitant ou le médecin de garde sur appel d'un professionnel de santé pour une modification d'un état lésionnel et ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital

Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et transmettre au médecin traitant par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

Le médecin traitant prend contact directement avec le professionnel de santé requérant.

La téléconsultation doit être réalisée avec l'accord du patient ou de son représentant légal ;



Retrouvez toutes les informations utiles à votre profession sur ameli.fr

La santé progresse avec vous

Directeur de la publication : Yvan Petraszko

Rédaction : Sous-direction professionnels de santé / établissements

Cpam de la Côte-d'Or – BP 34548 – 21045 Dijon Cedex



Elle comprend si possible à l'aide d'un moyen visuel :

- un interrogatoire,
- un recueil des éléments de l'examen clinique réalisé par le professionnel de santé sur place
- et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique adressée par moyen sécurisé au professionnel de santé.

Le compte rendu de cette téléconsultation devra être inscrit dans le dossier médical du patient, et pourra l'être dans le dossier médical partagé s'il existe, et mis à disposition du médecin coordonnateur de l'EHPAD, sous réserve de l'accord du patient ou de son représentant légal.

« Cet acte est nommé **TTE** (Téléconsultation médecin Traitant avec EHPAD) et ouvre droit à la cotation des majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins définies à l'annexe 9 de la convention nationale et aux majorations nuit, dimanche et jour fériés définies à l'article 14 de la nomenclature générale des actes professionnels. »

Le tarif de l'acte de téléconsultation, dénommé TTE est fixé à hauteur d'une consultation :

- soit 25 € (G ou GS ou C+MPC selon la spécialité du médecin), pour un médecin traitant de secteur 1 ou de secteur 2 adhérent aux options de pratique tarifaire maîtrisée, sans possibilité de dépassement.
- et 23 € pour un médecin traitant de secteur 2 non adhérent aux options de pratique tarifaire maîtrisée OTPAM et OPTAM Co, et ce, sans possibilité de dépassement.

Cet acte doit être facturé en tiers payant exclusivement.

L'acte TTE est compatible avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins et avec les majorations de nuit, dimanche et jours fériés définies à l'article 14 de la NGAP.

Facturation

Des dispositions réglementaires préalables (publication d'un décret en Conseil d'Etat) sont nécessaires afin de permettre, dans le respect de la législation et de la réglementation CNIL, le transfert et la conservation des données personnelles et/ou sensibles entre professionnels ou structures amenés à pratiquer des actes de télémédecine (NIR notamment), et permettre la facturation sécurisée en SESAM Vitale sans signature de l'assuré.

Or à ce jour, ces textes ne sont pas parus ne sont pas publiés au moment de l'entrée en vigueur des deux actes de télémédecine le 29 octobre.

En outre, la facturation de ces deux actes soulève également des contraintes techniques (gestion de la part complémentaire notamment).

C'est pourquoi, de manière transitoire et dérogatoire, dans l'attente de la publication du décret assurant une sécurisation juridique du processus de facturation de ces actes, et de la résolution des difficultés techniques liées à leur facturation, ces deux actes, seront :

- réservés aux seuls médecins traitants (qui disposent du NIR de leurs patients, pour éviter d'avoir à le transmettre) – ce qui exclut temporairement la possibilité pour les médecins hors médecin traitant, tels que les médecins de garde de facturer l'acte TTE.
- pris en charge à 100% et à tarif opposable par l'assurance maladie obligatoire
- facturés en flux SESAM Vitale dégradé, sans nécessité de joindre une pièce justificative papier signée par l'assuré

Pour faciliter la facturation en SESAM vitale dégradé de ces deux actes, l'autorisation de l'Agence Comptable Nationale a en effet été donnée, à titre dérogatoire, de dispenser le médecin traitant facturant ces actes de transmettre la feuille de soins papier signée par l'assuré comme pièce justificative en appui du flux dégradé. **Cette autorisation dérogatoire est transitoire dans l'attente de la publication du décret en conseil d'Etat.**



Retrouvez toutes les informations utiles à votre profession sur ameli.fr

La santé progresse avec vous

Directeur de la publication : Yvan Petraszko

Rédaction : Sous-direction professionnels de santé / établissements

Cpam de la Côte-d'Or – BP 34548 – 21045 Dijon Cedex