Hors parcours de soins : Baisse du remboursement de votre patient

Hors urgence, actes du médecin traitant, en accès direct spécifique, hors résidence, etc...

LA RÉFORME EN PRATIQUE

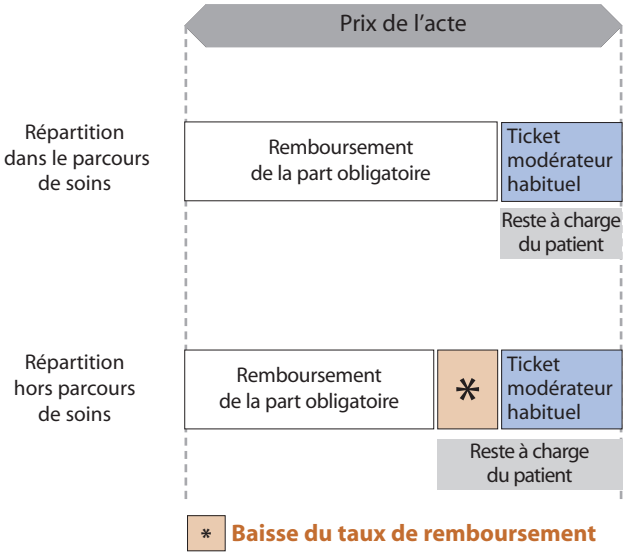
Hors parcours de soins : Comment calculer ce qui reste à la charge de votre patient en cas de tiers payant ?

1. La baisse du remboursement

Baisse du taux de remboursement de votre patient :

- 10 % de la valeur de l'acte
(dans la limite de 2,5 € par acte)

2. Répartition



S'il est hors parcours de soins, votre patient sera moins bien remboursé. Cette baisse de remboursement n'impacte pas le prix de l'acte que vous lui facturez.

3. Règles de calcul

(Calcul sur une base de remboursement à 70 % pour un patient du régime général)

■ **Baisse de 10 % du remboursement pour tous les actes hors parcours d'une valeur ≤ à 25 €**
Ex. : Consultation à 32 € = CS à 23 € + MPC à 2 € + DA à 7 €

Calcul

CS < 25 € remboursée à 60 %
MPC < 25 € remboursée à 60 %

- Remboursement total = 15 €
- Reste à charge du patient = 32 € - 15 € = 17 €

Facturation

En cas de hors tiers payant, le patient vous règle 32 €.
En cas de tiers payant, le patient vous règle 17 €.

■ **Baisse du remboursement de 2,5 € pour tous les actes d'une valeur > à 25 €**
Ex. : Consultation, secteur 2 par un cardiologue à 57 €
= CSC à 45,73 € + DA à 11,27 €

Calcul

CSC > à 25 €

- Remboursement = 70 % de 45,73 € - 2,50 € = 29,51 €
- Reste à charge du patient = 16,22 € + 11,27 € = 27,49 €

Facturation

En cas de hors tiers payant, le patient vous règle 57 €.
En cas de tiers payant, le patient vous règle 27,49 €.

4. Exemples de montant à facturer en cas de tiers payant

■ **Mon patient de plus de 16 ans ne bénéficie pas d'exonération particulière (base de remboursement à 70 %)**

Situation de consultation	Honoraires	Somme payée par le patient en tiers payant
Généraliste secteur 1 hors parcours de soins	20 €	8 €
Spécialiste secteur 1 hors parcours de soins	32 € maximum = CS (23 €) + MPC (2 €) + DA (7 €)	17 € = 10 € + DA (7 €)
Cardiologue secteur 1	57 € = CSC (45,73 €) + DA (11,27 €)	27,49 € = 16,22 € + DA (11,27 €)
Spécialiste secteur 2 ou 1DP hors parcours de soins	40 € = honoraires libres (base CS à 23 €)	26,20 € = 9,20 € + 17 €

Hors parcours de soins : Baisse du remboursement de votre patient

Hors urgence, actes du médecin traitant, en accès direct spécifique, hors résidence, etc...

5. Cas particulier de l'ALD

Remboursements des actes.
(Calcul sur une base de remboursement à 70 % ou 100 % en ALD pour un patient du régime général).

	Parcours de soins (Saisie MTO, MTD, MTU, etc.)	Hors parcours de soins (Saisie HCS)	
		Avec MT* déclaré	Sans MT* déclaré
Soins non conformes au protocole ou sans rapport avec ALD	70% Taux actuel	Diminution du remboursement sur une base de référence de remboursement à 70 %	Diminution du remboursement sur une base de référence de remboursement à 70 %
Soins conformes au protocole ou en rapport avec ALD	100 %	100 %	Diminution du remboursement sur une base de référence de remboursement à 100 %

* MT = Médecin Traitant

Facturation en ALD : exemples de montant à facturer en cas de tiers payant.
Mon patient est en ALD et les soins pratiqués sont en rapport avec son affection ; il n'a pas déclaré de médecin traitant

Situation de consultation	Honoraires	Somme payée par le patient en tiers payant
Généraliste secteur 1 sans médecin traitant déclaré	20 €	2 €
Spécialiste secteur 1 sans médecin traitant déclaré	CS (23 €) + MPC (2 €) + DA (7 €) = 32 € maximum	9,50 € = 2,50 € + DA
Cardiologue secteur 1	57 € = CSC (45,73 €) + DA (11,27 €)	13,77 € = 2,50 € + DA
Spécialiste secteur 2 ou 1 DP sans médecin traitant déclaré	40 € = honoraires libres (base CS à 23 €)	19,30 € = 2,30 € + 17 €

Hors parcours de soins : Comment facturer ?

Facturation hors tiers-payant

Rien ne change.
Saisissez dans la feuille de soins électronique :
le code parcours et le code acte de la prestation
ou cochez dans la feuille de soins :
la case correspondante.
=> **Et facturez à votre patient le montant de la consultation** :
la CPAM calcule, comme actuellement, la part de remboursement transmise.

Facturation en tiers-payant

En cas de tiers-payant, hors parcours de soins et de baisse du remboursement de votre patient, **vous ne pouvez facturer que sur une Feuille de soins papier, y compris pour les CMU-C** ;

Votre patient vous règle le reste à charge :
- le ticket modérateur et sa majoration,
- les dépassements éventuels.

Conception – Réalisation – Rédaction : Mission SESAM-Vitale / Infographie : Diag 4 — Décembre 2005