



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES MÉDECINS

13 décembre 2023

CPAM du Territoire de Belfort

SOMMAIRE

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

04

POINTS DIVERS

VALIDATION DU COMPTE- RENDU DU 3/05/2023

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU 30 SEPTEMBRE 2023

STATISTIQUES DE DÉPENSES

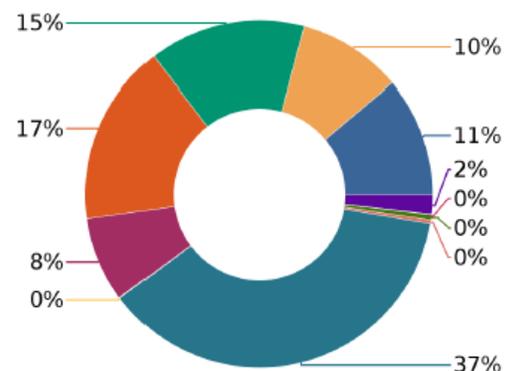
Montants et évolution des montants

PRESTATIONS	Régime général		MSA		AUTRES		TOTAL TERRITOIRE DE BELFORT		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
Consultations	13 365 922	-0,5%	163 430	4,4%	175 189	-10,2%	13 704 541	-0,6%	0,0%	0,7%
Actes techniques médicaux	6 020 218	9,5%	96 643	17,9%	85 929	1,1%	6 202 790	9,5%	4,4%	6,3%
Actes de radiologie	5 244 563	44,0%	74 153	61,9%	73 063	36,8%	5 391 779	44,1%	6,0%	5,6%
Actes chirurgicaux	3 977 577	7,0%	54 172	-3,9%	66 329	28,4%	4 098 079	7,1%	5,9%	6,3%
Actes d'échographie	3 503 543	9,2%	44 365	13,0%	52 465	3,2%	3 600 373	9,2%	2,4%	3,3%
Aides et rémunérations conventionnelles (2)	2 927 844	5,2%	1 115	-2,2%	495	-23,3%	2 929 454	5,2%	2,3%	4,8%
Visites (frais dépl. inclus)	639 252	-4,3%	19 190	10,3%	9 705	-19,0%	668 148	-4,1%	-3,8%	-5,0%
Téléconsultations	175 362	-43,7%	2 059	-35,5%	3 141	-36,1%	180 561	-43,5%	-34,2%	-29,4%
Permanence des soins (1)	129 480	2,4%					129 480	2,4%	0,0%	4,7%
Autres honoraires privés	25 475	149,3%	416	426,9%	251	293,4%	26 142	152,3%	0,1%	0,4%
Vaccination COVID	15 099	-85,9%	94	-89,6%	254	-77,8%	15 447	-85,8%	-92,2%	-93,1%
TOTAL	36 024 336	7,5%	455 637	13,2%	466 821	2,7%	36 946 794	7,5%	1,5%	2,3%

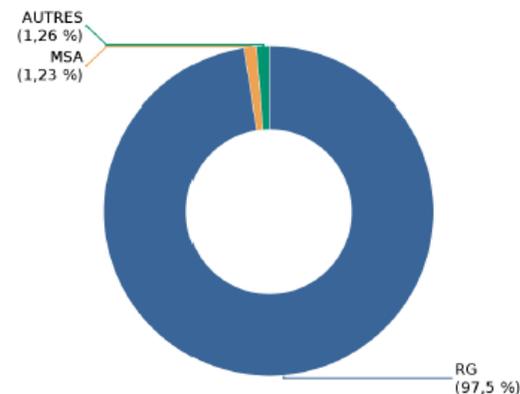
(1) rémunération régulation, rémunération de nuit, dimanche et férié, rémunération pour garde étabs privés...

(2) aides à la télétrans, ROSP, Sophia, rémunération médecin traitant, rémunération de l'option démographie et de l'option santé solidarité territoriale.

Répartition des montants par prestation

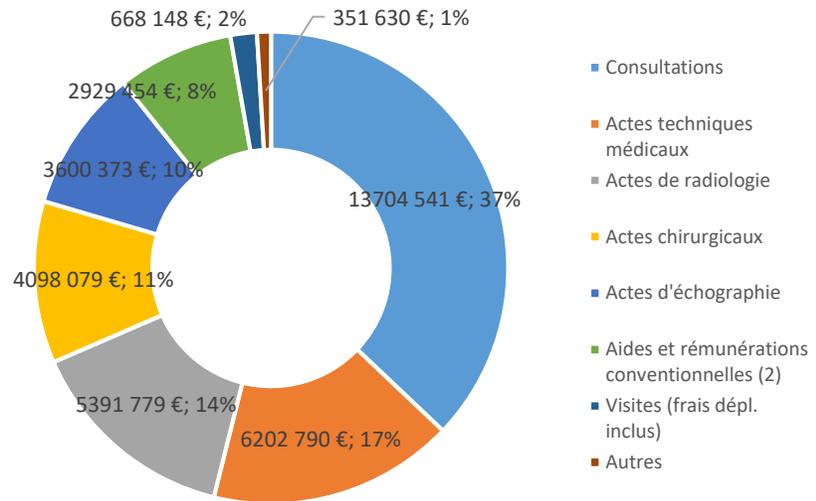


Répartition des montants par régime

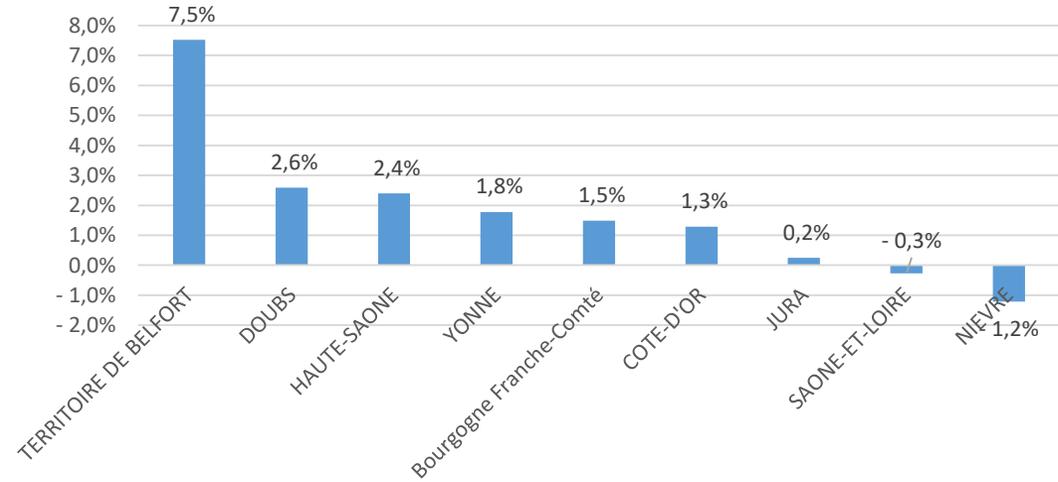


STATISTIQUES DE DÉPENSES

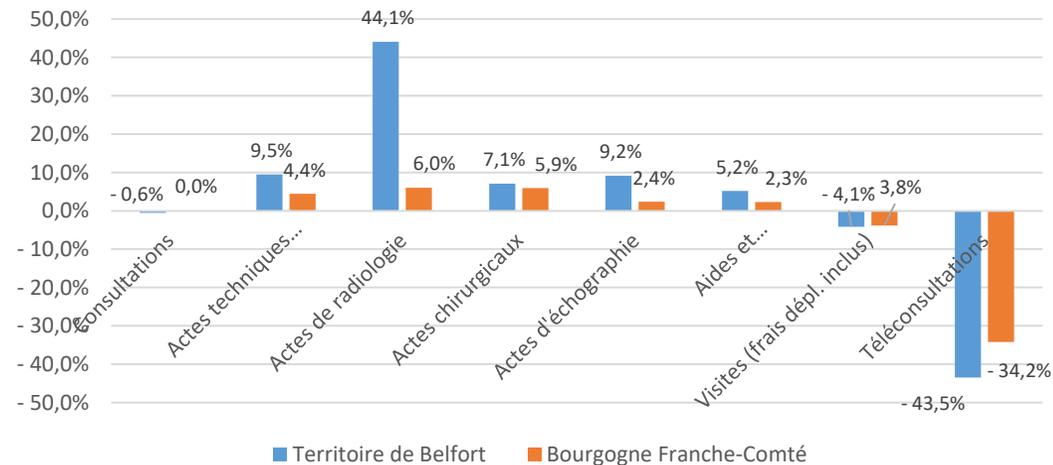
Répartition des montants par prestation



Evolution des dépenses



Evolution des dépenses par prestation

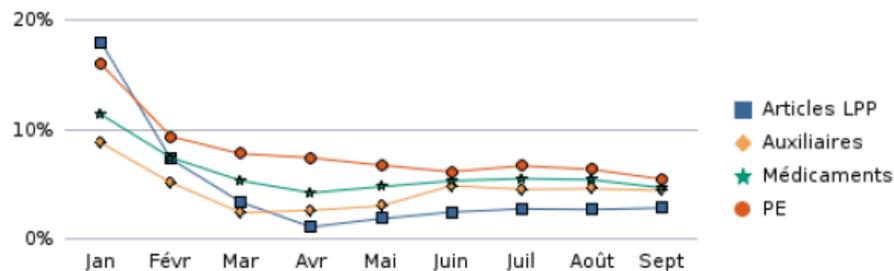


STATISTIQUES DE DÉPENSES: PRESCRIPTIONS

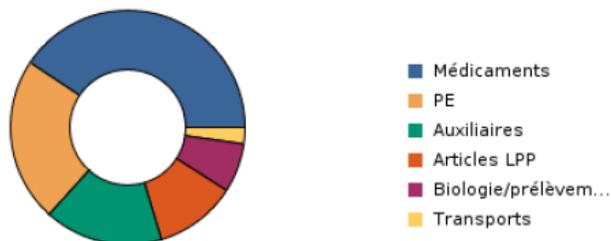
Montants

PRESTATIONS	Régime général		MSA		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
Médicaments	30 142 327	4,8%	468 507	2,2%	452 361	-2,0%	31 063 195	4,7%	2,6%	2,7%
Prestations en Espèces	17 082 993	4,9%	201 287	59,2%	18 595	453,7%	17 302 875	5,4%	1,5%	-8,8%
Auxiliaires médicaux (hors frais de dépl.)	12 102 541	5,0%	202 344	-4,5%	166 735	-18,0%	12 471 620	4,4%	2,8%	1,1%
Articles LPP	8 379 314	2,9%	132 632	3,0%	118 787	-3,5%	8 630 733	2,8%	0,8%	1,2%
Actes biologie et prélèvements	5 043 794	-9,5%	62 224	-12,9%	78 142	-9,3%	5 184 160	-9,6%	-15,8%	-34,5%
Frais de transport (hors cures)	1 676 072	0,2%	28 334	-2,0%	27 503	37,7%	1 731 909	0,6%	4,2%	2,0%
TOTAL	74 427 041	3,4%	1 095 328	6,8%	862 123	-4,0%	76 384 491	3,4%	0,8%	-4,3%

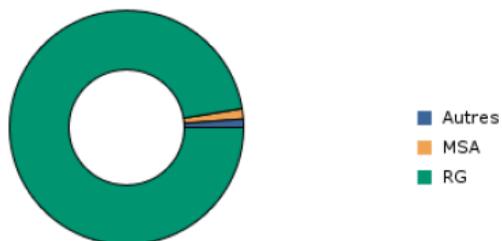
Evolution des montants par prestation (P.C.A.P)



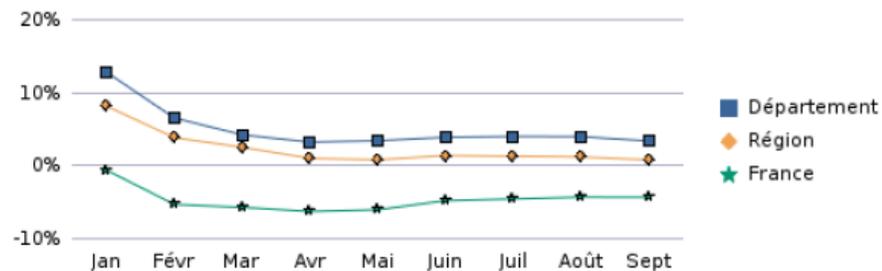
Répartition des montants par prestation



Répartition des montants par régime

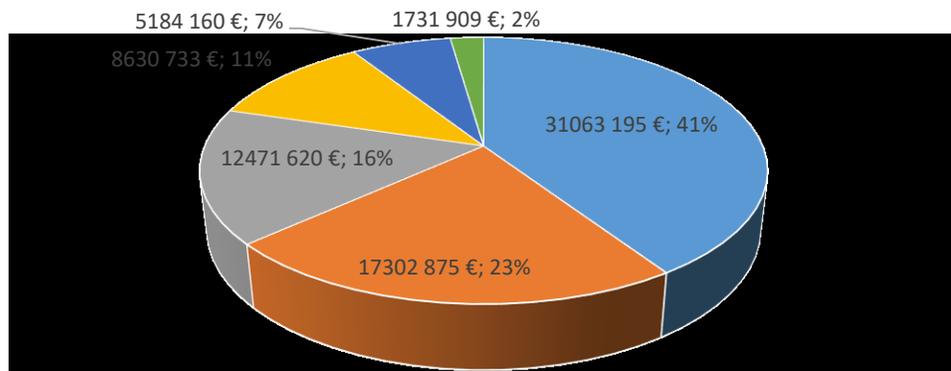


Evolution des montants (P.C.A.P) - total poste



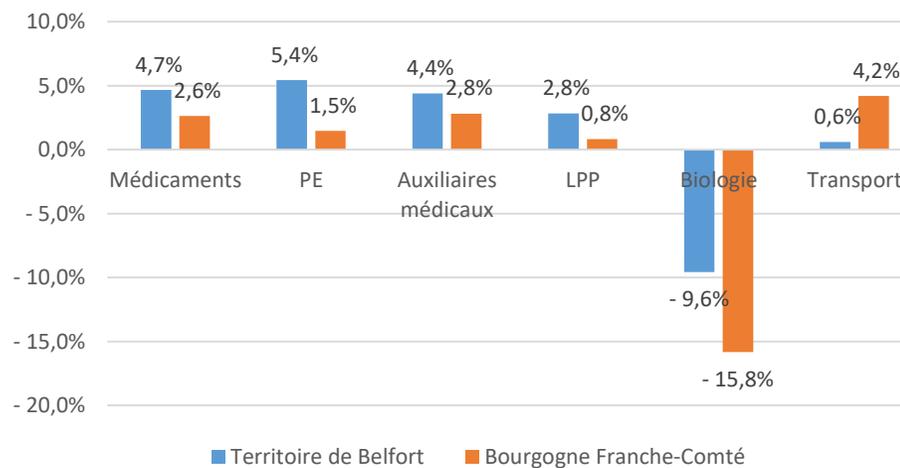
STATISTIQUES DE DÉPENSES: PRESCRIPTIONS

Répartition des montants par prestation



- Médicaments
- Prestations en Espèces
- Auxiliaires médicaux (hors frais de dépl.)
- Articles LPP
- Actes biologie et prélèvements
- Frais de transport (hors cures)

Evolution des prescriptions

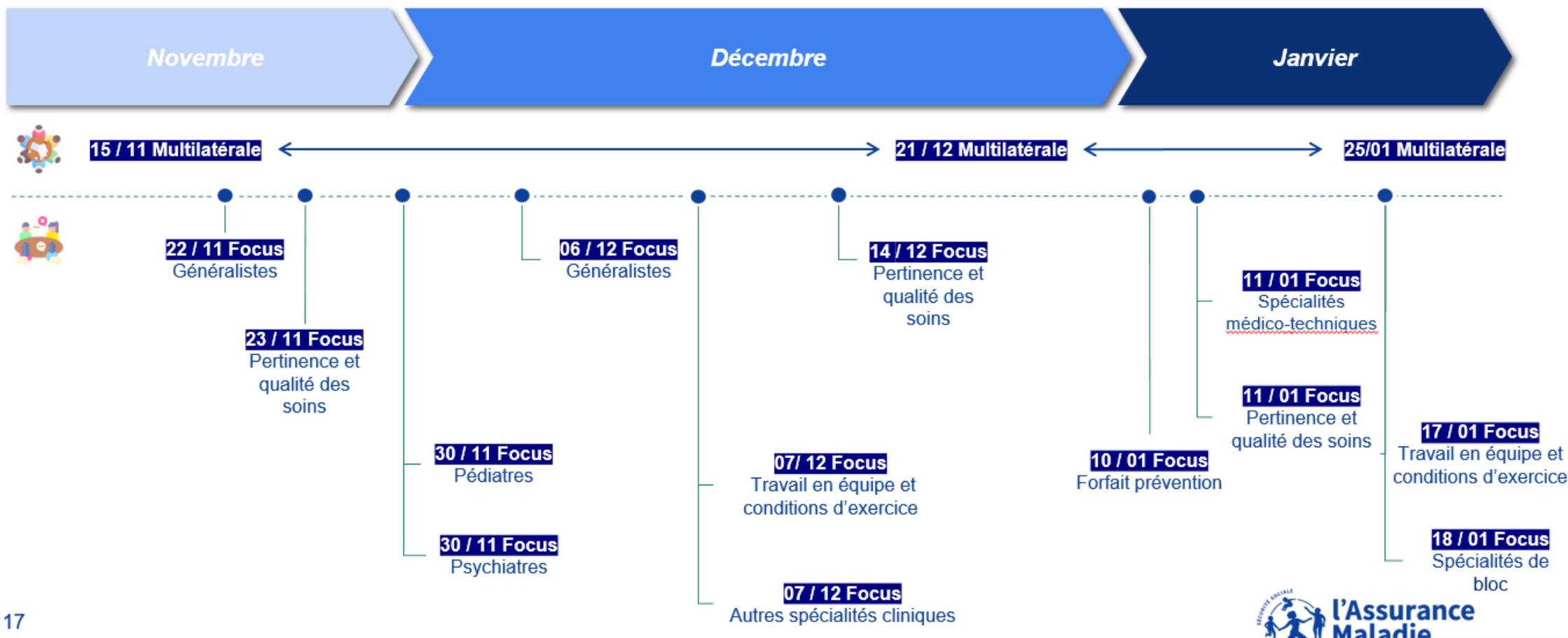


02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

RÉOUVERTURE DES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

L'ouverture des négociations conventionnelles a débuté le 15 novembre dernier selon le calendrier suivant



AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS

- 1** Favoriser la **pertinence des prescriptions**, pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et garantir le juste soin en veillant à la juste allocation de la dépense publique
- 2** S'accorder sur une **dizaine de programmes de pertinence**, appuyés sur des référentiels scientifiques et accompagnés d'objectifs chiffrés, partagés entre partenaires conventionnels
- 3** Identifier les **leviers** qui permettront de sécuriser la juste prescription des produits de santé, des arrêts de travail des transports sanitaires et des soins ambulatoires prescrits
- 4** Inventer de **nouveaux mécanismes vertueux d'incitation financière** à une prescription de qualité (incitations collectives & individuelles)
- 5** **Valoriser les comportements de sobriété** dans la prescription de médicaments, dans un triple objectif de santé publique, de réduction de l'empreinte carbone du système de santé et de soutenabilité financière de l'assurance maladie.
- 6** S'accorder sur la nécessité de **corriger les atypies de pratiques** par rapport aux référentiels scientifiques, et sur les modalités d'accompagnement des professionnels concernés
- 7** **Lutter collectivement contre les pratiques frauduleuses** d'une minorité de praticiens et protéger la médecine libérale des dérives du système (financiarisation, centres de santé déviants, sites frauduleux...)

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS TERRITORIAL ET FINANCIER

- 1 Renforcer le rôle du médecin traitant et **permettre à chaque patient d'y avoir accès** pour réduire les inégalités de santé
- 2 Soutenir les médecins ayant des **files actives** et des « **patientèles médecin traitant** » importantes
- 3 Rendre l'installation et le maintien dans **les zones fragiles plus incitatifs** en rationalisant et simplifiant les aides à l'installation
- 4 Favoriser le déploiement **d'équipes de soins spécialisées**, en charge d'organiser le second recours sur leurs territoires, pour fluidifier les parcours des patients et l'articulation avec le premier recours et les services hospitaliers
- 5 Assurer une présence des différentes spécialités médicales dans les zones sous-dotées, notamment via l'incitation à la réalisation de **consultations « avancées »** pour couvrir les territoires
- 6 Poursuivre la dynamique de **réduction des restes à charge**, impulsée notamment par l'OPTAM et l'OPTAM-CO
- 7 Favoriser la collaboration entre les médecins et **les autres professions de santé**

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS TERRITORIAL ET FINANCIER

- 1 Renforcer le rôle du médecin traitant et **permettre à chaque patient d'y avoir accès** pour réduire les inégalités de santé
- 2 Soutenir les médecins ayant des **files actives** et des « **patientèles médecin traitant** » importantes
- 3 Rendre l'installation et le maintien dans **les zones fragiles plus incitatifs** en rationalisant et simplifiant les aides à l'installation
- 4 Favoriser le déploiement **d'équipes de soins spécialisées**, en charge d'organiser le second recours sur leurs territoires, pour fluidifier les parcours des patients et l'articulation avec le premier recours et les services hospitaliers
- 5 Assurer une présence des différentes spécialités médicales dans les zones sous-dotées, notamment via l'incitation à la réalisation de **consultations « avancées »** pour couvrir les territoires
- 6 Poursuivre la dynamique de **réduction des restes à charge**, impulsée notamment par l'OPTAM et l'OPTAM-CO
- 7 Favoriser la collaboration entre les médecins et **les autres professions de santé**

REFONDRE ET SIMPLIFIER LES MODES DE RÉMUNÉRATION

- 1 Faire du « **forfait médecin traitant** » la rémunération forfaitaire socle du médecin traitant (*paiement selon les caractéristiques du patient, indépendamment du nombre d'actes et de consultations réalisées dans l'année*)
- 2 **Refondre les rémunérations sur objectifs** : moins d'objectifs (ciblés sur les priorités partagées en matière de santé publique et de coordination numérique), plus de transparence sur les modalités de calcul des indicateurs et le niveau d'atteinte des objectifs, outillage des médecins sur les données relatives à leurs patientèles
- 3 **Simplifier les rémunérations forfaitaires** afin de les rendre plus lisibles et plus directement liées aux pratiques et à leurs évolutions, recentrer la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) sur la prévention et le forfait numérique
- 4 Repenser **les aides à l'installation** pour rendre l'installation et le maintien dans les zones fragiles plus incitatifs
- 5 Etudier **les possibilités de mutualisations entre plusieurs médecins travaillant ensemble** (assistants médicaux, forfait médecin traitant, autres forfaits)
- 6 Tirer les enseignements des expérimentations en cours en lien avec l'article 51 (**PEPS** et **IPEP**)
- 7 Identifier les **missions spécifiques des médecins en matière de soins primaires** (santé publique, permanence des soins, recherche, vaccination, maîtrise de stage, soins palliatifs, etc.)

LES BILANS DE PREVENTION AUX AGES CLEFS DE LA VIE : PRINCIPES ET 1^{ER} ÉLÉMENT

Un dispositif **nouveau** parmi les actes pratiqués en ville, visant à :

- Inciter les français(es) à prendre soin de leur santé avant la réalisation d'un risque ;
- Dépister de manière précoce et régulière les facteurs de risque (notamment les pathologies chroniques et cancers) ;
- Faire un 1^{er} bilan permettant d'orienter ensuite l'assuré vers le dispositif adapté et/ou de l'inviter à une modification de comportement positive pour sa santé.

Un dispositif qui s'applique à **4 tranches d'âges clefs** (sur base avis HCSP) :

18-25 ans	60-65 ans
45-50 ans	70-75 ans

Un seul bilan par classe d'âge

Un dispositif qui repose sur **4 catégories de professionnels de santé** :

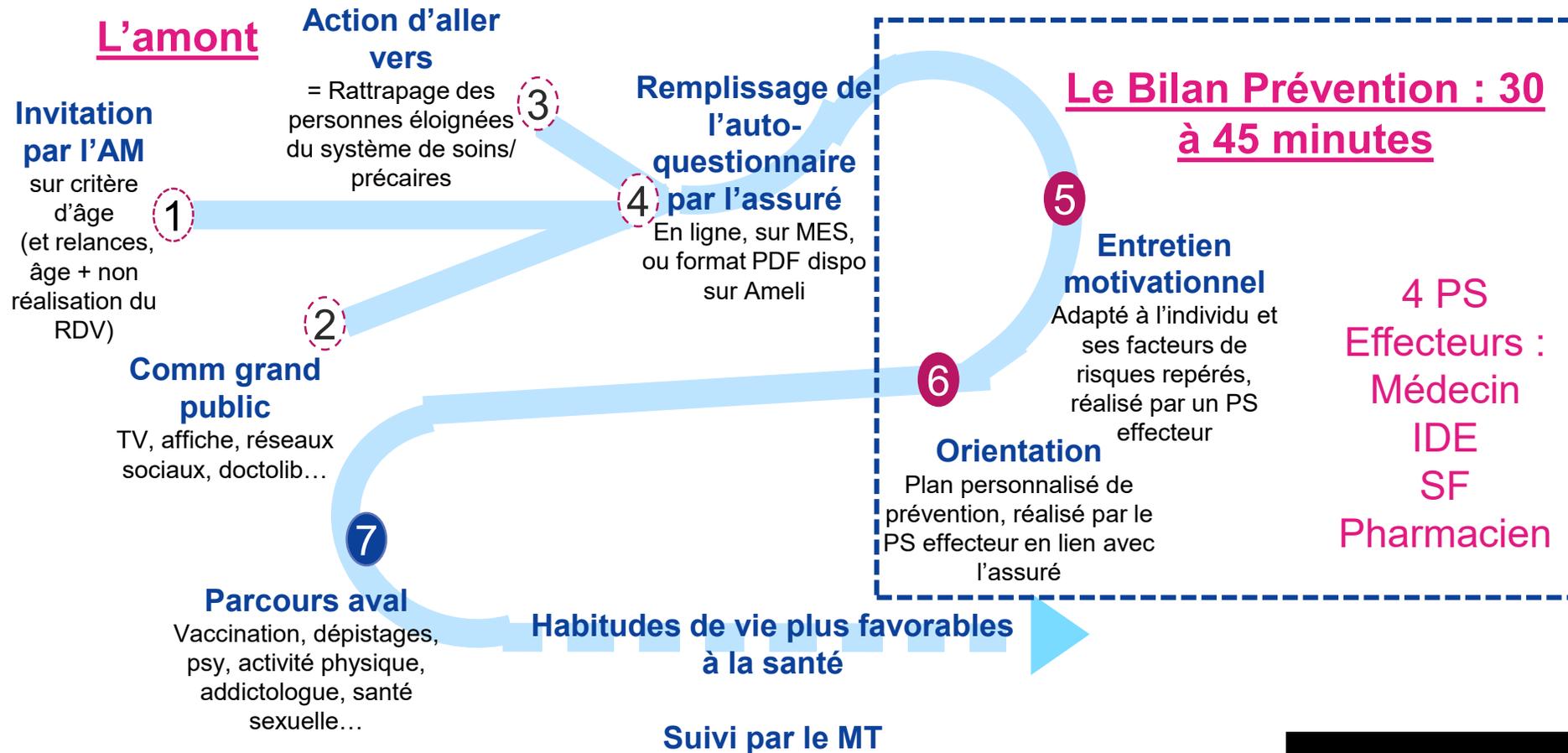
- Médecins (toutes spécialités) ;
- Sages-femmes ;
- Pharmaciens ;
- Infirmier(e)s.

→ [PS peuvent se déclarer effecteurs sur santé.fr](https://santé.fr) (pas nécessaire de s'inscrire sur santé.fr pour réaliser un bilan de prévention)

Tarifification :

- Bilans pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, sans avance de frais ;
- Rémunéré à hauteur de 30 € pour l'ensemble des professionnels de santé (31,5 € dans les DROM) ;
- Aucun acte ne pourra être facturé en sus du Bilan prévention, sauf dans quelques cas.

LE PARCOURS ASSURÉ DANS « MON BILAN PRÉVENTION »



4 PS
Effecteurs :
Médecin
IDE
SF
Pharmacien

PRÉCISIONS SUR LES ASSOCIATIONS D'ACTES

Aucun acte ne pourra être facturé en sus du Bilan prévention, sauf dans les situations suivantes :

- **Réalisation d'un acte de prévention** dans le cadre d'un programme de santé publique :
 - Un acte de vaccination pour les sages-femmes, les pharmaciens (code RVA) ou les infirmiers (AMI 2,4 ou AMI 3,05)
 - Un frottis cervico-utérin dans le cadre du dépistage pour les médecins et les sages-femmes (code JKHD001)
 - Remise du kit DOCCR par le pharmacien ;

- **Réalisation d'un acte relatif à un diagnostic** réalisé au décours du bilan de prévention : une consultation avec examen clinique et prescription d'examens complémentaires pour les médecins et les sages-femmes (G, GS, C, CS – hors consultations complexes et très complexes) et électrocardiogramme pour les médecins (DEQP003).

Ces actes de prévention et de diagnostic seront pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun (un seul acte ou consultation parmi ceux listés peut être facturé en sus, par bilan de prévention).

La facturation de ces actes complémentaires ne doit pas être systématique et ne doit être réalisée que dans les cas où un besoin a été identifié lors du déroulement du bilan de prévention.

Le bilan ne peut être facturé qu'une seule fois par patient et par tranche d'âge

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

OFFRE DE SOINS: PROJETS EN COURS

Plusieurs projets sont sur le point d'aboutir:

- Ouverture en janvier 2024 du Centre de Soins Non Programmés (CNSP) adossé à la Clinique de la Miotte. Ce projet est un dispositif libéral porté par le Dr Sengler. Il s'agit de répondre, après orientation par le centre 15, aux besoins d'accès non programmés des patients. Ce dispositif reposera sur la participation de professionnels volontaires. Une action au niveau du CDOM et de la CPAM est attendue puisqu'un cabinet secondaire sera créé pour permettre la facturation des actes réalisés dans le CNSP.
- Ouverture de 2 antennes du CDS d'Hérimoncourt d'ici début février/ fin mars 2024 en mode « cabinets éphémères ». Portage salarial géré par l'association Amaelle. Intervention de médecins retraités salariés du CDS. Amplitude horaire de 20 heures par semaine pour chaque antenne. Couverture médecin traitant des patients pris en charge.
- Signature du second contrat ACI pour la CPTS Belfortaine le 1^{er} décembre. Cette signature permet une couverture à 100% de notre population.

ACTION LOCALE: QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES

Un contrôle facturation est réalisé annuellement notamment sur les professions prescrites.

L'analyse des facturations a permis de constater un impact fort de la qualité des prescriptions médicales rédigées.

Tout comme l'année dernière, nous allons adresser un courrier d'ici la fin de l'année aux médecins afin de leur indiquer que leurs prescriptions médicales sont à l'origine d'indu conséquent à l'attention des professions prescrites.

Pour l'année écoulée: 17382,07€ d'indu sont imputables à la qualité de la PM

Les principaux motifs de non qualité:

- Absence de signature du prescripteur
- Absence date de prescription
- Absence identification de l'assuré ou prescription incomplète
- Absence de mention de la posologie
- Surcharge rajoutée manuellement

On peut noter toutefois un impact plus fort versant ES que versant prescripteur de ville.

POINT ACCOMPAGNEMENT

Les campagnes d'accompagnement en cours de déploiement:

- Campagne Responsable Organisation Coordonnée (ROC)
 - IFAQ: qualité de la lettre de liaison: HNFC et Clinique de la Miotte
 - Accompagnement de l'ensemble des MSP et du CDS Léon Blum
 - À venir: rencontre des ESMS liés au handicap
- Campagnes DAM:
 - Santé mentale- IJ
 - À venir: antibiotique chez l'enfant (MG et pédiatre)
- Campagne DNS:
 - Ordonnance numérique / MES/ déclaration forfait structure
- Informations nationales « OSMOSE » envoyées depuis la dernière commission
 - 07/12/23: relance campagne nationale grippe
 - 30/11/2023: dispositif sage femme référente
 - 28/11/2023: baromètre PS décembre 2023
 - 06/11/2023: nouveauté améli pro vague 7
 - 02/11/2023: promotion du Tes et des assistants médicaux (titre emploi service)
 - 30/10/2023: facturation anesthésie de cataracte
 - 25/10/2023: règlement arbitral
 - 23/10/2023: rappel nomenclature forfait thermaux
 - 23/10/2023: arrêt des flux addendum 2 bis et 3

ACTION ALD SANS MÉDECIN TRAITANT: POINT

Action initiée en juillet 2023 après recueil de l'accord des patients en mai 2023

Transmission aux médecins généralistes de la liste des patients qui les ont consultés au moins 2 fois dans les 12 derniers mois.

Accompagnement par appels téléphoniques ou courriers des patients

Relance des médecins par les équipes de la CPAM

Bilan action « MT régulier » à fin octobre: 20% des médecins ont accepté les patients – 14,53% des patients ont été acceptés

Taux ALD sans MT février : 3,78% - taux ALD sans MT octobre 2023: 4,12%

Nouvelle action initiée début décembre: envoi d'un courrier aux médecins réguliers pour réalisation de la DMT en interne en l'absence d'opposition

ACTION ALD SANS MÉDECIN TRAITANT: POINT

Quels freins?

Une absence d'installation depuis janvier 2023 sur le département

Plusieurs départs dont 3 au 1er juillet 2023 sur une même zone ayant généré plus de 6000 patients sans MT dont 864 en ALD

Quels leviers?

Les actions des 2 CPTS pour faciliter la prise en charge des patients (maitre de stage, promotion dispositif, protocole de coopération...)

Les efforts fournis par les médecins pour accepter de prendre en charge de nouveaux patients

La future création de 2 cabinets éphémères pour accroître l'offre de soins et la future création du Centre de Soins Non Programmés appuyées par les actions des élus mais également par les professionnels et institutions.

Les actions portées par le Contrat Local en Santé (CLS) dont la promotion du dispositif assistant médical et IPA (infirmier en pratique avancée), promotion du bon usage des soins avec la sensibilisation aux rendez vous non honorés, l'établissement de certificats médicaux uniquement dans les situations le nécessitant

Quelle suite?

Une poursuite des actions déjà initiées

Des actions à porter sur le champs des EHPAD et Etablissements médico sociaux de manière globale

Attirer les futurs médecins

NUMÉRIQUE EN SANTÉ

- ❑ Taux de télétransmission en 10/2023 92,61%
(93,11% versant généraliste et 92, 12% versant spécialiste)
- ❑ ADRi : 87.39% de taux d'équipement (93.55% gén 83.45% spé)
86.54% PS utilisateurs parmi les PS équipés (82.76% gén 89.26% spé)
- ❑ AAT : taux utilisateurs 42.02%
généralistes 78.49% spécialistes 18.62%
- ❑ PSE : taux utilisateurs 34.87% généralistes 68.82% spécialistes 13.10%
- ❑ DMT : taux utilisateurs 32.77 % généralistes 82.80% spécialistes 0.69%
- ❑ CM AT/MP : taux utilisateurs 20.17% généralistes 46.24% spécialistes 3.45%
- ❑ SPE (prescription transport) : taux utilisateurs 24.79%
généralistes 48.39% spécialistes 9.66%
- ❑ DMP : taux utilisateurs 37.55% généralistes 61.29% spécialistes 20.69%
PS ayant alimenté un DMP 34.87% généralistes 58.06% spécialistes 20%
PS ayant consulté un DMP 25.63% généralistes 44.09% spécialistes 13.79%
- ❑ **SCOR: taux utilisateurs 4.62% généralistes 0% spécialistes 7.59%**

L'ordonnance
numérique
Pourquoi ?
Comment ?



DÉCLARATION INDICATEURS FORFAIT STRUCTURE ET ROSP

La future campagne de déclaration des indicateurs annuels a débuté le 11/12/2023 et se terminera le 4 février 2024. Divers aménagements ont été apportés au forfait structure 2023

Pour le forfait structure, compte tenu notamment des délais de déploiement et de l'usage des logiciels Ségur, des ajustements sont exceptionnellement réalisés pour cette année :

- **L'indicateur « valoriser la prise en charge en exercice coordonné » reste optionnel** dans le volet 2 ;
- un délai est accordé aux médecins pour *s'équiper d'un logiciel Ségur* et transmettre leurs justificatifs auprès de leur caisse primaire pour valider cet indicateur : possibilité **jusqu'au 31 janvier 2024** (au lieu du 31/12/2023);
- **l'exigence d'être équipé de la version de cahier des charges Sesam vitale addendum 8 est reporté au 31/12/2024** (aussi les médecins non équipés au 31/12/2023 ne seront pas pénalisés et pourront valider leur volet 1) ;
- l'objectif pour l'indicateur **« usage et remplissage du DMP » est réajusté à 10%** (au lieu de 20%) pour bénéficier de la rémunération de l'indicateur ;
- l'usage de la messagerie sécurisée pour les échanges avec les patients sera valorisé pour les médecins ayant atteint l'objectif ; par ailleurs compte tenu de son déploiement encore limité un report des points de cet indicateur pour les médecins n'ayant pas atteint l'objectif sur les autres usages de téléservices sera réalisé ;
- l'objectif de l'indicateur **« usage de l'AAT en ligne » est ajusté à 70% (au lieu de 90%)**.

Par ailleurs, pour ne pas pénaliser les médecins investis dans la prise en charge de nouveaux patients en ALD dans leur patientèle médecin traitant à la suite de l'action « d'aller vers » initiée par les caisses primaires, **l'indicateur « usage téléservice déclaration médecin traitant » sera exceptionnellement neutralisé pour les médecins généralistes**.

Pour le forfait d'alimentation du **VSM dans les DMP pour les patients en ALD, un premier paiement sera réalisé pour les médecins atteignant déjà les exigences au 31/12/2023**. Toutefois, un délai est également accordé pour permettre aux médecins de finaliser l'élaboration et l'alimentation des VSM jusqu'au 30/06/2024.

Pour la ROSP 2023, afin de s'adapter aux évolutions d'indication des « glifozines » au-delà du diabète, il est **proposé d'adapter la définition retenue pour le calcul des indicateurs portant sur les patients atteints de diabète** comme suit : « Sont définis comme antidiabétiques tous les médicaments de la classe ATC2 A10 hors benfluorex, exclusion des patients suivis exclusivement par glifozines sans autre antidiabétique ».

L'ensemble de ces éléments favorables dans le calcul d'atteinte des objectifs des médecins sont repris dans les notes méthodologiques 2023 mises en ligne sur ameli.fr et un message OSMOSE sera adressé à l'ensemble des médecins pour les informer de l'ouverture du service de déclaration sur Amelipro.

Qualité facturation (avril à novembre 23)



Taux moyen de rejet de **0,73%** FSE/B2 et **2,88%** FSP (0,59%-3,810%)

Sur un total de
337 246 factures
Top des anomalies

Facturation Tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat 586 factures soit 0,17%

Le contrat qui est télétransmis pour le remboursement de la part complémentaire n'est pas celui qui est connu dans les fichiers de l'AM.
La garantie de paiement est appliquée pour les flux sécurisés sans indicateur de forçage avec le numéro de l'OC 89111116.

Modulation du ticket modérateur non trouvée dans nos bases : 478 factures soit 0,14% - + 230

Un régime local ou un FNS a été télétransmis alors qu'il n'existe plus dans les bases de l'AM. En tiers payant, la garantie de paiement est appliquée pour les flux sécurisés sans indicateur de forçage

Les actes ont déjà été facturés pour ce bénéficiaire à la même date : 275 factures soit 0,08% - +10

Ce signalement permet de vérifier en amont la double facturation d'un acte pour un même bénéficiaire à la même date, afin d'éviter des doubles paiements et ainsi des indus à postériori..

Incompatibilité nature assurance/ régime 70 factures soit 0,02% - 21

Ce rejet est généré notamment pour des soins télétransmis au titre d'un accident du travail pour des assurés qui ne sont pas assurés pour ce risque au niveau de l'AM

04

POINTS DIVERS

RAPPEL: CIRCUIT TRANSMISSION PIÈCES JUSTIFICATIVES

Rappel:

Une nouvelle adresse a été définie pour l'envoi de vos pièces justificatives papier.

(cf. flash info du 13/09 et rappel du 24/10)

Soyez vigilant car en cas d'erreur sur l'adressage, les délais de prise en charge seront allongés.

N°14/2023
Date : 13/09/2023

Une nouvelle adresse pour vos pièces justificatives

Madame, Monsieur,

L'adresse postale pour l'*envoi de vos pièces justificatives de télétransmission au format papier change*. Désormais, il convient d'utiliser *exclusivement* l'adresse suivante :

**CPAM HD
LOTS TELETRANSMISSION
TSA 99 998
90021 BELFORT CEDEX**

Attention ! Cette adresse ne doit être utilisée que pour vos envois de pièces justificatives de télétransmission. Pour vos autres courriers, merci d'utiliser l'adresse habituelle

Pensez SCOR !

Intégré dans votre logiciel métier, le service SCOR permet, lors de la réalisation de la FSE (Feuille de Soins Electronique), de numériser la ou les pièces justificatives et de la (les) transmettre directement à la caisse de rattachement de l'assuré.

Bien Cordialement,

La Responsable du Département Santé

Virginie PASQUIER

NOUVEAU CIRCUIT DE RETRAIT DES COMMANDES IMPRIMÉS

Un nouveau circuit sera décliné à compter du 1^{er} janvier 2024. un flash info sera diffusé dans le courant du mois de décembre à l'ensemble des professionnels de santé.

Synthèse de ce nouveau circuit de retrait des commandes d'imprimés papier:

À compter de janvier 2024, l'ensemble des commandes réalisées depuis Amelipro sera directement livré à votre adresse professionnelle.

Nécessité d'anticiper les besoins car les impressions sont réalisées nationalement et le délai d'acheminement est d'environ 8 semaines à partir de la date de prise en charge en CPAM.

Quelques exceptions nécessitent le maintien d'un retrait à notre accueil

- les demandes en urgence (donc exceptionnelles)
- les kits de démarrage

Pour ces différentes situations, il conviendra de vous présenter à notre accueil durant les horaires d'ouverture ci-dessous :

- lundi mardi mercredi vendredi : 8h30-16h30
- jeudi : 12h30-16h30

Comme actuellement, vous serez avertis de la mise à disposition de votre commande par nos équipes par mail. Aussi, pensez bien à nous déclarer tout changement de mail pour que nous puissions vous joindre.

DÉPASSEMENT TARIFAIRE

Constat a été fait d'une pratique récurrente de dépassement réalisé par 2 médecins généralistes de notre département.

Une action ciblée va être réalisée d'ici la fin de la semaine à travers l'envoi d'un courrier en recommandé leur rappelant les dispositions réglementaires en la matière.

LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA *LE 16 MAI 2024*

**À 13H POUR LA SECTION SOCIALE ET 13H30 POUR LA SECTION
PROFESSIONNELLE**