



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES PHARMACIENS

1^{er} avril 2025

CPAM du Territoire de Belfort

03/04/2025

SOMMAIRE

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

04

POINTS DIVERS

DÉSIGNATION PRÉSIDENT ET VICE-PRÉSIDENT

PRÉSIDENCE 2025 SECTION PROFESSIONNELLE

VALIDATION DU COMPTE- RENDU DU 10/09/2024

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU 31 DÉCEMBRE 2024

STATISTIQUES DE DÉPENSES

Postes de dépenses	TOTAL			Evolutions Région	Evolutions France
	Montants	Evolution (€)	Evolution (%)		
TOTAL	76 525 117 €	2 701 187 €	3,7%	5,0%	5,1%
Médicaments	58 065 746 €	2 363 220 €	4,2%	6,3%	6,5%
Médicaments remboursés à 100%	39 504 657 €	1 819 547 €	4,8%	7,7%	7,5%
Médicaments remboursés à 65%	14 616 967 €	280 115 €	2,0%	1,8%	2,4%
Médicaments remboursés à 30%	3 070 797 €	202 515 €	7,1%	9,0%	11,5%
Médicaments remboursés à 15%	813 310 €	64 982 €	8,7%	4,8%	4,5%
Médicaments non remboursés par le R	59 515 €	-3 941 €	-6,2%	7,2%	14,1%
Médicaments remboursés à 80%	449 €	-49 €	-9,9%	6,3%	-9,2%
Médicaments remboursés à 35%	52 €	0 €		52,9%	-50,7%
Autres prestations	9 529 818 €	-53 648 €	-0,6%	-0,7%	-1,2%
Honoraires de dispensation	8 350 822 €	164 221 €	2,0%	1,6%	1,9%
Vaccins Grippe et ROR	318 816 €	-91 426 €	-22,3%	-14,9%	-18,6%
Permanence pharmaceutique	230 889 €	-3 193 €	-1,4%	-3,7%	0,1%
Aides et rémunérations conventionnelles	225 844 €	45 242 €	25,1%	17,2%	12,8%
Préparation magistrale et pharmaceutique	154 453 €	-1 078 €	-0,7%	-14,3%	-2,4%
Masques et tests COVID	147 682 €	-117 518 €	-44,3%	-34,1%	-43,0%
Campagne vaccination COVID	74 069 €	-73 482 €	-49,8%	-46,4%	-44,8%
Honoraires soins Pharmaciens	27 244 €	23 586 €	644,7%	149,7%	162,9%
LPP	8 929 553 €	391 616 €	4,6%	2,4%	3,2%
Appareils matériels de traitement et par	7 363 929 €	346 702 €	4,9%	2,5%	3,5%
Orthèses	1 545 439 €	45 525 €	3,0%	2,0%	1,9%
Véhicule pour handicapés	9 952 €	-3 193 €	-24,3%	-10,7%	-1,2%
Autres frais LPP	5 579 €	1 052 €	23,2%	-1,7%	1,3%
Prothèses externes non orthopédiques	4 654 €	1 530 €	49,0%	-0,7%	-1,9%

Commission des pharmaciens du département : TERRITOIRE DE BELFORT

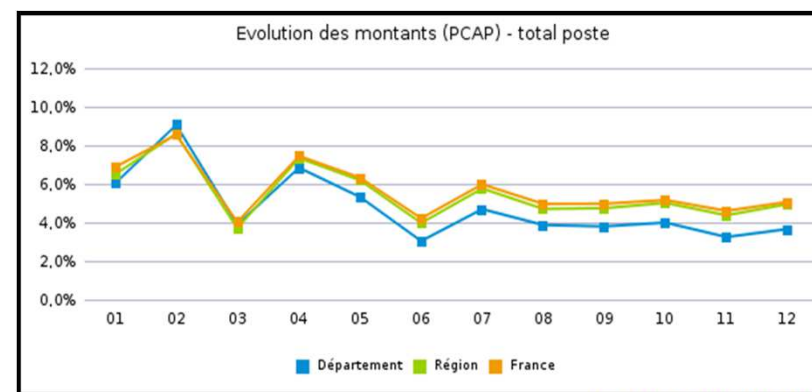
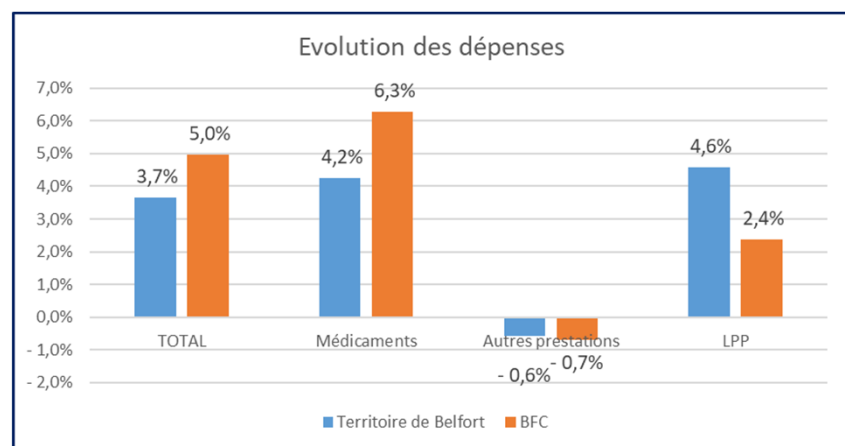
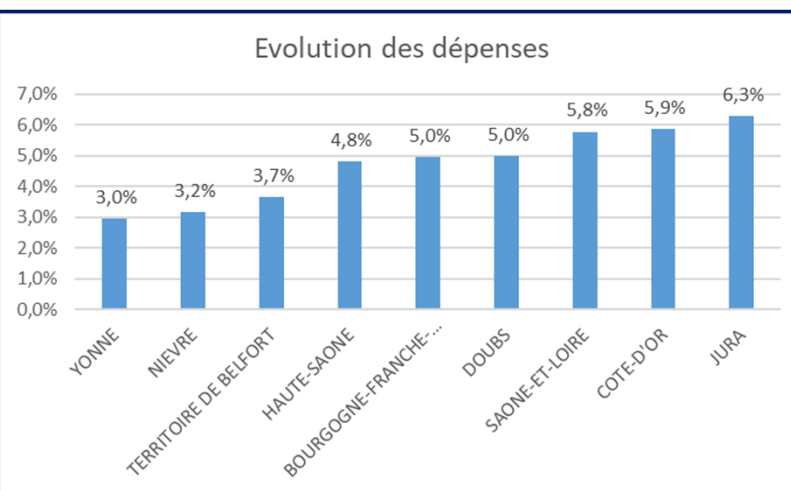
Activité des pharmaciens du 01/01/2024 au 31/12/2024 (en date de remboursement)

(PHARMACIE D OFFICINE, PHARMACIE MUTUALISTE)

- 76 525 117€ ont été versés en 2024 aux pharmacies du Territoire de Belfort.
- Ce montant est en hausse de +3,7% (+2 701 187€) après une stabilisation des dépenses en 2023 (+0,2%).
- Cette augmentation est légèrement inférieure aux tendances régionale (+5,0%) et nationale (+5,1%).
- Les hausses sont similaires pour les médicaments (+4,2%) et la LPP (+4,6%).
- Les montants versés pour les autres prestations sont en très légère baisse.

STATISTIQUES DE DÉPENSES

- Avec une augmentation des dépenses de +3,7%, le Territoire de Belfort est le département avec la 3^{ème} plus faible hausse en Bourgogne Franche-Comté après l'Yonne et la Nièvre.
- Après une forte hausse en février 2024, les montants versés ont diminué jusqu'en août avant de se stabiliser.
- Pour les délivrances de LPP, l'augmentation est plus forte dans le Territoire de Belfort (+4,6%) qu'en BFC (+2,4%).
- A l'exception des délivrances, actes liés au COVID19 et aux vaccins Grippe/ROR, l'ensemble des types de délivrances (médicaments, LPP...) est en hausse.
- Les « Aides et rémunérations conventionnelles » sont la prestation avec la plus forte augmentation (+25,1% ou +45 242€) avec l'impact de la ROSP Qualité de service (+11,6%) et du dépistage colorectal (+10 580€).

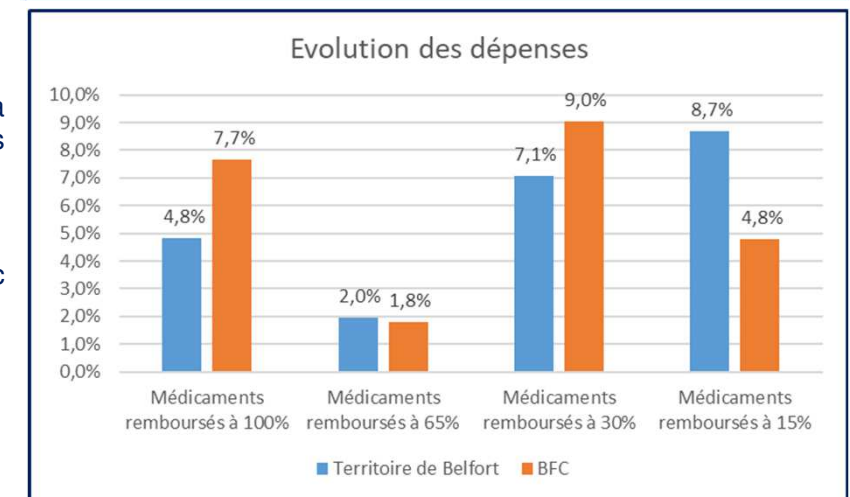
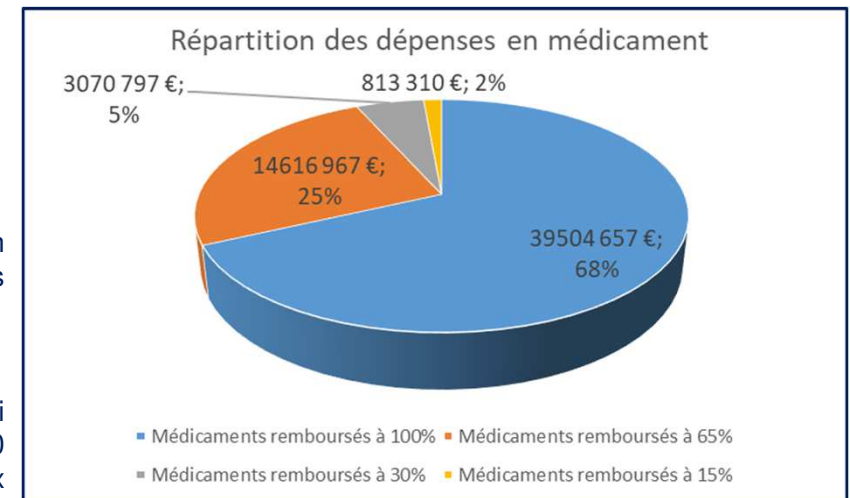


Agrir ensemble, protéger chacun

STATISTIQUES DE DÉPENSES

Médicaments :

- Les montants versés pour les délivrances de médicaments sont en hausse de +4,2% (+2 701 187€).
- Les médicaments remboursés à 100% représentent 68% des dépenses totales en médicaments avec 39 504 657€ suivis par les médicaments remboursés à 65% (25% des dépenses).
- Les médicaments remboursés à 100% sont en hausse de +4,8% (+2 363 220€). Parmi ceux-ci, les pharmacies à 65% et à 100% sont en très forte hausse avec +34,5% (+6 350 095€) et +239,4% (+7 497 444€). Dans le même temps, les dépenses liées aux médicaments d'exception sont en très forte baisse (-14 562 119€).
- Pour les médicaments remboursés à 65%, la situation est similaire avec une hausse de la pharmacie PH7 (+11,2% ou +3 693 276€) compensée, en partie, par une baisse des médicaments d'exception (-1 248 686€).
- Les dépenses pour les médicaments remboursés à 30% et à 15% augmentent avec respectivement +7,1% (+202 515€) et +8,7% (+64 982€). L'impact financier est plus faible.



STATISTIQUES DE DÉPENSES

LPP : augmentation pour toutes les catégories de LPP :

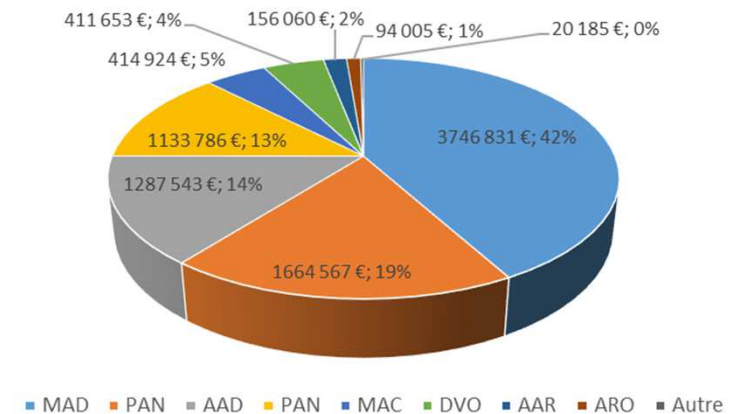
- Augmentation des dépenses de LPP avec +4,6% (+ 391 616€) contre +2,4% en BFC.
- Les montants versés augmentent pour la majorité des types de LPP à l'exception des pansements (-2,8%) et des appareils d'assistance respiratoire (-9,3%).
- Forte hausse pour les matériels et appareils de contention avec +34,8% (+15,2% en 2023).

Autres prestations :

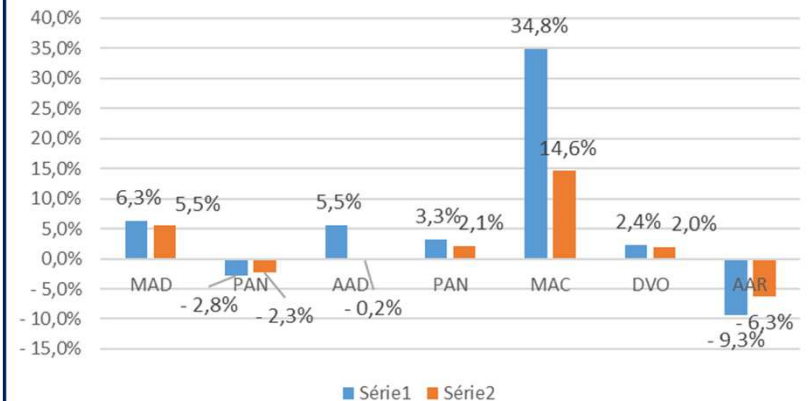
- Honoraires de dispensation : +2,0% (+164 221€). Quasiment tous les types d'honoraires de dispensation augmentent et notamment pour les médicaments spécifiques (+4,0%).
- Forte baisse pour les vaccins grippe/ROR (-22,3%) notamment pour les actes de délivrance (-32,8%). Les actes de vaccination par les pharmaciens sont en hausse (+8,8%).
- Aides et rémunérations conventionnelles : +125,1% (+34 514€). Les montants versés au titre de la ROSP Qualité de service 2023 ont augmenté de +11,6% par rapport à 2022. Les rémunérations liées au dépistage colorectal (+10 580€) et aux remises de Kit Dépistage cancer colorectal (+9 297€) ont aussi eu un fort impact.
- Permanence pharmaceutique : -1,4% (-3 193€). La baisse des majorations au titre de la garde de nuit (-3,4% ou -4 560€) est en partie compensée par la hausse des délivrances en urgence (+2,8% ou +2 127€).

9

Répartition des délivrance de LPP



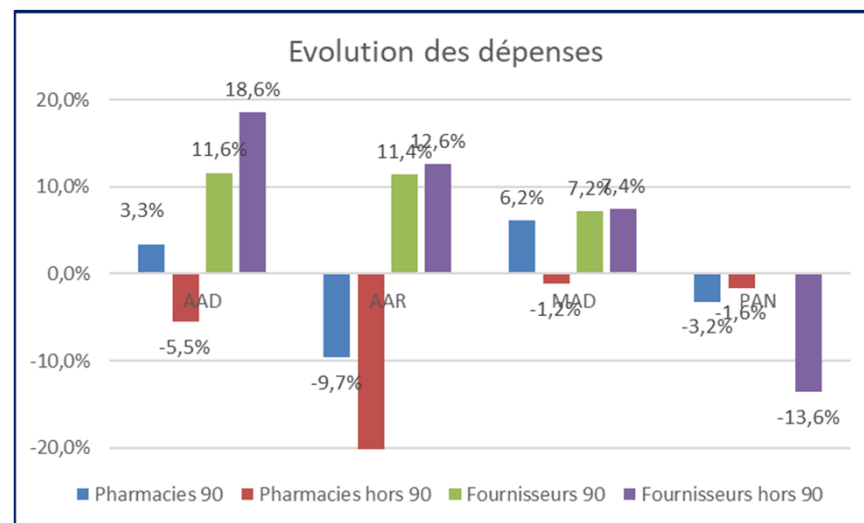
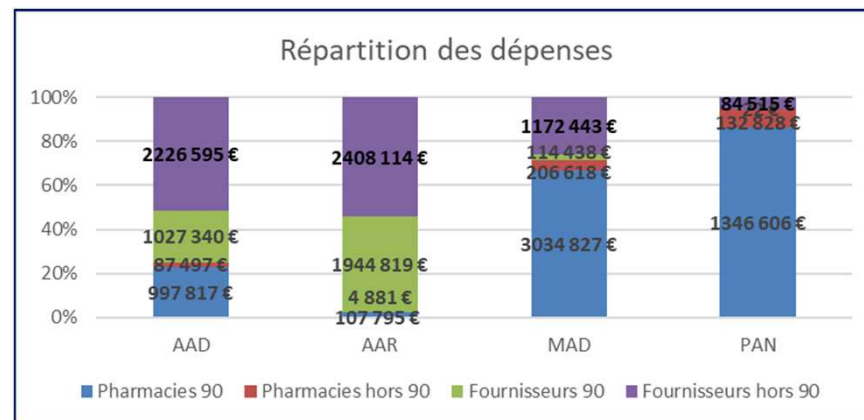
Evolution des dépenses



STATISTIQUES DE DÉPENSES: DÉTAIL FOURNISSEURS/ PHARMACIENS

- Une part importante des délivrances de MAD et de pansements dans les pharmacies avec respectivement 71,6% et 94,6%.
- Hausse des délivrances d'AAD pour les pharmacies du Territoire de Belfort et fournisseurs (forte hausse pour des fournisseurs hors Territoire de Belfort).
- Dynamiques différentes pour les délivrances d'AAR avec des baisses des dépenses pour les pharmacies et des hausses pour les fournisseurs.
- Augmentation des délivrances de MAD pour les fournisseurs et pharmacies (quasi stabilité pour les fournisseurs du Territoire de Belfort).
- Forte baisse des délivrances de pansements s'expliquant par l'arrêt de délivrances par une société localisée dans le Bas-Rhin.

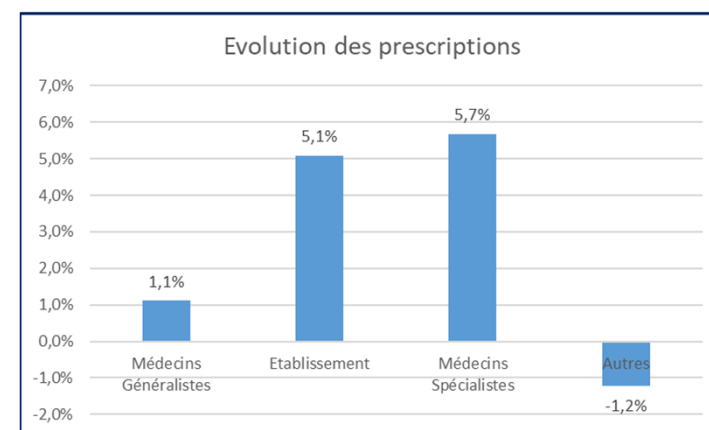
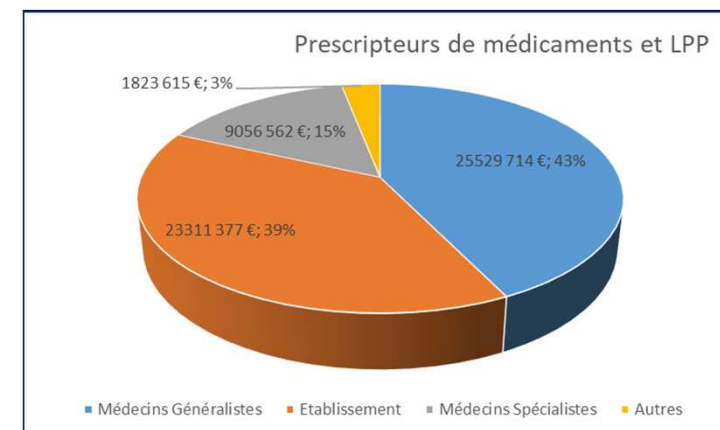
Code acte	Pharmacies 90	Pharmacies hors 90	Fournisseurs 90	Fournisseurs hors 90
AAD	997 817 €	87 497 €	1 027 340 €	2 226 595 €
AAR	107 795 €	4 881 €	1 944 819 €	2 408 114 €
MAD	3 034 827 €	206 618 €	114 438 €	1 172 443 €
PAN	1 346 606 €	132 828 €	22 €	84 515 €



STATISTIQUES DE DÉPENSES : LES PRESCRIPTEURS

- Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs (25 529 714) suivis de près par les établissements (23 311 377€). Les médecins spécialistes sont ensuite la catégorie de professionnels de santé ayant encore un fort impact financier (15% des dépenses).
- Les prescriptions sont en hausse pour la majorité des catégories de prescripteurs à l'exception des pharmaciens (-21,2%) et des dentistes (-5,3%).
- Les prescriptions par les établissements sont en hausse de +5,1% (+1 129 130€) principalement liées au CHRU Jean Minjot (+16,9% ou +617 306€). Pour l'HNFC les prescriptions augmentent de +5,5% (+592 972€). Ces hausses sont compensées en partie par la très forte baisse des prescriptions de l'HOPITAL EDOUARD HERRIOT (-569 059€) situé dans le Rhône.
- La hausse des prescriptions des médecins spécialistes est principalement due à la forte augmentation par les pneumologues :

Spécialité	Montant 2024	Evolution 2024 (€)	Evolution 2024 (%)
OPHTAMOLOGIE	1 349 106 €	40 218 €	3,1%
PNEUMOLOGIE	1 021 422 €	198 963 €	24,2%
NEUROLOGIE	976 711 €	36 456 €	3,9%
RHUMATOLOGIE	847 483 €	-36 769 €	-4,2%
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	732 082 €	127 314 €	21,1%



02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE- NOUVELLES TARIFICATIONS DEPUIS LE 8/01



CODES ACTES

Il convient de facturer :

- Un code « adhésion » au démarrage de l'accompagnement.

NB : ce code est identique pour tous les thèmes mais doit être facturé à chaque adhésion d'un patient à un nouveau thème.

La facturation des séquences annuelles est découpée en plusieurs facturations qui ont lieu lors des différents entretiens ou étapes : à chaque entretien/étape, le pharmacien facturera le code acte correspondant au tarif indiqué dans le tableau ci-dessous.

Thème	Année d'accompagnement	Code prestation à facturer	1 ^{er} entretien	2 ^e entretien	3 ^e entretien	Total annuel
Tous thèmes	Adhésion tous thèmes	TAC				0,01€
AVK, AOD, ASTHME	Année 1	ASI	15€	15€	20€	50€
	Années suivantes	ASS	10€	20€		30€
Anticancéreux long cours	Année 1	AC1	15€	15€	30€	60€
	Années suivantes	AC3	10€	20€		30€
Anticancéreux (autres)	Année 1	AC2	15€	15€	50€	80€
	Années suivantes	AC4	10€	20€		30€

NB : Afin d'accompagner au mieux les patients sous « autres traitements anticancéreux », il peut être nécessaire de rapprocher les entretiens, notamment en initiation de traitement. Dans ce cas, **la séquence d'entretien peut être finalisée avant le délai de 12 mois..**

Thème	Année d'accompagnement	Code prestation à facturer	Entretien initial	Analyse et transmission au MT	2 ^e entretien	3 ^e entretien	Total annuel
Bilan de médication	Année 1	BMI	15€	15€	15€	20€	65€
	Années suivantes avec ou sans changement	BMS	10€	20€			30€



BON À SAVOIR

- Les séquences d'accompagnement pour chaque année (années 1 et suivantes) doivent toujours être réalisées sur 12 mois ; seule la rémunération est échelonnée lors des différents entretiens (exception faite pour les accompagnements anticancéreux « autres ») ;
- Pour un même patient, il ne peut être facturé plus de codes actes par année que précisé dans le tableau ci-dessus ;
- Une seule pharmacie peut accompagner un patient, la pharmacie ayant débuté la séquence annuelle d'entretien en premier percevra la rémunération ;
- Ces codes actes doivent être facturés indépendamment de tout code CIP ;
- Les prix indiqués sont TTC.
- La prestation est facturée en tiers payant et prise en charge à 100 % pour l'accompagnement anticancéreux (fin de séquence) et le code traceur TAC et à 70 % pour les autres thèmes.
- La situation du patient doit être prise en compte lors de la facturation :
 - AT/MP si les traitements sont en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle,
 - Affection longue durée (ALD) si les traitements sont en lien avec l'affection de longue durée
 - Maternité.
- Pour chaque entretien réalisé à distance, il convient de facturer le code acte spécifique « TPH ». Et ce, en plus du code acte de l'entretien tel que détaillé ci-dessous.

ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE- ÉVOLUTION



SÉQUENCES ANNUELLES D'ACCOMPAGNEMENT

Thème d'accompagnement	1 ^{ère} année d'accompagnement	Années suivantes
AOD, AVK et Asthme	• 1 entretien d'évaluation • 2 entretiens thématiques	2 entretiens thématiques
Bilan partagé de médication	• 1 entretien de recueil • analyse / transmission au médecin traitant • 1 entretien de suivi • 1 entretien d'observance	s'il y a changement de traitement : • actualisation de l'analyse • entretien de suivi • entretien d'observance sans changement de traitement : • 2 entretiens d'observance
« Traitements anticancéreux au long cours »	• un entretien initial	2 entretiens d'observance
« Autres traitements anticancéreux »	• 2 entretiens thématiques (vie quotidienne - effets indésirables et observance)	2 entretiens thématiques (vie quotidienne - effets indésirables et observance)



Le service ADRI (Acquisition des DRoits Intégrés) permet au pharmacien de connaître les droits à jour du patient en l'absence de carte Vitale avec un historique d'un an, et donc de sécuriser la facturation.



ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE- ÉVOLUTION



CAS PARTICULIER

Seule la dérogation changement de traitement pour le thème anticancéreux persiste.

QUE FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE TRAITEMENT

Pour l'accompagnement anticancéreux :

- **Au cours de la première année de l'accompagnement** : le pharmacien peut facturer la même année, à la fois un tarif « 1^{ère} année » et un tarif « années suivantes », sous réserve qu'ait été réalisés :
 - AVANT le changement de traitement : a minima l'entretien initial et un entretien thématique,
 - APRES le changement de traitement : a minima deux entretiens thématiques.
- **Au cours de la/des année(s) suivante(s)** : le pharmacien peut facturer deux tarifs « années suivantes », sous réserve qu'ait été réalisés :
 - AVANT le changement de traitement : a minima un entretien thématique,
 - APRES le changement de traitement : a minima deux entretiens thématiques pour les autres traitements anticancéreux, et un seul entretien thématique pour les traitements anticancéreux au long cours.



LES PATIENTS CONCERNÉS

PAR L'ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE

Pour être accompagné par le pharmacien, un patient doit être sous traitement par un anticancéreux oral ou **suivi pour un traitement chronique**, c'est-à-dire qu'il doit être soit sous traitement par AVK, AOD, antiasthmatiques, soit polymédiqué avec au moins 5 traitements (bilan partagé de médication) pour une durée consécutive, prévisible ou effective supérieure ou égale à 6 mois.

ÉVOLUTION TARIFAIRES- 08 JANVIER 2025

Depuis le 8 janvier 2025, les évolutions tarifaires suivantes sont entrées en vigueur, comme prévu par l'avenant 1 à la convention nationale des pharmaciens d'officine.

➤ **Honoraire à l'ordonnance**

En métropole, cet honoraire sera facturé 0,61 € TTC au lieu des 0,51 € TTC auparavant

➤ **Honoraires de garde**

Ils sont revalorisés :

- la nuit, de 20 h à 00 h 00 et de 06 h à 08 h : 10 € TTC par ordonnance ;
- la nuit profonde de minuit à 06 h : 20 € TTC par ordonnance ;
- les dimanches et jours fériés, de 8 h à 20 h : 6 euros TTC par ordonnance.

À noter : le ticket modérateur des honoraires de garde est de 35 %, comme les autres honoraires à l'ordonnance.

➤ **Indemnité d'astreinte**

Elle est revalorisée de 10 €, soit une indemnité de 200 € TTC par astreinte pour les pharmacies de garde la nuit, le dimanche ou un jour férié.

➤ **Nouvel entretien « opioïdes »**

Les pharmaciens peuvent proposer à leurs patients cet entretien qui vise à lutter contre la dépendance aux opioïdes en accompagnant les patients dans la prise de leurs traitements.

Il s'agit d'un entretien court sur le modèle de l'entretien femme enceinte, qui sera rémunéré 5 € TTC par patient.

OBLIGATION DE SÉRIALISATION : ÉVOLUTION DU CIRCUIT DEPUIS JANVIER 2025

Le dispositif de sérialisation vise à lutter contre l'introduction de médicaments falsifiés dans l'Union européenne (directive 2011/62/UE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011). Ce dispositif consiste à attribuer un numéro d'identification unique à chaque boîte de médicaments par le fabricant, lisible en clair sur la boîte et encodé dans un code barre appelé « data matrix ». Ce numéro permet un suivi tout au long de la chaîne de distribution jusqu'à l'officine. Le pharmacien doit scanner le « data matrix » présent sur la boîte pour vérifier l'authenticité des informations inscrites sur le produit et désactive ainsi l'identifiant unique qui ne peut plus être attribué à une autre boîte, en vertu de l'article 25 du règlement délégué 2016/161 de la Commission européenne du 2 octobre 2015.

La désactivation préalable de l'identifiant unique sur chaque boîte délivrée concernée est prévue aux articles R. 5121-138-1 et R. 5121-138-3 du code de la santé publique et rappelée dans l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments en officine.

Pour inciter les pharmaciens à réaliser cette action (4% ne décommissionnent toujours pas), un dispositif de sanction a été mis en place avec notamment une sanction financière auparavant notifiée par l'ARS. A partir du 1er janvier 2025, cette gestion est reprise par l'Assurance Maladie. La procédure est la suivante :

- Chaque trimestre, la CNAM transmet la liste des pharmacies ciblées.
- Notification des griefs à la pharmacie par la CPAM.
- Si la pharmacie change de pratique => adressage d'un courrier de rappel à la réglementation.
- Si la pharmacie ne change pas de pratique => notification d'une pénalité financière de 2 000€

PRESCRIPTION AGLP1- CAMPAGNE MAILING DU 30/01/25

Contexte

A compter du 01/02/2025, un nouveau dispositif d'accompagnement à la prescription adopté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 se met en place. A ce jour, seuls les antidiabétiques analogues du GLP-1 (AGLP-1) sont concernés lors des prescriptions exécutées en ville. Suite au constat de prise en charge hors des indications remboursables alors même que des tensions d'approvisionnement existent, ce dispositif a été créé pour s'assurer que les prescriptions de ces médicaments sont conformes aux indications thérapeutiques remboursables (ITR) / autorisation de mise sur le marché (AMM).

Un nouveau formulaire d'accompagnement à la prescription est mis en place qui conditionnera le remboursement du traitement auprès du patient par l'Assurance Maladie.

Au cours de toute la durée du traitement, le formulaire ne doit être renseigné **qu'une seule fois par patient** (à l'instauration du traitement ou lors de son 1er renouvellement après le 01/02/25) et le justificatif (volet 3) doit être stocké dans le DMP du patient ou conservé par le patient pour être systématiquement présenté à l'officine. Une souplesse de 3 mois (jusqu'au 01/05/25) est laissée aux professionnels de santé pour s'approprier le dispositif et laisser le temps aux patients de renouveler leur traitement le cas échéant.

Les médicaments concernés par le dispositif sont Ozempic® (sémaglutide), Trulicity® (dulaglutide) / Victoza® (liraglutide), Byetta® (exenatide)

PRESCRIPTION AGLP1

En 2024, **33 000 patients ont consommé au moins une fois un AGLP-1 en région :**

- 18 900 patients avec Ozempic® (sémaglutide)
- 19 600 patients avec Trulicity® (dulaglutide) ou Victoza® (liraglutide)
- 96 patients avec Byetta® (exenatide)

Pour rappel, la prévalence du diabète parmi la population est de 7,2% en région vs 6,3% en France. En rapportant le nombre de patients traités par AGLP1 aux patients diabétiques, le taux est de 16% en région vs 17% en France.

En 2024,

- Le nombre moyen de patients avec une prescription d'AGLP1 **par médecin généraliste en BFC est de 11** (id en France).
- Le nombre moyen de patients AGP1 **par pharmacien est de 35 avec en moyenne 8,5 délivrances d'AGLP1 par an.**

Dans notre département, on recense en 2024, 1562 patients avec un AGLP-1 - 6,7% de prévalence et 17% de patients diabétiques sous AGLP-1.

Le nombre moyen de patients d'AGLP-1 par pharmacien est de 32 contre 35 en moyenne en BFC et le nombre moyen de délivrances par patient et pharmacien est de 8,2 contre 8,5 en moyenne en BFC.

PRESCRIPTION AGLP1

Le dispositif d'accompagnement en pratique

Le pharmacien est tenu de s'assurer que le médicament prescrit l'est bien dans son ITR/AMM pour le facturer l'Assurance Maladie. Pour l'y aider, un justificatif renseigné par le prescripteur et présenté par le patient accompagnera la prescription de certains médicaments à chaque dispensation.

Pour facturer à l'Assurance Maladie, le pharmacien doit systématiquement disposer de ce document et de l'ordonnance. Il doit vérifier le caractère conforme à l'ITR/AMM de la prescription. Lorsque le cas présente, **le pharmacien utilise le code prestation « PRR » et doit pouvoir présenter le justificatif en cas de contrôle.** Le pharmacien ne peut facturer le médicament concerné à l'Assurance Maladie que lorsqu'il est prescrit dans ses indications thérapeutiques remboursables.

Inscrire le justificatif d'accompagnement dans le DMP du patient

Pour éviter au patient de devoir conserver durablement la version papier du justificatif d'accompagnement à la prescription, le pharmacien est invité à l'enregistrer dans son dossier pharmaceutique et surtout dans le Dossier Médical Partagé (DMP) du patient (ou à demander au patient d'enregistrer lui-même ce document dans [Mon](#) |

Les médicaments concernés

À ce jour, le dispositif est conçu pour les antidiabétiques analogues du GLP-1 (AGLP-1). En effet le mésusage, notamment encouragé par des **influenceurs sur les réseaux sociaux comme « amaigrissant »**, est très largement confirmé par l'Assurance Maladie, à la suite de nombreux signalements faits par des pharmaciens.

Aussi, l'accompagnement à la prescription s'applique à compter du 1er février 2025 pour tous les AGLP-1 (1) :

- le sémaglutide (Ozempic®) ;
- le dulaglutide (Trulicity®) ;
- le liraglutide (Victoza®) ;
- l'exénatide (Byetta®).

Une [infographie détaillant notamment les conditions de prise en charge, les patients traités par ces médicaments, réalisée avec les associations de patients, est consultable et téléchargeable \(PDF\)](#).

(1) Arrêtés du 10 janvier 2025 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés

Une [infographie détaillant notamment les conditions de prise en charge, les patients traités par ces médicaments, réalisée avec les associations de patients, est consultable et téléchargeable \(PDF\)](#).

MÉDICAMENTS OPIOÏDES : DE NOUVELLES RÈGLES DE PRESCRIPTION DEPUIS LE 1ER MARS 2025

Les médicaments opioïdes, tels que le tramadol et la codéine, nécessitent une attention accrue en raison des risques importants de dépendance, d'abus et de surdosage. Face à **la persistance des cas de mésusage et de présentation d'ordonnances falsifiées**, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a décidé de faire **évoluer les règles de prescription**.

Deux nouvelles dispositions sont entrées en vigueur le **1er mars 2025**.

Une période de dérogation permettant la rédaction des ordonnances de ces produits sur support non sécurisé est en vigueur jusqu'au 31 mars 2025. Les ordonnances rédigées jusqu'au 31 mars 2025 sur un support non sécurisé sont valables jusqu'à la fin de la durée du traitement prescrite ([décision du 26/02/2025 modifiant la décision du 24/09/2024 - site \[ansm.sante.fr\]\(https://ansm.sante.fr\)](#)).

MÉDICAMENTS OPIOÏDES : DE NOUVELLES RÈGLES DE PRESCRIPTION DEPUIS LE 1ER MARS 2025

Tous les médicaments contenant du tramadol, de la codéine ou de la dihydrocodéine devront obligatoirement **être prescrits sur une ordonnance sécurisée**, qu'ils soient seuls ou associés à d'autres substances (paracétamol, ibuprofène, etc.).

Sur cette ordonnance, le prescripteur doit avoir inscrit en toutes lettres les mentions suivantes :

- le dosage ;
- la posologie ;
- la durée du traitement.

Si l'ordonnance sécurisée ne comporte pas ces mentions obligatoires, la délivrance ne sera pas possible.

Comment se procurer des ordonnances sécurisées ?

Pour rappel, l'ordonnance sécurisée répond à la norme de l'Association française de normalisation (Afnor) NF280. Chaque professionnel de santé prescripteur peut commander ces ordonnances grâce à son numéro RPPS et Assurance Maladie **auprès d'un imprimeur agréé Afnor**, dont la liste est disponible sur [le site certificats-attestations.afnor.org](https://le.site.certificats-attestations.afnor.org).

La durée maximale de prescription des médicaments contenant de la codéine (ou de la dihydrocodéine) est alignée sur celle du tramadol, soit 12 semaines (3 mois).

22 Au-delà de cette période, une nouvelle ordonnance sécurisée sera requise pour poursuivre le traitement.

PANSEMENTS: NOUVELLES RÈGLES DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE

L'arrêté du 13 mars 2025 portant modification des modalités d'inscription des articles pour les pansements inscrits au chapitre 3 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (JO du 19 mars 2025) précise les modalités de prescription et de délivrance des pansements inscrits sur la LPP applicables à compter du 1er avril 2025.

Modalités de prescription

La prescription en vue d'une prise en charge doit être fondée sur une évaluation clinique de la plaie réalisée par un professionnel de santé habilité, en mesure d'accompagner le patient et d'assurer le suivi de l'évolution de la plaie.

La prescription précise expressément

- la catégorie de pansements ou de compresses,
- la quantité de produits nécessaires,
- la taille
- et le cas échéant, tout autre élément que le prescripteur jugerait nécessaire (tels que la dénomination commerciale précise et complète d'un article pour pansements, le caractère absorbant et/ou adhésif pour les pansements)
- ainsi que la fréquence recommandée de renouvellement.

Modalités de délivrance

A la suite de la prescription initiale d'un produit de la présente section, la première délivrance par le pharmacien ou prestataire de service et distributeur de matériel **est limitée à 7 jours de traitement.**

A la demande expresse du patient, cette délivrance peut ensuite être renouvelée à l'issue de la période de traitement couverte par le premier conditionnement, en fonction des besoins du patient, et dans la limite de la durée de traitement mentionnée sur l'ordonnance.

CALENDRIER VACCINAL 2025

À partir du 1er janvier 2025, la vaccination contre les infections à méningocoques ACWY et B devient obligatoire pour les nourrissons. La vaccination contre le méningocoque C, déjà obligatoire, sera remplacée par celle contre les méningocoques ACWY, tandis que la vaccination contre le méningocoque B, jusqu'ici fortement recommandée, devient également obligatoire.

Le nouveau calendrier vaccinal devrait être publié entre le 28 avril et le 5 mai.

Les nouveautés:

- ❑ Mise en place d'une obligation vaccinale contre le méningocoque B à partir du 1er janvier 2025 pour tous les nourrissons. Si le nourrisson n'est pas à jour de ces vaccinations à l'entrée en collectivité, les parents disposent de 3 mois pour débiter ou compléter le schéma vaccinal selon les tableaux indiqués ci-dessous. La vaccination contre le méningocoque B avec le vaccin Bexsero® est pratiquée chez le nourrisson selon le schéma suivant : M3 M5 M12.
- ❑ Mise en place d'une obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY (en remplacement de l'obligation vaccinale contre le méningocoque C) à partir du 1er janvier 2025. La vaccination contre les méningocoques ACWY est recommandée chez le nourrisson selon le schéma suivant : **M6 (vaccin Nimenrix®), M12 (Vaccin Nimenrix® ou Menquadfi®)**. Si l'enfant a été vacciné avec 2 doses contre le méningocoque C avant le 01/01/2025, le schéma vaccinal est complet, il est à jour. Si l'enfant a reçu 1 dose à 5 mois contre le méningocoque C avant le 01/01/2025, il recevra un rappel à 12 mois contre les méningocoques ACWY.

VACCINATION CONTRE LES MÉNINGOCOQUES RECOMMANDÉE POUR CERTAINES PERSONNES

Vaccination ACWY recommandée chez les adolescents et jeunes

La vaccination ACWY est recommandée chez tous les adolescents âgés de 11 à 14 ans, selon un schéma à une dose, quelque soit leur vaccination antérieure. Par conséquent, un enfant ayant été vacciné antérieurement par un vaccin ACWY ou un vaccin méningococcique C avant l'âge de 11 ans pourra bénéficier d'une dose de vaccin entre 11 et 14 ans.

Dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination ACWY est recommandée entre 15 et 24 ans avec une dose.

Vaccinations ACWY et B recommandées chez les personnes à risque d'infection à méningocoque et pour leur entourage

La vaccination contre les méningocoques ACWY et B est recommandée chez des personnes se trouvant dans certaines situations de santé à risque d'infection notamment les personnes immunodéprimées.

Les vaccinations contre le méningocoque B et ACWY sont également recommandées pour l'entourage familial des personnes à risque élevé d'infection à méningocoques.

Vaccination des cas contact de méningite

La vaccination des cas contacts en cas de méningite à méningocoque A, C, W ou Y dans l'entourage non du malade doit être réalisée, le plus rapidement possible et au maximum dans les 10 jours suivant le dernier contact avec la personne infectée. En cas de méningite à méningocoque B dans l'entourage du malade, la vaccination contre le méningocoque B n'est pas recommandée pour les sujets contacts de cas sporadiques d'infections à méningocoque B en sus de l'antibioprophylaxie. Cette procédure peut être revue si les cas de méningites sont nombreux (cas groupés).

En milieu professionnel

²⁵ La vaccination contre les infections à méningocoque ACWY et B est recommandée chez les personnels des laboratoires de recherche travaillant sur le méningocoque.

CALENDRIER VACCINAL 2025

La vaccination contre les méningocoques en pratique

La vaccination contre les méningocoques B et ACWY peut être réalisée par :

- un médecin généraliste ;
- un pédiatre ;
- une sage-femme ;
- un infirmier, sur présentation d'une prescription médicale indiquant à la fois l'acte d'injection et le vaccin.

Quand réaliser la vaccination contre les méningocoques ACWY et B ?

Vaccination selon l'âge du nourrisson né en 2025

	3 mois	5 mois	6 mois	12 mois
Vaccination contre les méningocoques ACWY	-	-	1re injection	2e injection
Vaccination contre les méningocoques B	1re injection	2e injection	-	3e injection

Et pour les enfants nés avant 2025 ?

Les nourrissons qui ont reçu une 1re injection de vaccin contre les méningocoques C avant le 1er janvier 2025 doivent recevoir une 2e dose avec un vaccin contre les méningocoques ACWY.

Chez les adolescents de 11 à 14 ans, la vaccination ACWY est désormais recommandée, indépendamment de leur statut vaccinal.

<https://vaccination-info-service.fr/La-vaccination-au-cours-de-la-vie/Nourrissons-et-enfants-de-la-naissance-a-13-ans>

<https://vaccination-info-service.fr/La-vaccination-au-cours-de-la-vie>

L'APPLI CARTE VITALE

LES AVANTAGES POUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ AUJOURD'HUI



Toujours dans
le smartphone de l'assuré



Plus de chances que vos patients aient leur carte Vitale avec leur smartphone, et donc de pouvoir faire une télétransmission sécurisée et de **bénéficier de la garantie de paiement**

INS qualifié



L'INS est déjà qualifié, plus besoin de demander la pièce d'identité à l'ouvrant droit !

Accès systématique
au service de droits (ADRI)



Des feuilles de soins fiabilisées grâce à l'accès systématique au service de droit ADRI en temps réel, **réduisant le risque d'erreurs et de rejets de factures.**

Mise à jour automatique des
données



Mise à jour automatique des données de l'Assurance Maladie et de l'Identité Nationale de Santé (INS) (sauf Etat Civil), lors de l'ouverture de l'appli carte Vitale.

Accès aux services de l'Assurance
Maladie



Facturation SESAM-Vitale, Téléservices intégrés AMO au logiciel, DMP

L'APPLI CARTE VITALE

LES AVANTAGES POUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ ET L'ASSURÉ À L'AVENIR

Pour le professionnel de santé

L'identité **AMC** (assurance maladie complémentaire) **viendra s'ajouter aux identités déjà portées par l'appli carte Vitale.**

En télésanté, l'appli carte Vitale permettra de fiabiliser les données du patient et sécuriser la facture à distance.

L'appli carte Vitale a notamment pour objectif d'aider les **fournisseurs de services (établissement de santé, laboratoires...)** à la numérisation (préadmissions, accueil à l'entrée, prise de rendez-vous, authentification de patients lors de la consultation, sortie et suivi post-hospitalisation, ...).



Pour l'assuré

L'identité **AMC** viendra s'ajouter aux identités déjà portées par l'appli carte Vitale

L'appli carte Vitale deviendra **fournisseur d'identité**, il sera possible de **s'identifier de manière sécurisée** à d'autres services numériques de santé.

Déléguer les usages de leur carte à une personne de confiance pour un temps déterminé (par exemple les grands-parents qui gardent les enfants) .

L'APPLI CARTE VITALE

LES PRÉREQUIS POUR LIRE L'APPLI CARTE VITALE

Mise à jour du logiciel de facturation



- ✓ Le logiciel doit être agréé Addendum 8 pour être compatible.
- ✓ La fonctionnalité de lecture de l'appli carte Vitale doit être activée

Matériel de lecture



QR Code



NFC

- ✓ L'Assurance Maladie préconise l'usage du QR Code car cette technologie est compatible avec tous les smartphones.

La technologie NFC n'est pas disponible sur les iPhone et certains smartphones sous Android.

Les **éditeurs** ont la responsabilité de :

- Assurer la mise à jour du **logiciel**
- Conseiller sur la compatibilité du **matériel de lecture** avec l'appli carte Vitale

L'APPLI CARTE VITALE

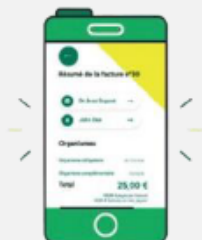
LA FACTURATION AVEC L'APPLI CARTE VITALE

Le professionnel de santé lit les données de l'appli carte Vitale de son patient via un lecteur QR Code ou NFC.



Authentification en ligne sur le SI appli carte Vitale

En cas de signature sécurisée



Le patient reçoit directement sur son smartphone une information sur la dépense de soins.

Remarque : pas le cas en mode SESAM sans vitale.



Le logiciel de facturation se connecte au téléservice **ADRI** pour récupérer la situation administrative (droits du bénéficiaire de soins) de son patient

La durée d'une session est limitée à 20 min.
Au-delà, une réauthentification sera nécessaire.

Le professionnel de santé signe en ligne la feuille de soins électronique
1 facture par session.
Au-delà, une réauthentification sera nécessaire.

L'APPLI CARTE VITALE

L'USAGE CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

1) Déverrouillez l'appli avec le code personnel



2) Sélectionner le mode QR code ou sans contact suivant ce que l'équipement du professionnel de santé

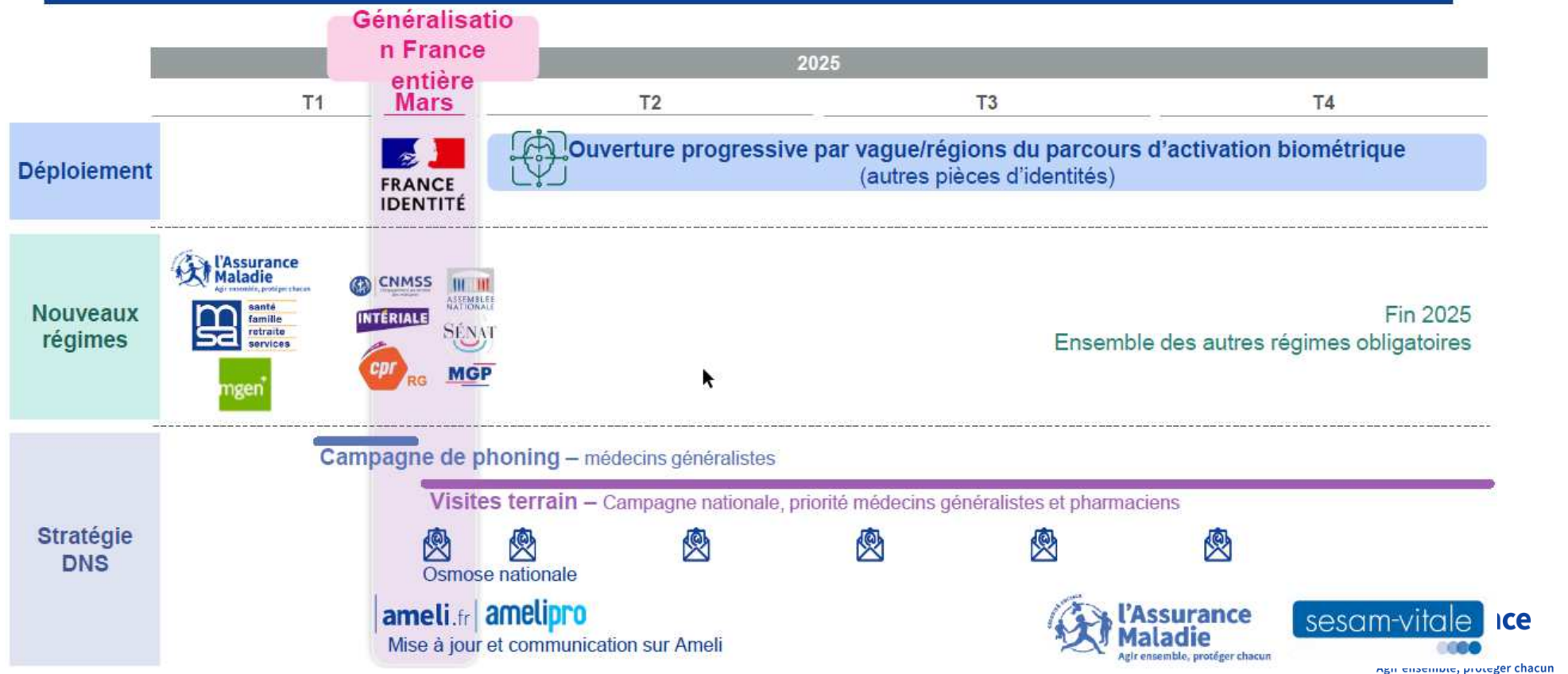


3) Approcher du matériel de lecture



L'APPLI CARTE VITALE

LE DÉPLOIEMENT



03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

OUTIL ASAFO- CONTEXTE, BILAN, ET ÉVOLUTION AU 25/02/2025

Contexte

- ASAFO-PHARMA a été créé en 2011 par des CPAM d'Ile de France. Pour faire face à la forte augmentation des délivrances frauduleuses de médicaments onéreux par des pharmacies d'officine, l'outil a été généralisé le 1^{er} août 2024.
- La vérification de l'authenticité des ordonnances fait partie des missions des pharmaciens :
 - La Convention nationale de mars 2022 rappelle en son article II que « l'analyse pharmaceutique conduit plus particulièrement à vérifier la validité et l'authenticité de l'ordonnance ».
 - La dispensation des médicaments doit être conforme à des bonnes pratiques (art. L5125-5 du code de la santé publique et arrêté du 26 février 2021) qui comportent notamment la vérification de la validité et la régularité de l'ordonnance,
 - L'avenant n°1 de juillet 2024 rappelle l'engagement des pharmaciens dans la lutte contre les fraudes aux ordonnances en fixant un objectif annuel de connexions à l'outil ASAFO-PHARMA (au moins une connexion par semaine pendant 46 semaines au cours de l'année civile / taux de connexion 90% = 100€/an).

CONTEXTE

L'outil ASAFO Pharma généralisé le 1^{er} août 2024, permet :

➤ Aux officines :

De signaler des suspicions de fausses ordonnances aux organismes

De consulter les signalements de fausses ordonnances avérées

➤ Aux organismes :

De statuer sur le caractère avéré des signalements des officines

De signaler des fausses ordonnances avérées aux officines et à l'ensemble des organismes

De consulter l'ensemble de signalements

BILAN

Au national :

Bilan chiffré au 18/11/24

Signalements traités



Ordonnances suspectes transmises par les officines aux caisses

Depuis le 1er août 2024, plus de 3000 ordonnances suspectes de fraudes ont été transmises par les pharmacies dont :

- 1 612 avérées frauduleuses
- 477 classés sans suite
- 573 en attente d'authentification par le prescripteur
- 366 nouveaux signalements par les officines en attente de traitement



Signalements adressés par les CPAM aux officines

Par ailleurs, depuis le 1er août 2024, plus de 1 300 signalements ont été adressés directement par les CPAM aux officines

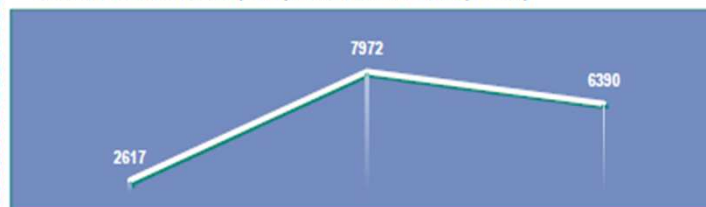
Nombre de connexions

Nombre de connexions ASAFO : L'ensemble des indicateurs de suivi sont à la hausse . À partir de mi-septembre entre 3 000 à 7 900 accès au service par semaine (1 800 à 2 300 pharmacies par semaine)

Nombre d'officines (sur la première semaine de chaque mois)



Nombre d'accès aux services (sur la première semaine de chaque mois)



Semaine du 02/09 au 06/09

Semaine du 30/09 au 04/10

Semaine du 04/11 au 08/11

Signalements en BFC au 25/02 : 146

- 119 avérés
- 27 classés sans suite

Signalements CPAM au 25/02 :

- 1 réceptionné fin janvier – ordonnance dupliquée
- 3 réceptionnés en février - en cours d'étude

ÉVOLUTION

Pour les organismes, depuis le 30/01 :

Demande d'authentification auprès des prescripteurs libéraux depuis l'outil (déjà testé pour la CPAM). Possibilité de relancer le PS libéral en cas d'absence de réponse et d'importer un fichier de données pour confronter les NIR à la liste nationale des ordonnances frauduleuses. Accès aux bilans et indicateurs (Top des médicaments les plus présents sur les ordonnances et des médecins prescripteurs les plus usurpés).

Pour les officines, depuis le 30/01 :

Récupération des informations de la carte vitale pour confronter automatiquement le NIR à la liste nationale des ordonnances frauduleuses.

Pour les prescripteurs libéraux

Ouverture d'un service amelipro permettant au prescripteur libéral de visualiser l'ordonnance à authentifier et d'envoyer automatiquement la réponse à l'organisme. Ce nouveau service a été ouvert le lundi 3 février 2025.

CONTRÔLE NATIONAL FACTURATION 2025

La contrôle annuel va être mis en place au cours de cette année 2025. La période de contrôle s'établit sur la période allant du 01/10/2024 au 31/03/2025.

Un échantillon de 125 factures par pharmacien ciblé sera étudié.

Le planning prévisionnel est le suivant:

- Notification des anomalies détectées avant la fin septembre 2025
- Notification définitive des indus début décembre.

Un état des anomalies détectées sera réalisé à l'occasion de la prochaine commission.

DISPENSATION À L'UNITÉ - DISPENSATION À DOMICILE

1/ Dispensation à l'unité:

Le versement de la rémunération dédiée sera réalisée le 17/03 (+ délais bancaires)

La rémunération d'un montant total de 3 150€ concerne 51 officines au titre de l'année 2024 (suite cession/ rachat pour 4 officines)

Les variables sont comprises entre 1 et 500€

(8 officines concernées par un versement > 100€)

2/ dispensation à domicile:

Versement de la rémunération le 26/03- concerne 1 officine du département (1 seule dispensation soit 2,5€)

OUTIL RECLAPS- OUVERTURE GÉNÉRALISÉE DEPUIS FÉVRIER

l'Assurance Maladie a déployé le nouveau téléservice amelipro « Réclamations Paiements ».

Celui-ci permet aux professionnels de santé de déposer leurs réclamations liées aux facturations et d'en suivre le traitement.

Ce déploiement sera réalisé en différentes phases, catégorie par catégorie.

Ce nouveau téléservice est accessible au niveau de la page d'accueil d'amelipro dans l'encart « Une demande ? ».

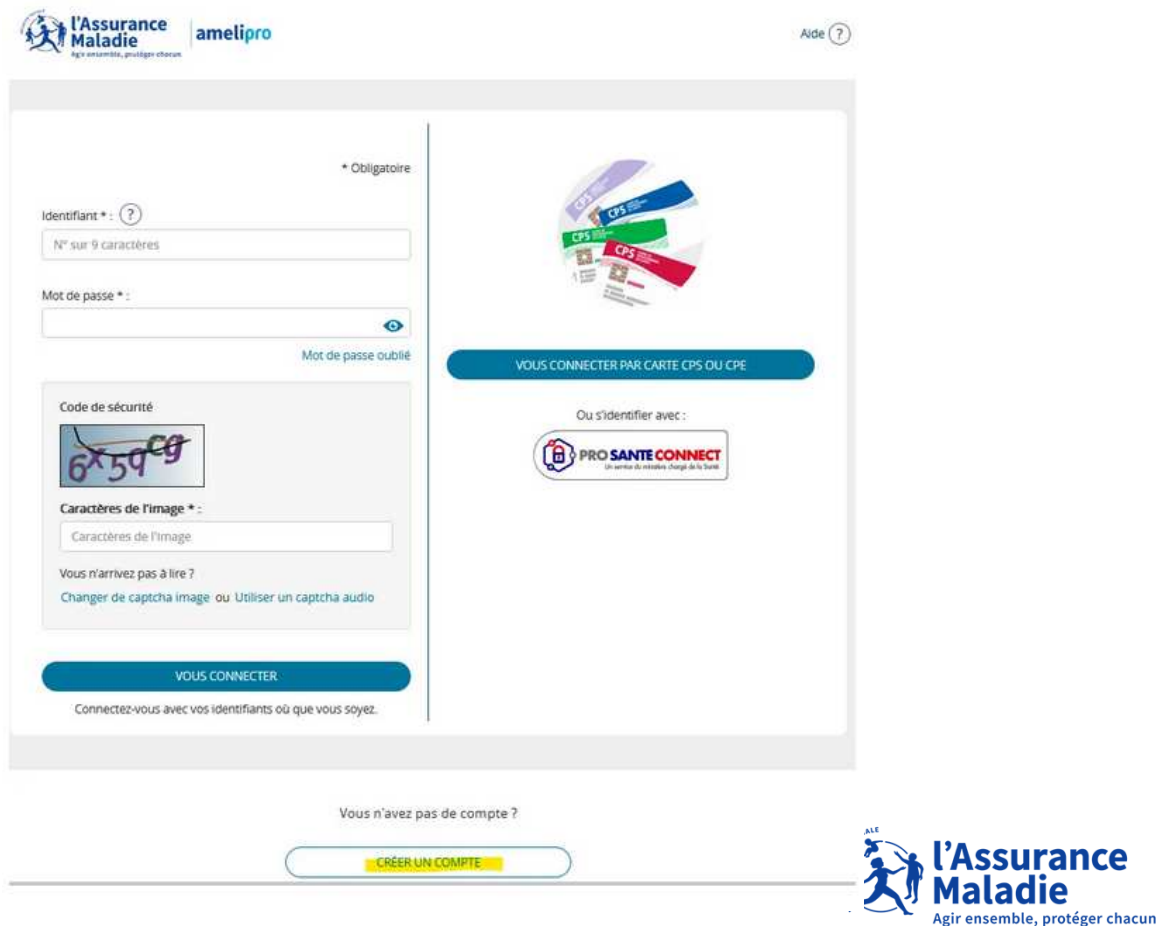
D'une utilisation simple et rapide, il permet une plus grande réactivité dans la prise en compte des réclamations.

Afin d'obtenir une réponse rapide aux questions ou réclamations, il est conseillé d'utiliser « Réclamations Paiements » au plus tôt en lieu et place des modalités de contact utilisées jusqu'alors.

TÉLÉSERVICE RECLAPS-COMMENT UTILISER LE SERVICE?

Prérequis

Disposer d'un compte amelipro. Si ce n'est pas le cas, merci de procéder à sa création en vous rendant directement sur la page d'[accueil d'amelipro](#).



The screenshot shows the login interface for 'l'Assurance Maladie amelipro'. At the top, the logo for 'l'Assurance Maladie' and 'amelipro' are visible, along with the tagline 'Agir ensemble, protéger chacun' and an 'Aide' link. The main login area is divided into two columns. The left column contains fields for 'Identifiant *' (with a help icon and a note 'N° sur 9 caractères'), 'Mot de passe *' (with a toggle for visibility and a 'Mot de passe oublié' link), and a security code section featuring a CAPTCHA image with the numbers '6x599' and a 'Code de sécurité' label. Below the CAPTCHA are links for 'Caractères de l'image', 'Vous n'arrivez pas à lire?', 'Changer de captcha image', and 'Utiliser un captcha audio'. A 'VOUS CONNECTER' button is at the bottom of this column, with a note 'Connectez-vous avec vos identifiants où que vous soyez.' The right column features a graphic of CPS and CPE cards, a 'VOUS CONNECTER PAR CARTE CPS OU CPE' button, and a section for 'Ou s'identifier avec:' which includes the 'PRO SANTE CONNECT' logo and the text 'Un service du ministère chargé de la Santé'. At the bottom of the page, there is a link 'Vous n'avez pas de compte ?' and a 'CRÉER UN COMPTE' button. The footer on the right repeats the 'l'Assurance Maladie' logo and tagline.

TÉLÉSERVICE RECLAPS- CONNEXION AU SERVICE

1- Saisie de l'identification du patient concerné (numéro de sécurité sociale, nom de l'assuré...).

2- Sélection du motif de la réclamation et des informations relatives aux actes et à la feuille de soins.

3- Dépôt de pièces jointes (PJ).

Les formats acceptés sont : pdf, word (.doc, .docx), excel (.xls, .xlsx, .csv), tiff, png, jpeg. Limites : 3 PJ maximum, **poids maximum total = 5 Mo.**

4- Envoi ou annulation de sa réclamation.

The screenshot shows the 'Reclaps' (Reclamation en Ligne) interface on the Assurance Maladie website. The page is divided into several sections for data entry:

- Assuré(e):** Fields for 'Numéro de sécurité sociale', 'Coté', 'Date de naissance', 'Nom de l'assuré(e)', and 'Prénom de l'assuré(e)'.
- Bénéficiaire:** Fields for 'Nom du bénéficiaire', 'Prénom du bénéficiaire', and 'Date de naissance du bénéficiaire'.
- Votre réclamation concerne:** A section with radio buttons for selecting the reason for the claim: 'Un remboursement non effectué', 'Une erreur dans le règlement', or 'Un refus de soins (présenter des documents justificatifs annexés)'.
- Nature de l'acte ou du soin:** A section for providing details about the medical act or treatment, including a date range (Du: / Au: /) and a 'Montant Sécu' field.
- Votre réclamation porte sur:** Radio buttons for 'Une télétransmission' or 'Une feuille de soins papier'.
- Déposer des pièces jointes:** A section with a file upload area and a 'Télécharger vos fichiers' button. A note specifies: 'Formats acceptés: pdf, doc, docx, xls, xlsx, csv, tiff, png, jpeg. Taille maximale par fichier: 5 Mo. Nombre maximal de fichiers: 3'.

At the bottom, there are buttons for 'Annuler' and 'Transmettre la réclamation'. A footer bar contains the Assurance Maladie logo and the slogan 'Agir ensemble, protéger chacun'.

TÉLÉSERVICE RECLAPS- DÉPÔT DE LA DEMANDE

L'écran (capture d'écran ci-dessous) demandera à l'internaute de préciser la caisse de rattachement de l'assuré concerné (saisie du nom ou du numéro du département).

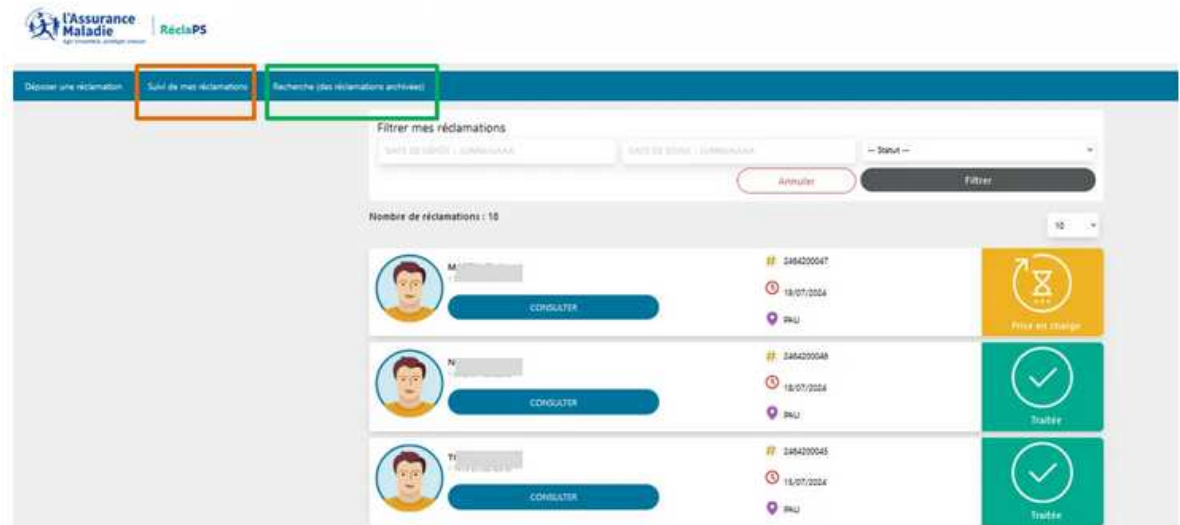
Si la caisse d'affiliation de l'assuré n'a pas démarré la mise en place du service, un message vous invitera à déposer votre réclamation dans la rubrique « Contact » d'amelipro.

- Si PS sélectionne une caisse non activée

TÉLÉSERVICE RECLAPS- SUIVI DES RÉCLAMATIONS

Ce nouveau service permet au praticien de consulter l'état d'avancement du traitement de ses réclamations en cours et d'accéder à ses réclamations archivées (une réclamation est archivée 15 jours après son traitement).

Ces rubriques permettent également de consulter la réponse apportée par la caisse et les éventuelles pièces jointes liées (consultables jusqu'à 15 jours après la date de la réponse).



Page d'accueil :

- Suivre les réclamations en cours : ouverture par défaut
- Déposer une réclamation
- Suivre les réclamations archivées (traitées + 15jours)

*Statut	Etat de la réclamation
A traiter	Non prise en charge
Prise en charge	Prise en charge
Traitée	Réponse adressée au PS

TÉLÉSERVICE RECLAPS- COMMENT UTILISER LE TÉLÉSERVICE

Ecran de suivi des demandes en cours / Consulter une réclamation :

Déposer une réclamation		Suivi de mes réclamations		Recherche (des réclamations archivées)	
 Gilbert Caroline 2 72 41 87 812 812 812 26/09/1972	 Potier Stéphane				
Assurée		Bénéficiaire			
1 Votre réclamation concerne		4 Réclamation n° 2433100054			
Nous avez sélectionné : Une erreur dans le règlement					
2 Nature de l'acte ou du soin					
acte 1 Du 05/03/2024		Montant demandé : 150,25 euros			
3 La réclamation porte sur une télétransmission					
Numéro de facture : 88996655		Numéro de loi : 2404160001		Date de la télétransmission : 02/04/2024	
5 Pièces jointes déposées					
Données renseignées par le PS		Données renseignées par la caisse			
		✓ Traite Réponse à la réclamation Département traité : GIRONDE Date de réponse : 16/04/2024 Espace de l'organisme : Nous vous confirmons les termes du courrier d'indus du 06/04/2024 et nous vous informons que vous êtes redevable de la somme de 12€. Pièces jointes reçues  Pfeil_BO.docx			

TÉLÉSERVICE RECLAPS- COMMENT UTILISER LE TÉLÉSERVICE

Ecran de suivi des demandes archivées :

- Recherche

Recherche (des réclamations archivées)

Recherche

NIR, NOM ASSURÉ, NOM BÉNÉFICIAIRE, NUMÉRO DE RÉCLAMATION

DU : JJ/MM/AAAA

AU : JJ/MM/AAAA

Annuler

Rechercher

- Résultats :

Recherche

NIR, NOM ASSURÉ, NOM BÉNÉFICIAIRE, NUMÉRO DE RÉCLAMATION

06/02/2024

AU : JJ/MM/AAAA

Annuler

Rechercher

Nombre de réclamations : 26

10 ▼



Marianne-Céline Tessier Gautier

2 83 22 22 655 309 3

CONSULTER

2433100026

02/04/2024

GIRONDE



Archivée



Léon Le Sauvage Dupont

2 72 72 25 411 531 7

CONSULTER

2433100027

02/04/2024

GIRONDE



Archivée

TÉLÉSERVICE RECLAPS- COMMENT UTILISER LE TÉLÉSERVICE

Ecran de suivi des demandes archivées / Consulter une réclamation :



Marianne-Céline Tessier Gautier
2 15 22 22 654 308 3
01/09/1987

Assurée

Archivée

Votre réclamation concerne
Un remboursement non effectué

Nature de l'acte ou du soin
Période : Du 04/09/2023
Monsieur Richard
euros

La réclamation porte sur une feuille de soins

Pièces jointes déposées

Réclamation n° 2433100026

Réponse à la réclamation
Organisme traitant : GRONDE
Date de réponse : 16/04/2024
Réponse de l'organisme : Nous vous confirmons les termes du courrier d'indus du 09/04/2024 et nous vous informons que vous êtes redevable de la somme de 12€.

Pièces jointes reçues

Pitest_80.docx

Le professionnel de santé ne peut pas télécharger les pièces jointes des réclamations archivées

OUTIL MÉTÉORE- DÉPLOIEMENT ANNONCÉ DÉBUT AVRIL

Lorsque vous transmettez une facture par télétransmission, la CPAM met à votre disposition un retour d'information électronique appelé « retour NOEMIE » (**N**orme **O**uverte d'**E**change entre la **M**aladie et les **I**ntervenants **E**xtérieurs).

Afin d'harmoniser ces retours d'information, l'Assurance Maladie, en partenariat avec la MSA, va mettre en place un nouveau système de nommage des anomalies. Cela sera de nature à faciliter la compréhension des informations et des libellés des anomalies.

Cette évolution implique une modification de la numérotation et des libellés des anomalies.

Exemple:

Le n° d'anomalie 0450-54 – Libellé « ETM non trouvé en BDO » va devenir

n°009-816- Libellé « ALD inconnue en base mais avec PEC possible sur motif FSV »

POINT ACCOMPAGNEMENT

Les campagnes d'accompagnement en cours de déploiement et à venir sur l'année 2025

- Campagnes DAM:

- Avenant 1 pharmaciens finalisé (avenant 1, ASAFO et médicaments onéreux, biosimilaires): 92% des pharmaciens rencontrés à fin janvier 2025 (44/48)
- Outil ReclaPS présenté lors de chaque visite à partir de janvier 2025
- Avenant pharmacien (d'ici fin septembre 25)

En transversal, différentes campagnes médecins généralistes : bon usage du médicament (AGLP1, benzodiazépine, Tramadol), offre numérique (ordonnance numérique+ ApCV)

- Campagne DNS:

- Offre numérique pharmaciens: ordonnances numériques dont ApCV
- A noter qu'il est annoncé une campagne de communication nationale ApCV prochainement avec mise à disposition de **vitrophanie** pour les pharmacies.

NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Télétransmission- MSS- taux alimentation et consultation DMP

- ☐ Taux de télétransmission au 1^{er} janvier 2025: 99.21% (99,02% à fin 06/24), dont 81,67% (83,10 % en 06/24) en sécurisé (B2S)
- ☐ SCOR : 100 %
- ☐ ADRI : en 01/2025 : 100% équipés et utilisateurs
- ☐ MSSANTE : 100 %
- ☐ DMP : en 01/2025 : 100 % compatible-77.55 % ont alimenté 18.37 % ont consulté
- ☒ Ordonnance numérique: 53,06% d'utilisateurs



ACTION PARTENARIALE MES

Nous souhaitons remercier l'ensemble des officines du département pour leur participation active à l'action de sensibilisation à l'activation Mon Espace Santé.

Les actions coordonnées ont permis de faire évoluer largement le taux d'activation des comptes MES des usagers.

Notre taux est de 29,7% au 15/03/2025 (7^{ème} rang national)

A noter: la moyenne nationale est à 25,8% à mi-mars

Numéro de caisse	Caisse	Taux profils Mon espace santé activés	Progression en points depuis décembre 2024
211	DIJON	29,7%	3,3
251	DOUBS	26,7%	3,5
391	LONS-LE-SAUNIER	26,9%	3,0
581	NEVERS	24,4%	2,9
701	VESOUL	28,7%	3,3
711	MACON	28,2%	3,3
891	AUXERRE	25,5%	3,1
901	BELFORT	29,7%	3,1

Qualité facturation (août 2024 à janvier 2025):



Taux moyen de rejets **1,23%**
Sur un total de
585 662 factures
Top 5 des anomalies

Modération du ticket modérateur non trouvée en base 1897 factures soit 0,3,2% -359 factures- 0,08%
Les factures sont recyclées avec règlement du régime local pour les factures sécurisées sans indicateur de forçage

Prescripteur inconnu au fichier national des prescripteurs et des établissements- si on regroupe ces 2 rejets cela concerne 817 rejets 530 PS soit 0,09% et 287 ES soit 0,05% - 673 rejets 471 factures pour PS/ - 202 factures ES
Il s'agit d'erreur de saisie des prescripteurs. En cas de présence de la prescription médicale via SCOR au moment du traitement des factures, ces dernières sont recyclées et une information sur le numéro de prescripteur à utiliser est envoyée par mail

Facture tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat 385 factures soit 0,07%- -342 factures/ 0,07%
Les factures sont recyclées avec paiement de la part complémentaire dans le cas de factures sécurisées sans indicateur de forçage

Quantité de conditionnement délivrée > au seuil maxi 298 factures soit 0,05% - 338 factures / 0,07%
Les factures sont rejetées si la quantité délivrée est supérieure au seuil autorisé. A l'inverse, si la télétransmission est conforme à la prescription médicale, les factures sont recyclées en scindant la facture en 2 lignes

L'exonération du ticket modérateur connue au référentiel n'a pas été transmise 287 factures soit 0,05%- 246 factures/ 0,05%
L'exonération n'a pas été télétransmise. Ce rejet est généré hors facture sécurisée

04

POINTS DIVERS



①

TRIER AVEC SOIN

Je mets les notices et boîtes en carton selon les consignes du tri sélectif.



②

APPORTER À MA PHARMACIE

Je rapporte à ma pharmacie mes médicaments non utilisés à usage humain, périmés ou non.



③

PRÉSERVER LA PLANÈTE

Je protège la planète : les médicaments valorisés permettent d'éclairer et de chauffer des milliers de logements et leur élimination écoresponsable évite la pollution des nappes phréatiques.

LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA *LE 9 SEPTEMBRE 2025*

**À 9H POUR LA SECTION SOCIALE ET 9H30 POUR LA SECTION
PROFESSIONNELLE**