



MINISTERE DE LA DEFENSE



DIRECTION REGIONALE DU
SERVICE DE SANTE DES
ARMÉES DE METZ

BUREAU MEDECINE D'ARMÉE

Metz, le 8 Mars 2006
N° 215 /DRSSA/MTZ/BMA

Le Médecin général inspecteur AUCLAIR
Directeur régional du service de
santé des armées de Metz

à
Mesdames et messieurs les
Médecins-chefs des SMU

Dossier suivi par : Objet : Réforme de l'Assurance maladie.

Mc de KOBOR Références :-Décret N° 2005-783 du 12.7.2005 (JO du 14.7.2005) pris pour l'application de
l'article 11 de la loi N° 2005-270 du 24 mars 2005 portant statut général des
militaires et modifiant le code de la sécurité sociale.
- MSG N° 175/DEF/DCSSA/CISSA du 06.04.2005.

Annexe : une

La loi 2004-810 du 13 août 2004 a instauré un certain nombre de mesures
visant à sauvegarder le régime de l'assurance maladie, parmi lesquelles figure le dispositif
d'accès aux soins reposant sur le choix d'un médecin traitant par l'assuré et sur la mise en
place d'un parcours de soins coordonnés.

La mise en place de la procédure du parcours de soins coordonnés et du choix
du médecin traitant suscite de la part des patients et des médecins des armées de
nombreuses questions, surtout depuis l'instauration, à partir du 1^{er} janvier 2006, de
sanctions financières. Celles-ci concrétisent la mise en œuvre de l'avant-dernier volet de la
réforme avant le déploiement de la nouvelle carte Vitale 2007 et la généralisation du
dossier médical personnel.

J'ai l'honneur de vous adresser en annexe les principaux éléments de réponse
réunis en concertation avec le médecin conseil de la CNMSS de Metz, le MC Chavanier.
L'antenne administrative et médicale de Metz (03 87 15 58 51 ou 821 572 5851) ou les
services centraux de la CNMSS (04 94 16 38 39) restent en mesure de vous délivrer
toute information complémentaire.

Je vous demande également de bien vouloir non seulement vous assurer de la
prise de connaissance de ces informations par vos adjoints d'active ou de réserve mais
aussi, d'en assurer la diffusion au sein de votre unité, par tous les moyens que vous jugerez
utiles

Signé : Médecin Général inspecteur AUCLAIR
Directeur régional du service de santé des armées de Metz

ANNEXE

à la lettre N°215/DRSSA/MTZ/BMA du 8 Mars 2006

I – Tout assuré social est libre de choisir ou non un médecin traitant.

Mais en l'absence de désignation d'un médecin traitant, l'assuré va s'exposer à des sanctions financières :

- Remboursement de la consultation à 60 % au lieu de 70 % (soit une majoration du ticket modérateur de 10 %).

- De plus, le spécialiste, même conventionné du secteur 1, peut demander un dépassement d'honoraires et facturer la consultation jusqu'à 32 €.

Ces pénalités financières restent à la charge de l'assuré. Afin de ne pas dénaturer la réforme et de responsabiliser les patients, l'ordre gouvernemental a été donné à toutes les mutuelles, militaires et civiles, sous peine de sanctions financières à leur encontre (privations d'exonérations sociales et financières), de ne participer en aucune façon au remboursement de ces pénalités (comme c'est déjà le cas pour la contribution forfaitaire de 1 euro appliquée depuis janvier 2005).

Les pénalités financières infligées aux patients s'appliquent aux actes médicaux. Elles ne concernent pas le remboursement de frais pharmaceutiques ou biologiques.

II – Est considéré comme médecin traitant, le médecin nommément désigné par l'assuré social lors de sa déclaration de choix du médecin traitant.

Dès lors qu'un acte médical est réalisé dans le parcours de soins coordonnés, le patient ne supporte aucune majoration du ticket modérateur ni dépassement d'honoraires.

Le médecin traitant est choisi nominativement, il peut être généraliste ou spécialiste, libéral ou hospitalier (Art L 162-5-3 de la Loi N° 2004-810 du 13.09.2004).

La déclaration de choix du médecin traitant est prise en compte par la CNMSS ou l'organisme d'assurance maladie équivalent après renseignement de l'imprimé spécifique (Cerfa N° 12485*01 « Déclaration du médecin traitant »). Le médecin traitant doit s'identifier en portant sur le formulaire son N° d'identification ; contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, il ne s'agit pas du N° Adeli mais du N° Finess de la DCSSA pour les SMU (75.0.82109.2) ou de l'hôpital pour les médecins des HIA.

Le rôle du médecin traitant est alors de gérer le dossier médical personnel du patient, d'orienter et de suivre ce patient tout au long de son parcours de soins. On parle de « parcours de soins coordonnés ». Si le patient s'en écarte, il lui sera alors appliqué les sanctions financières précédemment évoquées.

Pour tout patient reconnu atteint d'une affection de longue durée ou demandant à l'être (ALD avec prise en charge à 100 %) le médecin traitant doit établir un protocole de soins.

Il est prévu des situations où le patient ayant déclaré un médecin traitant peut consulter un autre médecin (généraliste ou spécialiste), en dehors du parcours de soins coordonnés et sans subir de pénalité ; vacances, déplacement professionnel, situation d'urgence sont alors précisés, par le médecin consulté sur la feuille de soins-médecin (imprimé Cerfa N° 12541*01).

La déclaration du médecin traitant concerne les adultes et les enfants de 16 ans et plus (pas en deçà). Le choix du médecin traitant suppose pour les ayants droits mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Deux conjoints, assurés sous le même numéro d'immatriculation (l'un est assuré, l'autre bénéficiaire) peuvent choisir des médecins traitants différents.

III – Les médecins militaires, généralistes ou spécialistes, ne peuvent être choisis comme médecin traitant que par les seuls bénéficiaires prioritaires du SSA.

Soit principalement : - les militaires,

- les épouses et les enfants des militaires de plus de 16 ans,
- les personnels civils de la défense,
- les retraités militaires.

IV – Tout militaire d'active a le droit de consulter un médecin du service de santé des armées qui n'est pas son médecin traitant.

Si ce praticien oriente le patient vers un correspondant, médecin généraliste ou spécialiste libéral, et si ce patient ne souhaite pas se voir pénalisé financièrement, il est impératif :

a) qu'il ait préalablement déclaré un médecin traitant,

b) que le médecin correspondant inscrive :

- « Médecin militaire » sur la feuille de soins papier (à la rubrique nom et prénom du médecin traitant) ;

- la mention « MTO » sur la feuille de soins électronique, en lieu et place des nom et prénom du médecin traitant, lorsque la carte VITALE est utilisée. Cette particularité est à signaler au médecin correspondant, d'autant que celui-ci reporte régulièrement le travail informatique à la fin de journée.

Si ces deux conditions ne sont pas remplies ou même si l'une d'entre elles venait à ne pas l'être, le remboursement de l'acte interviendrait à 60%, et la mention « Hors parcours coordonné » serait inscrite en bas du relevé de paiement de la CNMSS.

La deuxième condition, souvent mal exécutée est à l'origine de nombreuses pénalités.

V – Consultation libre de certains spécialistes.

Il est de même faux de croire qu'un militaire peut, sans être sanctionné financièrement, consulter dans le civil sans avoir de médecin traitant déclaré.

L'accès libre ou direct à certains spécialistes, sans pénalité financière, est soumis aux deux conditions suivantes :

- avoir déclaré un médecin traitant,
- se trouver dans une des situations ci-dessous :
 - être porteur d'un glaucome ou de trouble de la réfraction oculaire pour consulter un ophtalmologue,
 - avoir entre 16 et 25 ans inclus pour consulter un psychiatre,
 - dépistage, prescription et suivi d'une contraception ou suivi d'une grossesse ou IVG médicamenteuse pour la consultation d'un gynécologue.

Lorsqu'un médecin des armées décide d'orienter un réserviste ou un candidat engagement vers un spécialiste civil il lui est nécessaire de passer par l'intermédiaire du médecin traitant. Ce dernier rédigera les prescriptions, évitant à l'assuré les pénalités résultant d'une prescription directe par le médecin des armées. Cependant, pour un réserviste s'il s'agit d'exploration ou d'un avis indispensable à la détermination de l'aptitude générale au service ou particulière à l'emploi ou à la spécialité, la charge budgétaire en incombe au SSA via une orientation en HIA.

VI- La réforme de l'assurance maladie.

D'une ampleur et d'une complexité sans précédent, elle n'est pas figée. En particulier les conditions d'accès direct aux spécialistes pourraient évoluer.

Plusieurs modifications ont été apportées aux textes initiaux, et tous les régimes de sécurité sociale sont dans l'attente de nouvelles recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et des décisions du gouvernement.

Tout ce qui, à ce jour, a pu être dit, tendant à faire croire qu'un militaire pouvait impunément aller consulter un spécialiste sur prescription d'un médecin du SSA alors qu'il n'avait pas, au préalable, désigné de médecin traitant, relève d'une interprétation erronée des textes officiels.

D'autres précisions et informations sont en accès libre sur le site Internet de l'assurance maladie « <http://www.ameli.fr> » ou sur celui du ministère de la santé :

- « <http://www.sante.gouv.fr> », sur la page d'accueil sous la rubrique accès simplifié par thème, choisir « Assurance maladie » puis « Réforme ».
- ou « <http://www.sante.gouv.fr/dossiers/assurancemaladie/sommaire.html> » choisir « Réforme » dans le dossier qui apparaît.
- ou directement à « http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/index.htm ». Ce site donne un accès direct pour le téléchargement du formulaire de déclaration du médecin traitant.