

A propos du CUMUL MNO et FPE pour les généralistes et pédiatres, des IK (art 13 NGAP), et de diverses modifications de nomenclature pour les cardiologues et radiologues

C'était au JO du 7 juin, c'est-à dire applicable au 7 juillet 2012

Décision du 20 mars 2012 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie - JORF n°0131 du 7 juin 2012 page 9616, texte n° 8

I - CUMUL MNO et FPE:

Les généralistes pourront cumuler FPE et MNO pour les consultations des nourrissons lors des examens du 8^e jour, du 9^e mois et du 24^e mois (C ou CS + FPE + MNO, soit 23+5+5=33€)

« Cette majoration est cumulable avec le forfait prévu à l'article 14.4.1 (Forfait pédiatrique du médecin généraliste) (FPE) pour les consultations ou visites effectuées dans les huit jours qui suivent la naissance, au cours du neuvième ou dixième mois et au cours du vingt-quatrième ou du vingt-cinquième mois, à destination d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus et donnant lieu à l'examen complet et l'établissement d'un certificat de santé, tels que mentionnés aux articles [R. 2132-2](#) et [R. 2132-3](#) du code de la santé publique. »

Attention aux conditions détaillées dans l'art R.2132-3:

«Le médecin qui a pratiqué l'examen médical établit le certificat de santé correspondant à l'âge de l'enfant et l'adresse, dans un délai de huit jours, au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile du département de résidence des parents ou de la personne chargée de la garde de l'enfant, dans le respect du secret médical, et par envoi confidentiel. Il mentionne les résultats de l'examen dans le carnet de santé prévu à l'article L. 2132-1. Le modèle des certificats de santé est établi par arrêté du ministre chargé de la santé. Les imprimés destinés à établir les certificats de santé sont insérés dans le carnet de santé de l'enfant qui est remis aux personnes mentionnées à l'article L. 2132-1.»

C'est-à-dire que le certificat prévu doit être renseigné ainsi que le carnet de santé, sachant qu'en cas de contrôle l'application de la majoration est contestée si le carnet de santé de l'enfant n'est pas renseigné.

II - L'art 13 de la NGAP et les IK:

IFD, ISD ne sont pas cumulables avec le V du généraliste, ISD n'est pas cumulable avec les IK,

Avec cette publication il est mis fin au "scandale" des IK et des franchises applicables illégalement par les CPAM; les franchises sont donc établies à 2 Km en plaine et 1 Km en montagne, conformément à la décision du TASS de TROYES le 16 septembre 2008, et il

aura fallu près de 4 années pour que cette décision voit sa traduction juridique, 4 années pendant lesquelles la majorité des généralistes ont été spoliés et des dizaines de médecins ont été harcelés par les CPAM comme en testent les très nombreux dossiers traités par la CELLULE JURIDIQUE de la FMF !

Le remboursement des frais de déplacement est accordé en fonction de la distance séparant le malade du médecin le plus proche avec dérogation dans le cas du médecin traitant choisi si celui-ci n'est pas le plus proche du patient (dans une limite raisonnable limitée à 10 Km en zone urbaine et 30 Km en zone rurale)

L'article 13 est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. 13. — Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade.

"Lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé.

"A. — Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD).

"Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin généraliste ou spécialiste qualifié, du chirurgien-dentiste omnipraticien ou spécialiste qualifié, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération, ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. La valeur de cette indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

"Toutefois, cette indemnité forfaitaire de déplacement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre-clé V.

"B. — Indemnité spéciale de dérangement (ISD)

"Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin sont situés à Paris, Lyon ou Marseille, la convention peut prévoir pour les actes effectués au domicile du malade une indemnité spéciale de dérangement.

"La valeur en unité monétaire de cette indemnité est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

"Toutefois, cette indemnité spéciale de dérangement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre-clé V.

"L'indemnité spéciale de dérangement ne peut se cumuler ni avec l'indemnité horokilométrique prévue au paragraphe C de l'article 13 ni avec les majorations prévues à l'article 14 pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.

"C. — Indemnité horokilométrique (IK)

"Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

"Pour les visites réalisées par les médecins généralistes, l'indemnité horokilométrique mentionnée ci-dessus est remboursée à la condition que la visite ouvre droit à la majoration d'urgence (MU) prévue à l'article 14-1 ou à la majoration de déplacement prévue à l'article 14-2.

"L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte ; s'il s'agit d'une visite, cette

indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, KC, Z, CG, SP, SF, SFI, AMS, AMK, AMC, AMI, AIS, DI, AMP, POD, AMO et AMY de la NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM, l'indemnité horokilométrique se cumule avec l'indemnité forfaitaire prévue aux paragraphe A. Elle est calculée et remboursée dans les conditions ci-après :

"1° L'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne dont les zones sont définies par la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne.

"Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes. En cas d'acte global (intervention chirurgicale, par exemple), chaque déplacement du praticien occasionné soit par l'acte initial, soit par les soins consécutifs donne lieu à l'indemnité de déplacement forfaitaire et, le cas échéant, horokilométrique, calculée comme il est dit ci-dessus ;

"2° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade.

"Toutefois, lorsque l'assuré fait appel à un médecin spécialiste qualifié ou à un chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, le remboursement n'est calculé par rapport au spécialiste de même qualification le plus proche que si l'intervention du spécialiste a été demandée par le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste traitant, dans le cas contraire, le remboursement est calculé par rapport au médecin généraliste ou au chirurgien-dentiste omnipraticien le plus proche.

"De même, par dérogation, lorsque le médecin traitant n'est pas le médecin le plus proche de la résidence du malade, le médecin traitant du malade peut facturer des indemnités kilométriques à condition que le domicile professionnel du praticien soit situé à une distance raisonnable de la résidence du malade, soit dans la limite de 10 km en zone urbaine et de 30 km en zone rurale."

»

Dr Marcel GARRIGOU-GRANDCHAMP,

CELLULE JURIDIQUE FMF

Contact: 06 09 42 56 95