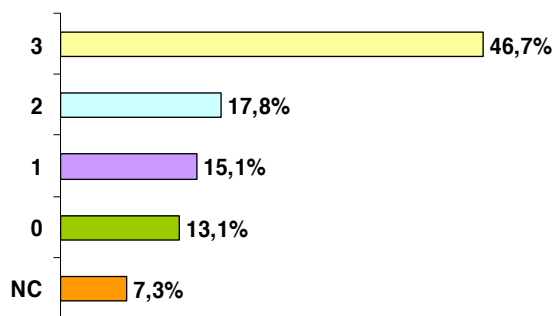


LES CERTIFICATS D'ABSENCE SCOLAIRE

RÉSULTATS DU SONDAGE :



NC : Non Concerné, ne fait pas ; 0 : aucune tracasserie ; 1 : niveau de tracasseries faible ; 2 : niveau de tracasseries moyen ; 3 : niveau de tracasseries fort

7,3 % se considèrent non concernés par les certificats d'absence scolaire.

Les niveaux de tracasserie moyen + fort pour ceux concernés est de 69,6 %.

CONTEXTE :

La réponse est a priori simple, les textes réglementaires ne prévoient pas l'établissement par le médecin de certificats pour absence scolaire.

PROBLÈME :

Les enseignants se servent apparemment volontiers de la certification médicale pour sécuriser le contrôle de l'absentéisme scolaire.

Une difficulté peut également subsister à propos des cantines scolaires, certaines municipalités faisant dépendre le remboursement des repas des élèves absents d'un certificat médical.

ACTIONS :

Les deux textes ci-dessous, imprimés et remis aux parents à l'intention des enseignants, devraient être de nature à tarir la demande :

Madame ou Monsieur,

Je vois ce jour un enfant pour lequel il m'est une fois de plus demandé un certificat médical justifiant une absence pour raison de santé pour un de vos élèves. Il s'agit de <CIVNOMPrenom> , date de naissance : le <DATENAissance> .

Je vous rappelle que les certificats pour absence scolaire ne sont exigibles que pour le retour en classe d'un élève ayant contracté une maladie contagieuse (l'arrêté du 03-05-89 limite ces cas à Scarlatine-Teigne-Tuberculose).

Voici un petit rappel des textes officiels sur ce sujet:

Article 5 du Décret n° 66-104 du 18 février 1966 (J.O. du 3 mars 1966) : du contrôle de l'assiduité. "Toute absence est immédiatement signalée aux personnes responsables qui doivent dans les 48 heures faire connaître le motif de leur absence quel qu'en soit la nature ou la durée.

Arrêté du 14 mars 1970, Circulaire Ministérielle n°76-288 du 8 septembre 1976, B.O.E.N n°35 du 30/09/76. Les chefs d'établissement et directeurs d'école ne sont fondés à demander un certificat médical que lors « du retour en classe d'élèves ayant contracté une maladie contagieuse ». « Seule la famille doit signaler par écrit l'absence, hormis lors du retour en classe de l'élève ayant contracté une maladie contagieuse ». « La demande de certificats entraîne une lourde dépense pour le budget social et de grandes pertes de temps pour le corps médical ».

Article 10 modifié de la Loi du 28 mars 1982 : « Il incombe au Chef d'Établissement de signaler l'absence de l'enfant aux personnes qui en ont la responsabilité, celles-ci devant dans les 48 heures faire connaître le motif de cette absence ».

Arrêté du 3 mai 1989, (JO du 31 mai 1989), (B.O.E.N. n° 8 du 22 février 1990) : (maladies entraînant une éviction scolaire compte tenu de leur contagiosité). Un certificat médical n'est exigible que lors du retour en classe des élèves ayant contracté une maladie contagieuse: la scarlatine, les teignes et la tuberculose.

Ces précisions ont été confirmées par la circulaire ministérielle n° 76-288 du 08/09/76 et rappelées dans une circulaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins n° 2270 en date du 15/11/91.

En ce qui concerne le décret du 30/08/85 qui prévoit que les établissements scolaires peuvent adopter des dispositions complémentaires aux textes nationaux dans leur règlement intérieur, l'article 2 de ce décret insiste sur le fait que cette autonomie "s'exerce dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur". Il va donc de soi que les dispositions d'un règlement intérieur ne sauraient aller contre, ni au-delà du dispositif réglementaire existant.

Je vous prie d'agréer, Madame ou Monsieur, l'expression de mes plus respectueuses salutations.

Circulaire n° 76-288 du 8 septembre 1976

Certificats médicaux pour absence des élèves

(Programmation et Coordination: bureau DGPC/6)

(B.O. n° 35 du 30 septembre 1976.)

Texte adressé aux recteurs et aux inspecteurs d'académie.

Mon attention a été attirée à diverses reprises sur le nombre excessif de certificats médicaux fournis aux chefs d'établissement et aux directeurs d'école pour justifier des absences scolaires qui sont parfois de très courte durée.

Les arrêtés du 14 mars 1970 ne prévoient de tels certificats que lors du retour en classe d'élèves ayant contracté une maladie contagieuse. Dans tous les autres cas, comme le précise l'article 5 du décret n° 66 104 du 18 février 1966, il est seulement demandé à la famille de signifier par écrit le motif de l'absence.

Or, il apparaît d'une part que les familles ont souvent pris l'habitude de fournir un certificat médical, comme si celui-ci leur paraissait plus crédible que leur propre témoignage, d'autre part qu'un nombre important de chefs d'établissement et de directeurs d'école réclament eux-mêmes ce certificat.

Une telle façon de procéder entraîne à la fois une lourde dépense pour le budget social de la nation et de grandes pertes de temps pour le corps médical.

Aussi me paraît-il nécessaire de rappeler aux chefs d'établissement et directeurs d'école que les seuls cas où un certificat médical pour absence est exigible sont ceux qui sont prévus par les arrêtés du 14 mars 1970 et qu'il leur appartient d'en informer les familles.

M. PINET

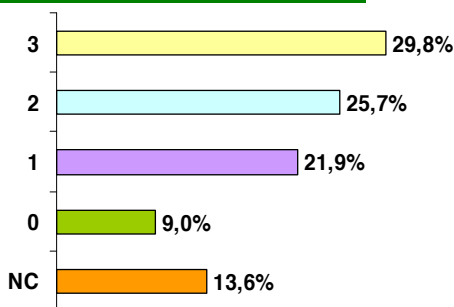
*Directeur Général de la Programmation
et de la Coordination*

POUR MIEUX COMPRENDRE :

En cas de difficulté particulière en rapport avec l'absentéisme scolaire d'un enfant, il devrait être possible la plupart du temps de faire valoir aux enseignants que notre fonction de médecin de la proximité et du suivi à la fois de l'enfant et de son entourage serait mieux mis à contribution dans ce contexte par un abord plus médical, au besoin avec la collaboration du médecin scolaire.

**LE RENSEIGNEMENT ALINÉA D PAGE 4 DES PES (PROTOCOLE D'EXAMEN SPÉCIAL);
INDEMNISATION 1,5 C DES DEMANDES D'ALD NON EXONÉRANTES (SOINS ET/OU
ARRÊT DE TRAVAIL CONTINU > 6 MOIS),
AINSI QUE DES DEMANDES D'ALD EXONÉRANTES DU TICKET MODÉRATEUR
POUR DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS, OU POUR STÉRILITÉ.**

RÉSULTATS DU SONDRAGE :



NC : Non Concerné, ne fait pas ; 0 : aucune tracasserie ; 1 : niveau de tracasseries faible ; 2 : niveau de tracasseries moyen ; 3 : niveau de tracasseries fort

13,6 % se considèrent non concernés par ces demandes d'ALD particulières.

Les niveaux de tracasserie moyen + fort pour ceux concernés est de 64,3 %.

CONTEXTE :

Dans les 3 cas de demandes d'ALD ci-dessus, contrairement aux ALD 30, ALD Hors Liste et ALD polyopathologies, vous ne percevrez pas de forfait annuel de 40 euros.

Cependant, que ce soit à l'initiative du patient, de la Caisse ou à la vôtre, ces 3 demandes vous ouvrent droit à une rémunération de 1,5 C par la Caisse.

Mais pour cela le PES doit être correctement renseigné.

PROBLÈME :

Les Caisses se gardent bien d'attirer l'attention sur le renseignement (page 4 !) de la demande d'indemnisation 1,5 C de ces PES.

En outre, même correctement renseignés, les Caisses n'assurent pas le suivi des rémunérations aux médecins, et il semble exister un fort contingent de non-rémunération pour ces 3 variétés d'ALD.

ACTIONS :

D'abord, renseigner correctement le PES pour l'indemnisation 1,5 C.

- **Page 1, ligne « proposition du médecin traitant » :**
Cocher case 1 pour les ALD non exonérantes, case 5 (autres) pour les exonérations d'enfants de moins de 16 ans, ou pour stérilité.
- **Page 4, alinéa D :**
Cocher situation 1, 2 ou 3 suivant les 3 cas de demande, puis le reste de l'alinéa D, et ne pas oublier signature et cachet en bas.

Ensuite, une sécurisation du paiement et de son suivi peut toutefois être obtenue par une procédure simple :

- Joindre au PES une feuille de soins papier cotée C 1,5 = 33 euros,
- cochée en maladie, cochée en exonération du ticket modérateur (à titre « autre », case en fin de ligne à droite cochée),
- en tiers-payant (les 2 cases « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire » et l'assuré n'a pas payé la part complémentaire » cochées),
- la signer et la faire signer par l'assuré à la date d'établissement du PES.

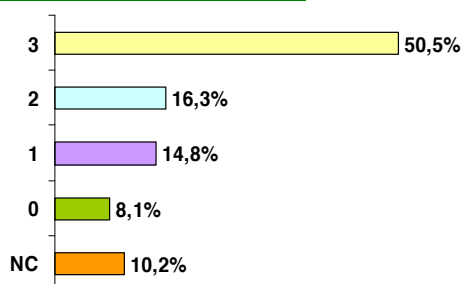
Pour éviter toute confusion il est prudent d'établir ce PES à une date où aucun autre acte n'aura à être facturé pour l'assuré.

POUR MIEUX COMPRENDRE :

Ne pas confondre ces 3 cas particuliers d'Affections de Longue Durée (ALD) avec les 3 autres cas d'ALD plus fréquents, les ALD 30 (pour 30 pathologies reconnues exonérables), les ALD HL (Hors Liste, exonérables sur accord du médecin-conseil car soins longs et coûteux) et les ALD polypathologies (personnes âgées pathologies multiples globalement invalidantes), pour lesquelles il faut cocher respectivement les cases 2, 3 et 4 de la ligne « proposition du médecin traitant » page 1 du PES et pour lesquelles existe une rémunération par forfait annuel de 40 euros.

LES DEMANDES D'ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUES THÉMATIQUES (STATINES, ETC.) DES MÉDECINS DES CAISSES.

RÉSULTATS DU SONDAGE :



NC : Non Concerné, ne fait pas ; 0 : aucune tracasserie ; 1 : niveau de tracasseries faible ; 2 : niveau de tracasseries moyen ; 3 : niveau de tracasseries fort

10,2 % se considèrent non concernés par ces demandes d'entretien.

Les niveaux de tracasserie moyen + fort pour ceux concernés est de 74,5 %.

CONTEXTE :

L'assurance-maladie se fixe régulièrement un certain nombre de prescriptions à « maîtriser ». Ce sont ces prescriptions que des médecins-conseil nous proposent alors non moins régulièrement comme thèmes d'entretien téléphonique (ou parfois physique).

PROBLÈME :

Le médecin-conseil propose ces entretiens sur ses heures de travail ; il est rémunéré pour sa prestation.

Pour le médecin généraliste c'est un travail supplémentaire à notre exercice pour lequel nous ne sommes pas rémunérés.

ACTIONS :

Nous n'avons aucune obligation d'accepter un tel entretien, téléphonique ou physique, avec les médecins-conseil (pas plus qu'avec les DAM).

Si donc, soit par manque de temps, soit par refus du bénévolat, soit par conviction que cette démarche des médecins-conseil sur indication de leur employeur est trop empreinte de « conflit d'intérêt » pour être médicalement valide, soit par simple choix personnel, vous ne désirez pas ou plus participer à de tels entretiens, il vous suffit d'en faire part – confraternellement – au médecin-conseil demandeur.

Il va de soi que ce refus ne peut en aucun cas entraîner de pressions, et encore moins de mesures actives, à votre encontre. Si le cas de figure se présentait malgré tout, il conviendrait d'en informer la Commission.

Ceci étant dit, tous ceux qui trouvent plaisir et/ou intérêt à ces entretiens thématiques proposés par les médecins-conseil sont naturellement libres d'y participer, il s'agit ici de défendre la liberté de choix des confrères, et bien entendu la liberté de choix ne peut s'entendre que dans les deux sens.

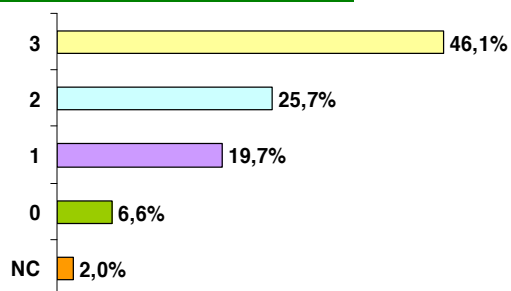
POUR MIEUX COMPRENDRE :

Dans les relations complexes que nous avons avec les Caisses, certaines sont dites « opposables », c'est à dire contractuellement obligatoires. D'autres ne le sont pas, mais bien souvent sur le terrain les Caisses cherchent à transformer en pratique « opposable » des dispositions qui ne le sont pas du tout.

C'est le cas ici ; le problème est que le processus étant par nature extensible à l'infini, le rappel que le choix appartient aux confrères, dans le contexte de l'exercice actuel, s'impose.

LES DEMANDES D'INFORMATION COMPLÉMENTAIRE PAR LES MÉDECINS-CONSEIL POUR LES PES.

RÉSULTATS DU SONDAGE :



NC : Non Concerné, ne fait pas ; 0 : aucune tracasserie ; 1 : niveau de tracasseries faible ; 2 : niveau de tracasseries moyen ; 3 : niveau de tracasseries fort

2 % se considèrent non concernés par les demandes d'information complémentaire des médecins-conseil.

Les niveaux de tracasserie moyen + fort pour ceux concernés est de **73,2 %**.

CONTEXTE :

Il y a tout d'abord lieu de distinguer les 2 parties du PES (la première étant prescrite par la Loi, alors que la seconde est à la seule initiative des Caisses) :

La première « Informations concernant la maladie » (subdivisée en « diagnostic des ALD » et « arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents ») doit être renseignée complètement et précisément. De l'appartenance de la pathologie en cause à la liste des maladies exonérées selon les critères de gravité en vigueur dépend en effet la prise en charge à 100 % de votre patient.

La seconde « actes et prestations concernant la maladie » (subdivisée en 4 rubriques : Traitements, biologie, consultants, auxiliaires médicaux) a comme seule obligation légale de « tenir compte des recommandations de la HAS ».

PROBLÈME :

Pour la première partie du PES « informations concernant la maladie » : demandes complémentaires du médecin-conseil abusives, telles par exemple que vous demander de lui fournir copie d'un compte-rendu d'hospitalisation, d'une lettre de correspondant spécialisé ou même de copie de résultats d'examen, **alors que vous lui aviez fourni les renseignements suffisants pour établir le diagnostic et ses critères de gravité requis** (en général référencés par la HAS) ; sinon bien sûr la demande peut être justifiée.

Pour la seconde partie du PES « actes et prestations concernant la maladie » : Il s'agit d'actes et de prestations qui d'une part sont envisagés pour un avenir de plusieurs années (!), donc exhaustivement imprévisibles, d'autre part sont susceptibles de vous être mis à charge au titre d'indûs par les CPAM si vous les prescrivez en ALD sans les avoir prévus dans le PES (!). Les médecins-conseil ont par ailleurs tendance à présenter leur grille d'approbation comme découlant de la réglementation alors qu'il s'agit d'un simple formulaire établi à la seule initiative des Caisses, et que nous pouvons répondre sans remplir cette grille.

ACTIONS :

Pour la première partie du PES « informations concernant la maladie » : A partir du moment où vous avez correctement renseigné et la justification du diagnostic retenu et les éventuels critères de gravité nécessaires à la reconnaissance de l'ALD, vous avez fait votre travail sur cette partie du PES et toutes les autres demandes du médecin-conseil sont abusives (cft. supra). Bien sûr, vous pouvez lui adresser ces pièces (courriers, examens, comptes-rendus, etc.) si vous le désirez, mais ce n'est pas une obligation, et il ne peut en faire une condition au traitement du dossier. Un simple courrier le faisant observer devrait suffire désormais, même s'il n'en a pas toujours été ainsi (cft. infra).

Pour la seconde partie du PES « actes et prestations concernant la maladie » : Le simple principe de précaution fait qu'il y a lieu de préférer une formulation libre et globalisante à l'énumération des actes et recours initialement prévue par les Caisses ; voici du reste une formule éprouvée, c'est à dire utilisée depuis plusieurs années :

Formule-type : « **Tout soin** (tout suivi biologique, tout recours spécialisé, tout recours à un para-médical) **en rapport avec l'affection en cause, son évolution, ses éventuelles complications y compris iatrogènes, en tenant compte des recommandations de la HAS** ».

Après quelques années de tensions et de pressions du service du contrôle médical sur le bien-fondé de cette formulation, elle est maintenant acceptée sans problème depuis plus d'un an.

Au surplus les Caisses l'ont tout récemment avalisée au niveau national : Vous avez dû recevoir tout récemment la « Lettre d'information aux médecins N° 29 » (Directeur Frédéric Van Roekeghem) ; extrait : « L'imprimé du protocole de soins a été simplifié. Quand un patient entre en ALD, vous pouvez déclarer les résultats cliniques qui appuient votre diagnostic sans avoir à fournir les pièces justificatives. Il n'est plus nécessaire de détailler les actes et les prestations que vous prescrivez. Pour cela, un simple renvoi aux « Recommandations de la HAS » suffit ».

POUR MIEUX COMPRENDRE :

Des exemples :

Pour la première partie du PES « informations concernant la maladie » :

- 1) Vous avez demandé une ALD 30 pour DNID avec les renseignements suivants :

15-02-08 glycémie à jeun = 1,57 g/l.

08-03-08 glycémie à jeun = 1,74 g/l.

30-06-08 après 3 mois de régime glycémie à jeun = 1,68 g/l., Hb A1c = 8,4 %.

Le médecin-conseil vous demande copie des résultats. C'est abusif, il n'a pas à mettre en cause l'exactitude des renseignements fournis qui sont précis et adéquats et pertinents quant à leur objet, il peut convoquer le patient, vous avez autre chose à faire qu'à lui tenir lieu de secrétaire. Vous pouvez refuser et exiger sa réponse, et même désormais le renvoyer à la lettre N° 29 de l'assurance-maladie aux médecins.

- 2) Vous avez demandé une ALD 30 pour maladie psychiatrique de longue durée. Vous avez décrit le début brutal chez un adulte jeune, le tableau clinique avec hallucinations auditives, syndrome d'influence, prostrations, claustrations, mutisme et désinsertion socio-affective, le contenu délirant des ruminations, l'hospitalisation à la demande d'un tiers, la confirmation du diagnostic en milieu spécialisé. Le médecin-conseil vous demande un compte-rendu d'hospitalisation. C'est abusif, il est en possession de tous les éléments pour prendre sa décision. Vous pouvez refuser et le renvoyer à la lettre N°29 de l'assurance-maladie pour exiger sa réponse.

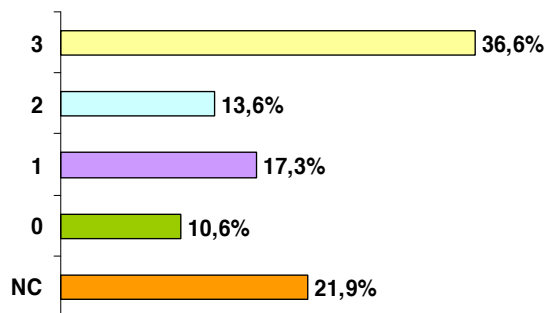
Pour la seconde partie du PES « actes et prestations concernant la maladie » :

- 1) Vous avez utilisé la formule-type (ou une autre équivalente) : **Formule-type** : « **Tout soin** (tout suivi biologique, tout recours spécialisé, tout recours à un para-médical) **en rapport avec l'affection en cause, son évolution, ses éventuelles complications y compris iatrogènes, en tenant compte des recommandations de la HAS** ».

Le médecin-conseil prétend que vous devez lister des médicaments, ou des classes thérapeutiques, etc.. C'est abusif, vous pouvez tranquillement maintenir votre réponse et toujours le renvoyer à la lettre N°29 de l'assurance-maladie.

LA MENTION DE PRESCRIPTION HORS AMM ET HORS REMBOURSEMENT

RÉSULTATS DU SONDAGE :



NC : Non Concerné, ne fait pas ; 0 : aucune tracasserie ; 1 : niveau de tracasseries faible ; 2 : niveau de tracasseries moyen ; 3 : niveau de tracasseries fort

21,9 % se considèrent non concernés par la mention de prescription hors AMM et 17,8 % par la mention de prescription hors droit à remboursement.

Les niveaux de tracasserie moyen + fort pour ceux concernés est de 64,9 % concernant l'AMM et 61,2 % concernant le droit à remboursement.

CONTEXTE :

La loi oblige tout médecin à spécifier sur son ordonnance- mention NR - lorsqu'il prescrit un produit, un acte, une prestation en dehors d'une indication ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie. (Art L162-4 de la loi n°2003-1199 du 18 déc. 2003- art 40-I).

La sanction possible pour le médecin est le paiement des sommes qu'il a fait indûment rembourser par l'Assurance maladie en ne spécifiant pas que cela était hors du cadre du droit à remboursement.

PROBLÈME :

Autant de médecin qui ne sentent pas concernés traduit la méconnaissance de la législation et la prise de risques financiers pour eux qui en découle.

Il est impossible pour un praticien de suivre toute la législation sur le droit à remboursement.

Ce qu'il faut savoir :

- La prescription hors AMM (la référence de l'AMM est le Vidal).
 - Est autorisée mais engage ++ la responsabilité du prescripteur.
 - Entraîne toujours une exclusion du droit à remboursement donc à spécifier NR, les caisses n'étant autorisées à rembourser que dans le cadre de l'AMM (sauf des situations très exceptionnelles en pratique au cas par cas sur maladie orpheline, médicament avec ATU).
- La prescription en AMM n'entraîne pas forcément un droit à remboursement pour certains produits
 - Les indications ouvrant droit à remboursement étant alors spécifiées à la fin de la monographie Vidal du produit
 - Hors de ces indications, il faut noter NR même en prescription dans l'AMM.

ACTIONS :

Informé et inciter chaque médecin à ne travailler qu'avec des produits dont il maîtrise bien les AMM.

Intervention auprès du législateur pour modifier des textes qui mettent de fait hors la loi tous les prescripteurs et notamment supprimer le codage NR ingérable pour nous (cft. infra).

POUR MIEUX COMPRENDRE :

Des exemples :

- **RIVOTRIL** n'a pas l'AMM pour le traitement de la douleur donc NR.
- **INEXIUM 40** n'a pas l'AMM pour l'ulcère gastro-duodéal donc NR.
- **CALCITONINE** n'a pas l'AMM pour l'algodystrophie donc NR.
- **BIAFINE** n'a pas l'AMM hors plaie, brûlure, radiothérapie donc NR.
- **MONURIL** n'a pas l'AMM pour la femme après 65 ans donc NR.
- **DEXERYL** a l'AMM pour le traitement d'appoint des états de sécheresse cutanée de certaines dermatoses telles que dermatite atopique, états ichtyosiques, psoriasis et comme traitement d'appoint des brûlures superficielles de faibles étendues. Mais il n'est autorisé à remboursement que pour l'indication États de sécheresse cutanée de dermatite atopique et d'ichtyose. Si pas dans ces cas noter NR, même si AMM.
- **RENUTRYL** a l'AMM pour la nutrition par voie orale ou entérale, avec ou sans apport complémentaire, en médecine, chirurgie ou réanimation... et n'a pas de restriction au remboursement... Par contre **PROTIFORTIFIANT** est indiqué pour différents cas de dénutrition liés à : épidermolyse bulleuse ; mucoviscidose ; maladies neuromusculaires générant une dénutrition caractérisée par une perte de poids $\geq 5\%$ du poids habituel ; enfant présentant une stagnation staturopondérale durant une période de 6 mois ; patient infesté au VIH et présentant une dénutrition caractérisée par une perte de poids $\geq 5\%$ du poids habituel ; patient atteint de tumeurs ou hémopathies malignes et présentant une dénutrition caractérisée par une perte de poids $\geq 5\%$ du poids habituel. Mais il n'est remboursable que pour mucoviscidose, sida, épidermolyse bulleuse.
- **CLINUTREN** par contre est autorisé au remboursement pour les patients atteints de mucoviscidose, de maladies neuromusculaires, de tumeurs ou d'hémopathies malignes, d'épidermolyse bulleuse dystrophique ou dermolytique et pour les patients infectés par le VIH.
- Différences également entre l'AMM et l'indication ouvrant droit au remboursement pour **FOSAMAX** ; **ACTONEL** ; **BONVIVA** ; **ADARTREL** ; **ANAFRANIL** ; **AVANDAMET** ; **MINIRIN** ; **TENORMINE** ; **XATRAL** ; **BIPERYDIS** ; **AVLOCARDYL** ; **LARIAM** ; **PNEUMO 23** ; **ARGININE VEYRON** ; **TAVANIC** ; **KETEK** ; **TRASICOR** ; **EDEX** ; **EXELON** ; **DIHYDROERGOTAMINE** ; **TAMIK** ; **COVERSYL** ; etc.
- Différence également de droit au remboursement selon le conditionnement prescrit : **ALDACTONE** 50 boîte de 90 cps non remboursable dans la cas d'état oedémateux pouvant s'accompagner d'un hyperaldostéronisme secondaire... la boîte de 30 est remboursé dans ce cas... Idem pour **ZELITREX**, etc.

➤ Des références utiles :

- <http://www.fdn.fr/~amagnouat/metge/spip.php?rubrique85> (site d'un médecin conseil)
- http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips/index_presentation.php?p_site=AMELI
- http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/vous-former-vous-informer/guide-references-juridiques-produits-de-sante_bouches-du-rhone.php

ET ENCORE
QUELQUES IDÉES FAUSSES (TROP) RÉPANDUES

- Non, le calcul légal des IK n'est pas $0,61 \times (\text{kilométrage aller} + \text{retour} - 12)$, mais bien $0,61 \times (\text{kilométrage aller} + \text{retour} - 4)$. Non revalorisé depuis 1995 !
Ne vous laissez pas abuser, il y avait eu un projet de décret modificateur, mais il n'est jamais paru au Journal Officiel ; les Caisses entretiennent cependant volontiers l'ambiguïté, au point d'avoir sur AMELI omis des dispositions générales de la NGAP le seul art. 13, celui qui donne le texte en vigueur !
- Non, aucun texte ne permet aux médecins-conseil d'imposer un délai de 15 jours pour leur répondre, surtout assorti de menaces de classement de dossier. N'hésitez pas à leur demander sur quel texte ils fondent leur prétention, et en cas de difficulté à joindre la Commission.
- Non, vous n'êtes pas obligés de faire un arrêt de travail à la place d'un hospitalier ou d'un spécialiste qui a vu votre patient.
Deux situations :
 - Ou bien le confrère a vu le patient à votre demande, et dans ce cas vous ou lui pouvez aussi bien le faire, une manifestation de votre préférence au patient et au besoin au confrère devrait suffire à régler le problème.
 - Ou bien le patient a vu le confrère à sa propre initiative, et en principe vous n'avez pas à vous en mêler. Mais là encore les règles conventionnelles sont parfois un peu compliquées à comprendre pour les patients, et une explication, au moins une première fois, peut être bienvenue.
- Non, vous n'êtes pas obligés de recopier tel quel le traitement préconisé par un confrère hospitalier ou spécialiste. Toute ordonnance signée par vous engage votre responsabilité personnelle et en cas de problème l'avis de confrères n'est généralement pas retenu comme circonstance atténuante. Si donc vous avez de bonnes raisons de modifier un traitement établi par un correspondant, il vous revient de l'expliquer au patient. En cas de difficulté, une concertation avec le correspondant ou un nouvel avis sont toujours licites.
- Non, vous n'êtes pas obligés de faire « un bon pour le spécialiste » à chaque demande de patient. L'initiative d'un avis spécialisé sur demande du Médecin Traitant lui appartient et non pas au patient. Celui-ci est libre de consulter le spécialiste qu'il veut de son propre gré, pour ceux qui ne sont pas en accès direct il aura à sa charge quelques euros non remboursés et éventuellement un dépassement.