

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

FORFAIT REQUERANT TELEEXPERTISE (Médecins)

Juin 2020

La présente note méthodologique vise à préciser les modalités de mise en œuvre du forfait requérant.

I. CONTEXTE GENERAL

L'avenant 6 à la convention médicale de 2016 a inscrit dans le droit commun les modalités d'organisation et de prise en charge par l'assurance maladie des actes de téléexpertise (cf. article 28.6.2 de la convention), qui sont remboursables par l'assurance maladie depuis le 10 février 2019.

La téléexpertise permet à un médecin, dit « médecin requérant » (médecin traitant ou autre médecin), de solliciter un confrère, dit « médecin requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier.

Toutes les situations médicales sont susceptibles d'être concernées par la téléexpertise et tous les médecins libéraux et/ou exerçants en établissement de santé, quels que soient leur secteur d'exercice et leur spécialité médicale, peuvent recourir ou être requis pour un acte de téléexpertise. En revanche, un médecin ne peut pas s'auto-requérir.

Actuellement, la téléexpertise est réservée aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique. Sont ainsi concernés :

- ✓ les patients en affection longue durée (ALD),
- ✓ les patients atteints de maladies rares telles que définies par la réglementation,
- ✓ les patients résidant en zones sous-denses au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles,
- ✓ les patients résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médico-sociales,
- ✓ les patients détenus visés aux articles L. 381-30 et suivants du Code de la Sécurité Sociale, en raison de leur état de santé.

Il existe deux niveaux de téléexpertises tenant compte de la complexité du dossier du patient :

- ✓ Les téléexpertises de niveau 1, consistant en un avis donné sur une question circonscrite, sans nécessité de réaliser une étude approfondie d'une situation médicale. En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis de premier niveau correspond à l'analyse de documents en nombre limité (photographie, résultat d'examen complémentaire isolé, données cliniques y compris pour aider à l'orientation de la prescription. Par exemple, l'envoi par le médecin spécialiste en médecine générale d'une photographie à l'intention d'un médecin spécialiste en dermatologie pour avis sur une lésion cutanée.

- ✓ Les téléexpertises de niveau 2, consistant en un avis circonstancié donné en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en cohérence.

En dehors de la prise en compte du contexte clinique qui est indispensable à toute téléexpertise, l'avis de second niveau correspond à l'analyse de plusieurs types de documents.

Par exemple, l'envoi par le médecin spécialiste en médecine générale de plusieurs documents (biologie, imagerie, compte-rendu) à l'attention d'un médecin spécialiste pour avis sur l'évolution d'une maladie inflammatoire.

Le tarif de la téléexpertise tient compte de la complexité du dossier du patient qui conditionne lui-même niveau de l'expertise réalisée (1 ou 2 comme vu plus haut) et de sa fréquence.

Elle n'est cumulable avec aucun autre acte ou majoration.

Elle ne peut donner lieu à aucun dépassement d'honoraire.

Pour le médecin requis : il s'agit d'une rémunération à l'acte.

Pour les téléexpertises de niveau 1 (TE1), cette rémunération est de 12 € par téléexpertise, dans la limite de 4 actes par an, par médecin, pour un même patient, comme par exemple pour la lecture d'un fond d'œil ou d'un tympan ;

Pour les téléexpertises de niveau 2 (TE2), cette rémunération est de 20 € par téléexpertise, dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient, comme dans le cas de la surveillance d'une plaie chronique en voie d'aggravation et le suivi d'évolution d'une maladie inflammatoire chronique intestinale ou rhumatologique par exemple.

Pour le médecin requérant, il s'agit d'un forfait annuel : le forfait requérant.

 Se rendre page suivante

II. PRESENTATION DU FORFAIT REQUÉRANT

Le travail de coordination du médecin requérant sollicitant, pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un confrère, est valorisé par une rémunération forfaitaire appelée : forfait requérant.

➤ Les médecins requérants éligibles à cette rémunération :

- tous les médecins libéraux conventionnés quelle que soit leur spécialité médicale
- tous secteurs d'exercice : secteur 1, secteur 2, secteur 2 ou 1 DP adhérents OPTAM-OPTAM-CO

À noter que le médecin requérant est éligible au forfait requérant s'il est médecin généraliste libéral conventionné intervenant dans un EHPAD en tarif partiel.

➤ Les médecins requérants non éligibles :

- les médecins frontaliers : seuls les médecins conventionnés (et donc exerçant sur le territoire français) sont éligibles au forfait requérant
- les médecins remplaçants exclusifs car ils ne sont pas conventionnés en propre,
- les médecins adjoints,
- les médecins assistants,
- les médecins collaborateurs salariés de médecins libéraux,
- les médecins exerçant uniquement une activité libérale dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral conclu avec un établissement de santé
- les médecins salariés des établissements de santé (ex DG et ex OQN) non régis par la convention médicale des médecins libéraux. En effet, les établissements de santé ne sont pas éligibles au forfait rémunérant le médecin requérant. Il s'agit en effet d'un forfait conventionnel et non d'un acte. A ce titre il est réservé aux médecins conventionnés comme l'ensemble des rémunérations forfaitaires.



Modalités de calcul du forfait requérant

Le calcul est réalisé annuellement à partir du dénombrement de l'ensemble des actes de téléexpertises réalisés et facturés à l'Assurance maladie par les médecins requis, pour une année d'exercice de référence (année civile), pour l'ensemble des patients ouvrant droit à l'acte de téléexpertise (cf. point I. de la présente note).

Afin de permettre le calcul de la rémunération du médecin requérant, il est donc nécessaire que le numéro AM du médecin requérant ait été renseigné :

- dans la feuille de soins électronique du médecin requis, lorsque celui-ci exerce en ville,
- ou dans la facture émise par l'établissement de santé, lorsque le médecin requis exerce en établissement de santé.

Au titre de l'année 2019 et dans la mesure où le remboursement de la téléexpertise est entré en vigueur au 10 février 2019, le calcul du forfait requérant est réalisé au titre de la période allant du 10 février 2019 au 31 décembre 2019. A compter de l'exercice 2020, le calcul sera réalisé au titre d'une année civile complète, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre d'une année N.

La rémunération est de 5 € par téléexpertise de niveau 1 et de 10 € par téléexpertise de niveau 2, dans la limite d'un seuil maximal de 500 € par an.

Lorsque, au titre d'une année d'exercice le seuil maximal de 500€ est atteint, les téléexpertises réalisées en sus ne sont pas prises en compte dans le calcul du forfait requérant et ne donnent pas lieu à rémunération complémentaire.

Le calcul du forfait requérant est réalisé automatiquement par l'Assurance Maladie.

Aucun acte n'a besoin d'être facturé par le médecin requérant.

Inéligibilité au calcul :

La valorisation de la téléexpertise n'est pas prise en compte dans le calcul annuel du médecin requérant lorsque :

- les téléexpertises sont facturées sur feuille de soins papier ; les médecins qui s'engagent dans la télémédecine sont en effet a priori équipés pour télétransmettre,
- les factures (FSE ou factures électroniques établissement) comportent le même numéro AM pour le médecin requérant (zone « prescripteur ») et le médecin requis (zone « exécutant »),
- les factures (FSE ou factures électroniques établissement) ne comportent pas de numéro d'identification du médecin requérant,
- les téléexpertises ont été sollicitées par le médecin requérant pendant une période où il n'était pas conventionné et ce quelle qu'en soit la raison (cessation définitive ou provisoire d'activité, sanction conventionnelle, etc.),
- le médecin requis n'a pas facturé de téléexpertise et/ou ne veut pas réaliser de téléexpertise (*ce dernier est en effet en droit de juger de l'opportunité de sa réalisation*) à la suite de sa sollicitation par le médecin requérant ; la « simple » demande de téléexpertise n'est en effet pas rémunérée.



Périodicité du versement du forfait requérant

Le versement du forfait requérant s'effectue selon une fréquence annuelle (cf. article 28.6.2.4 de la convention médicale 2016).

Il est réalisé en juin N+1 au titre de l'année N (exemple : paiement du forfait requérant 2019 versé en juin 2020).



Modalités de versement du forfait requérant

Le calcul du forfait requérant est réalisé automatiquement par l'Assurance Maladie. Aucun acte n'a besoin d'être facturé par le médecin requérant.

 Se rendre page suivante

III. AFFICHAGE DU FORFAIT REQUERANT



Le médecin peut accéder aux détails de sa rémunération « FORFAIT REQUERANT » via le téléservice « Ma Convention » depuis le site amelipro.

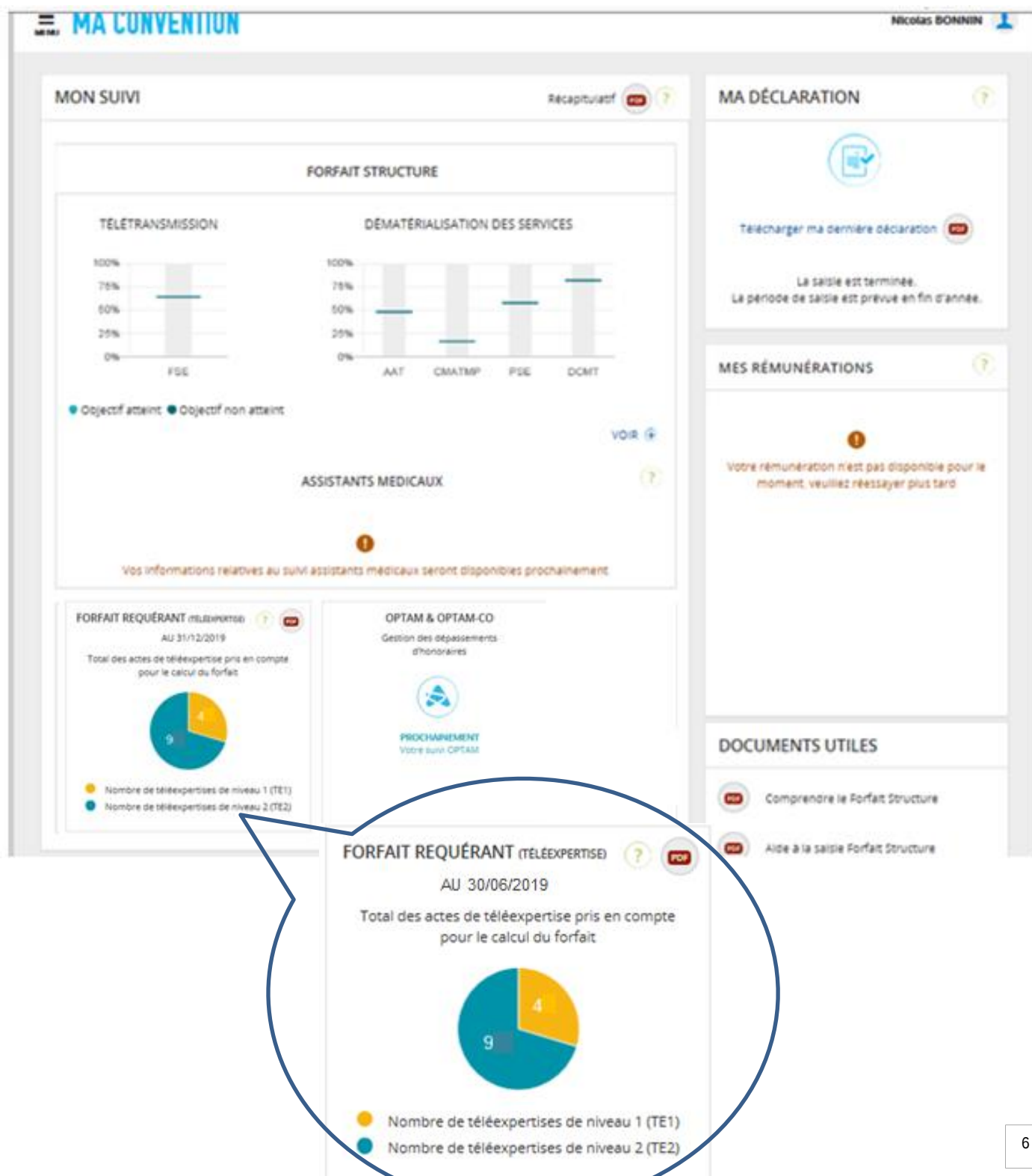
Aucune saisie n'est à réaliser par les médecins requérants en vue du calcul et versement du forfait requérant.

□ AFFICHAGE DU SUIVI SEMESTRIEL DU FORFAIT REQUERANT

Ce suivi semestriel permet pour les médecins d'avoir une vue à mi année, soit au 30/06 de l'année de référence.

Le médecin visualise les éléments suivants :

☞ Sur la page d'accueil



Le bouton  affiché permet de télécharger un document PDF affichant l'ensemble des détails relatifs à la rémunération forfait requérant (voir ci-après).

Nombre de téléexpertises facturées par les médecins requis et prises en compte pour le calcul du forfait



	Date de soins	Niveau de téléexpertise
Nom Prénom du requis 1 N° AM 1	JJ/MM/AAAA	Code acte
	JJ/MM/AAAA	Code acte
	JJ/MM/AAAA	Code acte
	JJ/MM/AAAA	Code acte
	JJ/MM/AAAA	Code acte
	JJ/MM/AAAA	Code acte
	JJ/MM/AAAA	Code acte
Nom Prénom du requis 2 N° AM 2	JJ/MM/AAAA	Code acte
	JJ/MM/AAAA	Code acte
	JJ/MM/AAAA	Code acte
	JJ/MM/AAAA	Code acte
	JJ/MM/AAAA	Code acte
...	...	...

Le document PDF liste les téléexpertises facturées (date et niveau) et prises en compte dans le calcul du forfait, par médecin requis.

 Se rendre page suivante

❑ AFFICHAGE DE LA RÉMUNÉRATION ANNUELLE DU FORFAIT REQUÉRANT

Il s'agit de l'affichage de la rémunération annuelle du forfait requérant au 31/12 de l'année de référence.

Le médecin visualise les éléments suivants :

MA CONVENTION

Loïc GERAULT

MES RÉMUNÉRATIONS

Exercice 2018

ROSP Clinique Le 21/04/2019	4 731,00 €
ROSP MT Enfants Le 23/06/2019	5 991,00 €
Forfait Structure Le 23/07/2019	5 900,00 €
Forfait Requérant Le 21/04/2019	4 345,00 €
FPMT 2019 Le 29/01/2019	11 879,00 €

FORFAIT REQUÉRANT 2018

Transmis le 21/04/2019 **4 345,00 €**

Le tarif de la téléexpertise tient compte de la complexité du dossier du patient qui conditionne le niveau de l'expertise réalisée (1 ou 2) et de sa fréquence. Elle n'est cumulée avec aucun autre acte ou majoration et ne peut donner lieu à aucun dépassement d'honoraire. Le forfait requérant est un forfait annuel dont la rémunération est de 5 € par téléexpertise de niveau 1 et de 10 € par téléexpertise de niveau 2, dans la limite de 500 € par an. Le calcul de votre rémunération sera réalisé par l'Assurance Maladie, vous n'aurez donc besoin de facturer aucun acte.

Nombre total annuel d'actes de téléexpertise pris en compte pour le calcul du forfait

Actes	Nombre
NOMBRE D'ACTES DE TE1 ANNUEL PRIS EN COMPTE POUR LE CALCUL DU FORFAIT	2
NOMBRE D'ACTES DE TE2 ANNUEL PRIS EN COMPTE POUR LE CALCUL DU FORFAIT	2

RETOUR

dev-snapshot

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration - Mentions légales | CGU

Le bouton  affiché permet de télécharger un document PDF affichant l'ensemble des détails relatifs à la rémunération forfait requérant (voir ci-après).

 Se rendre page suivante



MA CONVENTION – REMUNERATION FORFAIT REQUERANT

NOM Prénom du médecin requérant

Spécialité

N° AM :

Adresse du cabinet

Période de référence :

Le JJ/MM/AAAA

du JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA

XXXX,XX €

Nombre de téléexpertises facturées par les médecins requis et prises en compte pour le calcul du forfait



Nombre de téléexpertises de niveau 1 (TE1) : 6

Nombre de téléexpertises de niveau 2 (TE2) : 6

Nom Prénom du requis 1

N° AM 1

Date de soins	Niveau de téléexpertise
JJ/MM/AAAA	Code acte
JJ/MM/AAAA	Code acte
JJ/MM/AAAA	Code acte
JJ/MM/AAAA	Code acte
JJ/MM/AAAA	Code acte
JJ/MM/AAAA	Code acte
JJ/MM/AAAA	Code acte

Références réglementaires

Articles L.6316-1 et R.6316-2 du code de la santé publique.
Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine ;
Arrêté du 1^{er} août 2018 portant approbation de l’avenant 6 à la convention nationale médicale.
Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l’avenant 7 à la convention nationale médicale.
Décision UNCAM du 6 novembre 2018 publiée au JO du 19/12/2018.
Circulaire Cnam CIR-21/2018 relative à la présentation de l’avenant 6 à la convention médicale 2016 et aux modalités de mise en œuvre des actes de télémédecine.

9