



La couverture sociale des agents de l'État en Polynésie française

Information sur les différentes notions de médecin traitant



► Préambule sur l'articulation entre les dispositifs de déclaration de médecin traitant auprès de la CPS et de la sécurité sociale métropolitaine

a/ Pour les ressortissants de la sécurité sociale affectés en séjour limité en Polynésie française

- La déclaration d'un médecin traitant en Polynésie française auprès de la CPS est obligatoire pour toute la durée de votre séjour. Cette démarche est complètement indépendante de celle auprès de la sécurité sociale.
- Pour ceux qui avaient déclaré un médecin traitant auprès de la sécurité sociale avant de venir en Polynésie française, il est préférable de laisser cette démarche en l'état, surtout si vous retournez dans la même zone géographique après votre affectation provisoire en Polynésie française.
- Toutefois, si vous vous rendez en métropole ou dans un DOM pendant votre séjour en PF et que vous consultez un médecin autre que celui que vous avez déclaré, pensez à faire indiquer sur la feuille de soins, papier ou électronique, qu'il s'agit d'une consultation "hors résidence habituelle" (ou code MTH). À défaut de cette précision, votre remboursement sera fortement dégrèvé.

b/ Pour les ressortissants de la sécurité sociale résidents permanents en Polynésie française

- La déclaration d'un médecin traitant en Polynésie française auprès de la CPS est obligatoire. Cette démarche est complètement indépendante de celle auprès de la sécurité sociale.
- À ce stade, pour les ressortissants résidant hors métropole et DOM, la déclaration d'un médecin traitant auprès de la sécurité sociale n'est pas obligatoire. Néanmoins, si votre santé nécessite un suivi régulier en métropole, il vous est toujours possible de faire la démarche lors d'un de vos déplacements.
- Par ailleurs, en dépit de cette non-obligation de déclaration, si vous vous rendez en métropole ou dans un DOM et que vous consultez un médecin, pensez à faire indiquer sur la feuille de soins, papier ou électronique, qu'il s'agit d'une consultation "hors résidence habituelle" (ou code MTH). À défaut de cette précision, votre remboursement sera fortement dégrèvé.

c/ Pour les ressortissants de la CPS

- La déclaration d'un médecin traitant en Polynésie française auprès de la CPS est obligatoire.
- Compte tenu de votre rattachement à la CPS, la déclaration d'un médecin traitant auprès de la sécurité sociale n'est pas nécessaire.
- Par ailleurs, les soins prodigués hors territoire la Polynésie française n'intègrent pas les dispositions de la loi de pays sur le médecin traitant et donc ne sont pas soumis à pénalité en cas d'absence de médecin traitant déclaré.
- Toutefois, dans le cadre des accords de coordination SS-CPS et en dépit de cette absence de déclaration, si vous vous rendez en métropole ou dans un DOM et que vous consultez un médecin, pensez à faire indiquer sur la feuille de soins, papier ou électronique, qu'il s'agit d'une consultation "hors résidence habituelle" (ou code MTH). À défaut de cette précision, votre remboursement pourrait être fortement dégrèvé par la sécurité sociale.

► Cadre réglementaire et principes du médecin traitant auprès de la CPS

a/ Cadre général du dispositif et rôle du médecin traitant

Références :

- loi de pays n° 2018-14 du 16 avril 2018 relative au médecin traitant, au parcours de soins coordonnés et aux paniers de soins ;
- arrêté n° 738-CM du 16 mai 2019 relatif aux modalités de désignation du médecin traitant ;
- arrêté n° 739-CM du 16 mai 2019 relatif à la modulation de la prise en charge par les différents régimes de protection sociale polynésiens des actes, prescriptions et prestations modifié par l'arrêté n° 587-CM du 22 mai 2020.

Ces textes obligent tout assuré de Polynésie française à déclarer à la CPS le médecin de son choix dit "traitant" garant de la mise en œuvre, du suivi et de la coordination de ses soins, sur le principe d'un médecin traitant unique par patient. Cela s'applique également aux ressortissants de la sécurité sociale qui bénéficient du tiers-payant dans le cadre des accords de coordination avec la CPS.

Après une phase transitoire de tolérance, cette démarche est obligatoire et produit ses effets en termes de minoration de remboursement depuis le 1^{er} janvier 2021 (arrêté du 22 mai 2020).

Chaque membre d'une même famille peut choisir son propre médecin. Pour les jeunes de moins de 16 ans, le formulaire est co-signé par l'un des deux parents ou l'autorité parentale.

Ainsi, vous devrez choisir un médecin traitant qui coordonnera l'ensemble de vos besoins et suivis médicaux. Dans la pratique et pour orienter votre choix, c'est celui qui vous soigne habituellement, qui vous connaît le mieux et auquel vous faites confiance.

C'est lui que vous consultez en premier pour un avis sur votre santé, qui s'assure que votre suivi médical est optimal et qui vous oriente dans le parcours de soins coordonnés.

Il est votre interlocuteur privilégié, vous informe et vous met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, auxiliaires médicaux, etc.).

Il connaît et gère votre dossier médical. Il centralise toutes les informations de santé vous concernant, tenant à jour ainsi votre dossier médical (résultats d'examens, diagnostics, traitements, etc.).

Il assure une prévention personnalisée (ex : suivi de la vaccination, examens de dépistage organisés, aide à l'arrêt du tabac, conseils santé en fonction de votre style de vie, de votre âge ou de vos antécédents familiaux, conseils en nutrition, etc.).

Il peut établir le protocole de soins que vous suivrez si vous êtes atteint d'une longue maladie. Il le construit en concertation avec les autres médecins qui suivent votre maladie afin que vous soyez bien informé(e) sur les actes et les prestations qui vous sont nécessaires.

b/ Qui peut être médecin traitant ?

Le médecin traitant peut être un généraliste, un spécialiste en médecine générale ou un pédiatre pour les moins de 16 ans. Il doit être inscrit au conseil de l'ordre des médecins de la Polynésie française et libéré de toute sanction.

Ce médecin peut être conventionné ou non, exercer en secteur libéral, privé ou public, seul ou en groupe au sein d'un cabinet ou d'un établissement de santé.

Ce peut être également un médecin salarié d'un hôpital ou rattaché à une structure de santé publique (ex : dispensaire, centre médical, infirmerie, poste de santé, etc.).

Si vous résidez dans un archipel éloigné et que vous disposez d'une offre de soins de proximité limitée, le médecin choisi peut être soit la structure ou l'établissement de proximité de soins public référencé(e) de la direction de la santé, soit un médecin libéral ou public à distance (sur une île attenante ou sur Tahiti). Dans ce dernier cas, les déplacements vers le soignant traitant sont à la charge du patient.

En revanche, le médecin traitant ne peut pas être choisi parmi les internes des hôpitaux, les médecins remplaçants, les médecins militaires ni les médecins spécialistes (hormis les pédiatres pour les moins de 16 ans et la spécialité de médecine générale).

Pour les mineurs de moins de 16 ans, par défaut, le médecin traitant sera considéré comme le médecin généraliste de l'ouvrant-droit (parents ou tuteur légal) mais ce peut être aussi un médecin spécialiste en pédiatrie ou encore un médecin généraliste différent de l'ouvrant-droit en cas de déclaration expresse contraire.

Entre 16 et 18 ans, l'enfant reste libre de son choix de médecin traitant en accord avec ce dernier et sous l'autorité de ses parents ou de son tuteur légal.

En cas de parents séparés ou divorcés, l'enfant est rattaché soit automatiquement au médecin traitant d'au moins un de ses parents, soit à son propre médecin traitant (généraliste ou pédiatre).

IMPORTANT : En cas d'affectation de longue maladie (carnet rouge), votre médecin référent n'est pas forcément votre médecin traitant.

Si le médecin référent de votre longue maladie est un généraliste, ou un pédiatre pour les moins de 16 ans, il peut aussi être votre médecin traitant, sauf avis contraire de votre part.

Par contre, si le médecin référent de votre longue maladie est un spécialiste (sauf pédiatre pour les moins de 16 ans), vous devrez choisir en parallèle un médecin traitant généraliste. Ce médecin spécialiste devra cocher sur la feuille de soins la mention "Parcours de soins" afin que vous soyez remboursé(e) normalement.

Autre notion : le médecin correspondant. Si votre médecin traitant initie un parcours de soins coordonnés en vous orientant vers un autre médecin, généraliste ou spécialiste (ex : rhumatologue, cardiologue, dermatologue), ce dernier sera considéré comme médecin correspondant.

Enfin, si votre médecin cède son cabinet et sa patientèle à un confrère, ce dernier devient de facto votre médecin traitant sans démarche particulière, sauf si vous souhaitez en changer à cette occasion.

c/ Comment déclarer son médecin traitant ?

À l'occasion d'une consultation auprès du médecin traitant choisi, il existe deux possibilités de déclaration :

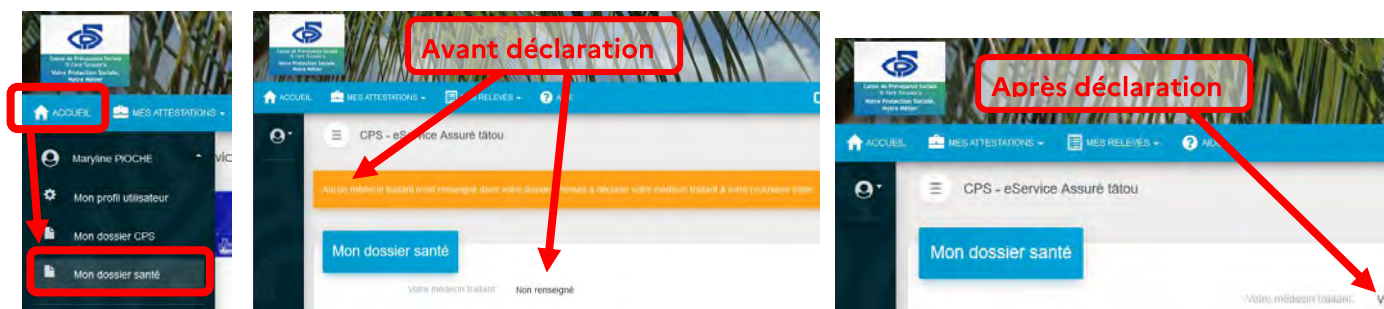
- la déclaration immédiate en ligne par téléservice (dédié aux médecins adhérents à ce e-service de la CPS) ;
 - Le médecin conserve en tant que déclarant l'original du contrat conjointement signé et en remet une copie au patient à sa demande.
 - Dans ce cas, la couverture de remboursement normal des frais de santé engagés et à venir est immédiate.
- la déclaration manuscrite par un formulaire de "déclaration de choix du médecin traitant" disponible chez le médecin.
 - Une fois complété et signé par l'assuré et le médecin, le formulaire doit être adressé dans les 8 jours qui suivent par voie postale ou dépôt direct dans les antennes ou au siège de la CPS.
 - À défaut de transmission dans le délai requis de 8 jours, la date du choix du médecin traitant s'appréciera à la date de l'envoi ou de la réception du formulaire et les frais de santé effectués avant ces dates seront remboursés avec une minoration de 20 % (cf. paragraphe e/).

Pour les mineurs de moins de 16 ans, en cas de médecin différent, la déclaration doit être signée par au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale. Si le médecin traitant est le même, l'inscription est automatique.

La démarche peut aussi être réalisée par votre médecin via un télé-service dédié de la CPS.

À noter que tout médecin est en droit de refuser ou d'arrêter le suivi d'un patient. Dans ce cas, il se doit, dans le respect du cadre déontologique, d'orienter ce dernier vers un nouveau médecin avec son dossier médical, si le cas se présente.

Une fois la démarche réalisée auprès du médecin et traitée par la CPS, votre compte Tatou est actualisé (cf. copies-écrans).



d/ Peut-on changer de médecin traitant ?

Votre déclaration de médecin traitant reste valide tant que vous et votre médecin êtes en accord pour continuer cette relation de confiance.

Cependant, vous êtes libre de changer de médecin traitant quand vous le souhaitez et sans justificatif.

Dans ce cas, une nouvelle déclaration doit être établie avec l'accord du nouveau médecin, selon les mêmes modalités précédentes, puis transmise à la CPS, annulant automatiquement la désignation antérieure au-delà de 24 heures.

Le dossier médical doit être transmis par l'ancien médecin traitant au nouveau médecin choisi sauf contre-ordre de votre part.

À noter que, si 2 déclarations sont faites le même jour, seule celle transmise et arrivée en premier à la CPS sera prise en compte. Tous les actes, prescriptions et prestations qui découleraient de la deuxième déclaration donneront lieu à une minoration de 20 % de vos remboursements.

e/ Quels sont les effets de cette déclaration ou non sur mes remboursements ?

Si vous désignez un médecin traitant, le consultez en premier et respectez le parcours de soins coordonnés qu'il aura mis en place, vous serez remboursé(e) normalement de la consultation et de l'ensemble des frais de santé découlant de celle-ci.

Ainsi, pour une consultation chez votre médecin traitant (généraliste conventionné), avec un tarif de consultation à 3600 Fcfp, vous serez remboursé(e) à hauteur de 70 % du tarif, soit 2520 Fcfp.

Pour une consultation chez votre médecin traitant (généraliste non conventionné), avec un tarif de consultation variable, vous serez remboursé(e) à hauteur de 70 % du tarif d'autorité de la consultation fixé à 1560 Fcfp, soit 1092 Fcfp.

Si vous consultez un autre médecin (médecin correspondant) à la demande de votre médecin traitant, et afin que vous soyez remboursé(e) normalement de sa consultation et de l'ensemble des prestations qui en découlent (pharmacie, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.), celui-ci doit indiquer sur la feuille de soins le code de votre médecin traitant, la date de la sollicitation (prescription et/ou courrier d'orientation) et cocher la mention "parcours de soins" (ou PSC).

Il informera votre médecin traitant de votre état de santé et lui transmettra, avec votre accord, les résultats d'examens complémentaires et de comptes rendus associés.

Si le médecin correspondant vous revoit plusieurs fois pour votre suivi (même besoin médical), vous n'avez pas l'obligation de repasser systématiquement par votre médecin traitant. En revanche, le médecin correspondant se doit d'informer votre médecin traitant de l'évolution de votre état de santé et d'indiquer le matricule du médecin traitant sur la feuille de soins. Dans ce cadre et en respectant le parcours de soins, vous serez remboursé(e) normalement.

En dépit du caractère obligatoire de ce dispositif, vous êtes libre, d'une part, de déclarer ou non un médecin traitant et, d'autre part, d'intégrer ou non le parcours de soins coordonnés. Pour autant, en cas de non déclaration ou de non-respect du parcours de soins, les consultations, actes, prestations et autres divers frais de santé vous seront moins bien remboursés par la CPS (minoration de 20 points / ex : soit 50 % au lieu de 70 % pour une consultation).

Ainsi, pour une consultation chez un médecin généraliste, avec un tarif de consultation à 3600 Fcfp, vous ne serez remboursé(e) qu'à hauteur de 50 % du tarif, soit 1800 Fcfp.

Pour une consultation chez un médecin généraliste non conventionné, avec un tarif de consultation variable, vous ne serez remboursé(e) qu'à hauteur de 50 % du tarif d'autorité de la consultation fixé à 1560 Fcfp, soit 780 Fcfp.

De même, si vous consultez un praticien en "accès direct spécifique" (ADS / cf. chapitre suivant) sans médecin traitant déclaré, vous serez également moins bien remboursé(e) sur l'ensemble des actes effectués et prestations qui en découlent.

Si vous avez déclaré un médecin traitant et que vous consultez directement un spécialiste (autres que pédiatre ou praticien ADS) sans passer par un parcours de soins, les actes et prestations qui en découlent vous seront moins bien remboursés par la CPS (minoration de 20 points).

Il y a quelques exceptions au parcours de soins coordonnés pour lesquelles vous serez remboursé(e) normalement, que vous ayez déclaré ou non un médecin traitant. Il s'agit des cas suivants :

- l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- les actes relatifs aux consultations de contraception ;
- les actes de dépistage organisés dans le cadre territorial de campagnes de prévention (ex : cancers gynécologiques) ;
- les actes relatifs à un accident de travail ou à une maladie professionnelle (uniquement dans le cadre des soins et suivis liés à cette situation) ;
- les prescriptions et prestations liées à une maternité ou à une longue maladie reconnue ;
- les frais relatifs à une hospitalisation ;
- les soins hors territoire de la Polynésie française ;
- les transporteurs sanitaires.

f/ Quels sont les professionnels de santé pour lesquels le recours au médecin traitant n'est pas obligatoire ?

Vous pouvez consulter les praticiens suivants, sans passer au préalable par votre médecin traitant déclaré :

- un gynécologue ;
- un ophtalmologue ;
- un médecin exerçant dans un service d'addictologie ;
- un pédiatre pour les mineurs de moins de 16 ans ;
- un médecin généraliste nouvellement installé (moins d'un an) ;
- un chirurgien-dentiste ;
- une sage-femme.

Ces praticiens spécialistes devront cocher alors la case "Accès direct spécifique" (ou ADS) sur la feuille de soins afin que vous soyez remboursé(e) normalement, sous réserve toutefois que vous ayez bien désigné au préalable un médecin traitant.

g/ Comment faire en cas d'absence de votre médecin traitant ou en cas de déplacement ?

Si votre médecin traitant est absent ou indisponible, vous pouvez avoir recours à son médecin remplaçant ou à un médecin associé du cabinet de groupe.

Le médecin remplaçant utilisera les feuilles de soins du médecin remplacé, et le médecin associé ses propres feuilles de soins. Dans les deux cas, vous serez remboursé(e) normalement.

À noter, d'une part, que vous ne pouvez pas désigner un médecin remplaçant comme médecin traitant mais le médecin remplaçant peut déclarer le médecin qu'il remplace comme votre médecin traitant, à condition qu'il ait eu l'accord de ce dernier en amont pour effectuer cette démarche à sa place et qu'il soit déclaré à la CPS comme médecin remplaçant et adhérent au télé-service de déclaration.

D'autre part, le médecin associé ne peut déclarer son confrère de cabinet absent comme votre médecin traitant mais il peut se déclarer, après votre accord, comme votre nouveau médecin traitant.

En cas d'urgence avérée, vous pouvez également consulter un autre médecin que votre médecin traitant. Ce médecin devra cocher alors la case "Urgence" (ou CUR) sur la feuille de soins afin que vous soyez remboursé(e) normalement. Les soins ou traitements consécutifs à cette urgence seront considérés comme étant dans le parcours de soins coordonnés dès lors que votre médecin traitant en est tenu informé. Cela concerne aussi les services d'accueil des urgences des centres hospitaliers.

Si vous êtes loin de chez vous (éloignement géographique, vacances), vous pouvez consulter un autre médecin que votre médecin traitant. Ce médecin devra cocher alors la case "Hors résidence habituelle" (ou HRH) sur la feuille de soins afin que vous soyez remboursé(e) normalement.

h/ Quelques sigles

Plusieurs signes, dits "codes parcours", peuvent apparaître sur vos ordonnances et feuilles de soins. Cela vous garantira un remboursement normal de vos soins, dès lors que vous avez un médecin traitant reconnu par les soignants et par la CPS.

- **MTT = médecin traitant** → Cela signifie que vous avez un médecin traitant déclaré. Cela inclut aussi le recours à son associé ou son remplaçant.
- **PSC = parcours de soins coordonnés** → Un parcours de soins coordonné est l'ensemble des consultations, prescriptions et prestations de soins initié par votre médecin traitant dans le cadre d'un besoin médical. Le sigle PSC définit l'ensemble des soignants qui participent à votre parcours de soins. Ces derniers l'apposent sur l'ordonnance et la feuille de soins.
- **CUR = consultation urgente régularisée** → Ce sigle signifie que, par une situation d'urgence de soins, vous n'avez pu accéder à votre médecin traitant. Le médecin vu en urgence l'appose sur l'ordonnance et la feuille de soins.
- **HRH = hors résidence habituelle** → Ce sigle signifie que vous consultez un médecin hors de la commune d'exercice de votre médecin traitant. Le médecin consulté l'appose sur l'ordonnance et la feuille de soins.
- **ADS = accès direct spécifique** → Ce sigle définit l'ensemble des soignants que vous pouvez consulter spontanément sans la sollicitation de votre médecin traitant (cf. chapitre f/). Ils cochent sur la feuille de soins la case ADS. Ils n'apposent aucun sigle sur l'ordonnance leurs cachets faisant foi.
- **MNI = médecin nouvellement installé** → Cela concerne les médecins avec une ancienneté de pratique dans une commune de Polynésie française inférieure à un an. Dans ce cas, ceux-ci peuvent soit devenir le médecin traitant du patient, soit traiter le patient dans le cadre de l'accès direct spécifique s'il dispose déjà d'un autre médecin traitant.

► Cadre réglementaire et principes du médecin traitant auprès de la sécurité sociale

a/ Cadre général du dispositif et rôle du médecin traitant

Références :

- articles L. 162-5 à L. 162-5-4, L. 162-24-1 à L. 162-30-5 et D. 162-1-6 à D. 162-1-8 du code de la sécurité sociale ;
- arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 ;
- circulaire DSS/DAC n° 2005-275 du 27 mai 2005 relative aux conditions d'inscription dans le parcours de soins des assurés d'un régime étranger recevant des soins en France et des assurés d'un régime français recevant des soins à l'étranger.

Ce dispositif est obligatoire sur le territoire national (métropole + DOM) depuis le 1^{er} janvier 2006 pour tous les ressortissants de la sécurité sociale.

Dès lors, depuis cette date, les personnes de 16 ans et plus qui n'ont pas de médecin traitant déclaré ou qui consultent directement un médecin spécialiste sans passer par leur médecin traitant sont moins remboursées.

Le médecin traitant joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins, et notamment pour les patients en affection de longue durée (ALD) dont il établit le protocole de soins.

Il assure les soins de premier recours habituels et de prévention dont a besoin son patient. Il tient à jour le dossier médical du patient, qu'il enrichit, en tant que de besoin, des données cliniques et paracliniques, coordonne le parcours de soins et centralise les avis des autres soignants. Si vous avez ouvert votre dossier médical partagé en ligne, il peut accéder à l'ensemble des données qui y sont intégrées par les professionnels de santé.

Par ses fonctions de diagnostic, de conseil et d'orientation, il participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients dans le souci de délivrer des soins de qualité à des coûts maîtrisés. Il met en place un suivi médical personnalisé et dirige son patient vers un médecin spécialiste, en cas de nécessité, soit pour une consultation ponctuelle, soit pour des soins récurrents (soins itératifs ou participation à des séquences de soins). Cette démarche doit être accompagnée d'une lettre décrivant l'état de santé du patient.

Il doit ainsi être en mesure d'établir, notamment, une fiche de synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique incluant le calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé.

Sa proximité avec le patient lui permet de jouer auprès de lui un rôle unique dans l'information sur la prévention, le dépistage, le suivi des maladies ainsi que l'éducation thérapeutique.

Vous avez le libre choix de votre médecin traitant. À vous de choisir le médecin qui vous connaît et vous convient le mieux. À noter que toute la famille n'a pas obligatoirement le même médecin traitant : chaque membre de la famille, à partir de l'âge de 16 ans, peut faire son propre choix et le déclarer. En effet, les déclarations de choix du médecin traitant sont individuelles et non collectives.

Comme les autres assurés, les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) exonérante doivent désigner un médecin traitant. Il peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste de la maladie. C'est lui qui établira votre protocole de soins.

Pour une personne résidant en maison de retraite, elle peut choisir le médecin traitant qui est attaché à son établissement, mais elle peut aussi choisir un autre médecin.

Pour les étudiants, ils peuvent choisir un médecin traitant dans la ville où résident leurs parents ou bien dans la ville où ils font leurs études.

Dans le cas de médecins exerçant dans un cabinet de groupe, vous devez quand même désigner un médecin précis en tant que médecin traitant. Toutefois, en cas d'absence de ce médecin désigné, vous pouvez consulter ses confrères membres du cabinet de groupe sans pénalisation.

En 2017, la désignation d'un médecin traitant a été étendue aux enfants de moins de 16 ans. Néanmoins, pour les enfants de moins de 16 ans, il n'y a pas de réduction du remboursement en l'absence de déclaration de médecin traitant ou de non-respect du parcours de soins coordonnés. Pour autant, il est plus sécurisant qu'un praticien identifié veille sur sa santé et le bon déroulement de sa croissance.

L'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et le déclare à la caisse d'assurance maladie de l'enfant. Même si l'enfant a 2 lieux de résidence, un seul médecin traitant par personne peut être désigné.

Les jeunes de 16 et 17 ans peuvent choisir eux-mêmes leur médecin traitant, mais ils doivent avoir l'accord de l'un des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale qui devra également signer la déclaration.

Les personnes affiliées à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ou à une caisse de sécurité sociale d'une collectivité d'outre-mer (COM), les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME), ainsi que les personnes venant en séjour temporaire, qu'il s'agisse de ressortissants d'États étrangers ou d'assurés résidant à l'étranger sur le territoire français, ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés et n'ont pas à déclarer de médecin traitant.

b/ Qui peut être médecin traitant ?

Tout médecin, inscrit au conseil de l'ordre national des médecins, vous donnant son accord préalable peut remplir ce rôle. Le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou spécialiste, qu'il soit conventionné secteur 1, secteur 2 avec des honoraires libres ou adhérent à l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et pratiquant des dépassements modérés.

Il peut être votre médecin de famille ou un autre médecin. Il peut exercer seul, au sein d'un cabinet, dans un centre de santé ou encore à l'hôpital. Il n'y a pas de contraintes géographiques.

Tout médecin peut être médecin traitant, en l'occurrence :

- un médecin généraliste ;
- un médecin spécialiste ;
- un médecin libéral ;
- un médecin hospitalier ;
- un médecin urgentiste ;
- un médecin salarié d'un centre de santé ;
- un médecin à exercice particulier (MEP).

La déclaration du médecin traitant est nominative. Même dans le cas de médecins exerçant dans un cabinet de groupe, l'assuré doit désigner un médecin précisément en tant que médecin traitant.

À noter que vous ne pouvez pas désigner un médecin remplaçant comme médecin traitant.

Si vous avez des difficultés à trouver de médecin traitant, vous pouvez vous signaler à la mission de conciliation de votre organisme d'assurance maladie qui pourra vous conseiller, vous épauler dans vos recherches et en tenir la caisse informée afin qu'elle puisse le prendre en compte pour vos taux de remboursement.

Autre notion : Le médecin correspondant → Votre médecin traitant peut vous orienter vers un autre médecin, généraliste ou spécialiste (rhumatologue, cardiologue, dermatologue, etc.) qui devient alors médecin correspondant.

c/ Comment déclarer son médecin traitant ?

Deux possibilités s'offrent à vous pour déclarer un médecin traitant.

Cette déclaration peut être effectuée en ligne par le médecin que vous avez choisi, avec votre accord. En pratique, lors d'une consultation à son cabinet et sur présentation de votre carte Vitale, le médecin télétransmet directement la déclaration à votre caisse primaire d'assurance maladie. C'est simple et rapide : pas de formulaire à remplir, pas de courrier à envoyer, votre déclaration est enregistrée immédiatement.

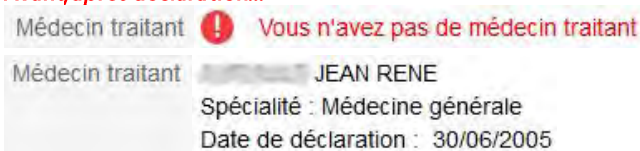
Vous pouvez aussi remplir et signer un formulaire de déclaration (Cerfa 12485*03 / réf. S3704) conjointement avec le médecin que vous avez choisi puis l'envoyer par courrier à votre organisme d'assurance maladie. Votre déclaration reste valide tant que vous et votre médecin êtes d'accord pour continuer cette relation patient/médecin traitant.

Même en cas de remplacement pour une longue durée, le médecin remplaçant ne peut pas signer en propre des déclarations de choix du médecin traitant. Seul le médecin titulaire du cabinet professionnel peut remplir et signer une déclaration de choix du médecin traitant.

Une fois la démarche réalisée auprès du médecin et traitée par la sécurité sociale, votre compte Améli est actualisé (cf. copies-écrans).



Avant/après déclaration...



d/ Peut-on changer de médecin traitant ?

Il n'y a pas de durée fixée ni imposée dans la relation entre le patient et son médecin traitant.

La liberté de choix permet à chaque partie de changer d'avis à tout moment: au médecin d'accepter ou de refuser d'être votre médecin traitant ou encore de rompre le lien, et à vous de changer de médecin traitant.

Vous êtes ainsi libre de changer de médecin traitant quand vous le souhaitez et sans justificatif.

À noter que vous devrez déclarer un nouveau médecin traitant à votre caisse primaire d'assurance maladie si votre médecin traitant cesse son activité, change d'activité ou déménage.

Pour déclarer votre nouveau médecin traitant, la démarche est la même que pour la désignation. Votre nouvelle déclaration annule la précédente. Il n'est pas nécessaire d'informer votre ancien médecin traitant.

e/ Quels sont les effets de cette déclaration ou non sur mes remboursements ?

Si vous avez désigné un médecin traitant et respectez le parcours de soins coordonnés, vous serez mieux remboursé(e). Toutefois, dans certaines situations, vous êtes remboursés normalement même en dehors du parcours de soins.

Ainsi, en déclarant un médecin généraliste conventionné secteur 1, au tarif de 25 euros, comme médecin traitant et en le consultant en premier, vous serez remboursé(e) à hauteur de 70 % du tarif de la consultation, moins 1 euro au titre de la participation forfaitaire, soit un remboursement de 16,50 euros (contre seulement 6,50 euros sinon).

Si votre médecin traitant vous oriente vers un autre médecin, cela se traduit tout d'abord par le courrier habituel du médecin traitant décrivant l'état de santé du patient au médecin correspondant (généraliste ou spécialiste, rhumatologue, cardiologue, dermatologue, etc.). Ensuite, lors de la consultation, le médecin correspondant indique sur la feuille de soins que le patient lui est adressé par son médecin traitant. S'il remplit une feuille de soins papier, il précise le nom et le prénom du médecin traitant ; en cas de feuille de soins électronique (FSE), il saisit le code MTO.

Le médecin correspondant informera votre médecin traitant de votre état de santé et lui transmettra – avec votre accord – les résultats d'examens complémentaires, les comptes rendus opératoires, etc. Il pourra aussi renseigner votre dossier médical partagé (DMP) si vous l'avez ouvert. Vous serez remboursé normalement, selon les tarifs habituels en vigueur, c'est-à-dire à 70 % du tarif de base, moins 1 euro au titre de la participation forfaitaire.

Si vous consultez un gynécologue, un ophtalmologue, un psychiatre ou un stomatologue (cf. chapitre f/), ce médecin spécialiste devra cocher la case "Accès direct spécifique" sur la feuille de soins afin que vous soyez remboursé(e) normalement, sous réserve toutefois que vous ayez bien déclaré un médecin traitant.

Dans le même ordre d'idée, vous pouvez consulter directement un chirurgien-dentiste, sans passer par votre médecin traitant et vous serez remboursé(e) normalement car les soins dentaires ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés.

Si vous avez déclaré un médecin traitant et respectez le parcours de soins coordonnés, vous serez remboursé(e) normalement pour la consultation directe d'un médecin spécialiste, sans passer par votre médecin traitant, dans les situations suivantes :

- si vous êtes atteint d'une affection de longue durée (ALD) exonérante (uniquement pour les spécialistes mentionnés sur votre protocole de soins) ;
- si un médecin spécialiste vous suit dans le cadre d'une maladie chronique ;
- dans le cadre d'une séquence de soins en concertation avec votre médecin traitant.

Il existe également d'autres exceptions au parcours de soins coordonnés, pour lesquelles vous n'aurez pas à supporter une majoration du ticket modérateur, que vous ayez déclaré un médecin traitant ou pas :

- les actes de dépistage organisés dans le cadre de la campagne nationale contre le cancer du sein ;
- l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse ;
- les soins lors d'une hospitalisation ;
- les soins palliatifs ;
- les expertises ;
- les soins à l'étranger ;
- les actes anatomo-pathologistes, c'est-à-dire les actes de prélèvements de tissus par chirurgie (biopsie) ou ponction pour leur étude.

... ainsi que pour les spécialités suivantes :

- chirurgiens-dentistes ;
- sages-femmes ;
- auxiliaires médicaux ;
- laboratoires ;
- biologistes ;
- pharmaciens ;
- transporteurs sanitaires ;
- fournisseurs d'appareillages (opticiens, etc.).

En revanche, depuis le 1^{er} janvier 2006 et en raison du caractère obligatoire de ce dispositif, les patients qui n'ont pas de médecin traitant déclaré ou qui consultent directement un médecin spécialiste sans passer par leur médecin traitant sont moins remboursés.

Si vous êtes hors du parcours de soins coordonnés, vous serez également moins bien remboursé(e) sauf si vous consultez des spécialistes en accès direct (cf. point f/) à condition d'avoir néanmoins déclaré un médecin traitant.

À noter que les sommes prises en charge à tort lors de la transaction en tiers-payant seront récupérées par l'assurance maladie (elles seront déduites d'un remboursement ultérieur).

f/ Quels sont les consultations et professionnels de santé pour lesquels le recours au médecin traitant n'est pas obligatoire ?

Le dispositif du médecin traitant prévoit une orientation préalable du patient par son médecin traitant pour toute consultation d'autres médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, y compris pour les consultations dans les établissements hospitaliers.

Cependant, l'accès direct à certains médecins spécialistes pour les consultations suivantes n'entraîne pas de baisse de remboursement :

- un gynécologue, pour les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi des grossesses, l'IVG médicamenteuse ;
- un ophtalmologue, pour la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome ;
- un psychiatre ou un neuropsychiatre, si le patient a entre 16 et 25 ans ;
- un stomatologue, pour les soins bucco-dentaires (actes thérapeutiques et radiographiques) incluant les soins de prévention bucco-dentaire, les soins conservateurs (obturations dentaires définitives, soins d'hygiène bucco-dentaire), les soins chirurgicaux (extraction dentaires, lésions osseuses restant à la nomenclature générale des actes professionnels et lésions gingivales), les soins de prothèse dentaire, les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale.

De même, ne nécessitent pas d'orientation préalable par le médecin traitant :

- les consultations prévues dans le cadre d'un protocole de soins ;
- les actes et consultations assurés par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies ;
- lorsqu'un militaire consulte sur prescription d'un médecin du service de santé des armées ;
- les consultations de génétique prévues au quatrième alinéa de l'article L. 1131-1-2 du code de la santé publique ;
- les actes réalisés dans le cadre de campagnes nationales de dépistage organisé ;
- les consultations des médecins biologistes ;
- les soins palliatifs ;
- les expertises ;
- les IVG médicamenteuses ;
- les actes en P des anatomo-cytopathologistes.

g/ Comment faire en cas d'absence de votre médecin traitant ou en cas de déplacement ?

En cas d'absence ou d'indisponibilité de votre médecin traitant et s'il exerce dans un cabinet de groupe, vous pouvez l'ensemble des médecins du groupe sans pénalisation (respect du parcours de soins). Dans cette situation, l'autre médecin du groupe doit saisir le code MTR sur la feuille de soins électronique (FSE) ou cochez la case "Médecin traitant remplacé" sur la feuille de soins papier.

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, qu'il exerce seul et qu'il n'a pas de remplaçant, vous pourrez consulter un autre médecin généraliste sans baisse de remboursement. Dans ce cas, le médecin consulté à la place du médecin traitant saisit le code MTR sur la feuille de soins électronique (FSE) ou coche la case "Médecin traitant remplacé" sur une feuille de soins papier.

En outre, l'avenant 6 à la convention médicale de 2016 qui a inscrit dans le droit commun la tarification et le remboursement des actes de téléconsultation a prévu que dans le cas où le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient, une réponse par téléconsultation doit pouvoir également être apportée. Cette réponse doit être de proximité et s'appuyer sur des organisations coordonnées territoriales mises en place par les médecins sur un territoire. Les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des consultations ou téléconsultations réalisées dans ce cadre sont les mêmes que celles des consultations réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonné.

En cas d'éloignement de votre résidence habituelle, pour des vacances par exemple, vous pouvez consulter un autre médecin, sans baisse de remboursement. Le médecin consulté est alors tenu de procéder à un retour d'information au médecin traitant. Dans cette situation, le médecin consulté saisit le code MTH sur la feuille de soins électronique ou coche la case "Hors résidence habituelle" sur une feuille de soins papier.

Si vous souhaitez recourir à un autre médecin pour un cas d'urgence, notamment un médecin de garde, sans baisse de remboursement, vous devez être réellement confronté(e) à une situation non prévue plus de 8 heures auparavant pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu leur vie ou l'intégrité de leur organisme et nécessitant l'intervention rapide du médecin.

Il en est de même pour une consultation de nuit entre 20h00 et 08h00, ou le dimanche ou les jours fériés, ou un médecin intervenant dans le cadre de la permanence des soins.

Dans cette situation, le médecin consulté saisit le code MTU sur la feuille de soins électronique ou coche la case "Urgence" sur une feuille de soins papier.

Les soins ou traitements consécutifs à une urgence sont considérés comme étant dans le parcours de soins coordonnés dès lors que votre médecin traitant en est tenu informé.

► Analyse comparative et synthétique des 2 dispositifs de médecin traitant

Thématiques	Dispositif CPS	Dispositif SS
Mode de déclaration	<i>Système similaire</i> : Soit en ligne via une application dédiée du médecin, soit via un formulaire papier à déposer ou envoyer à la caisse de rattachement.	
Type de médecin	Seuls les médecins généralistes ou les médecins spécialistes de médecine générale peuvent être médecins traitants + Les pédiatres pour les enfants de moins de 16 ans.	Tous les médecins peuvent être déclarés médecins traitants, hormis les remplaçants.
Médecin référent (pour affection de longue maladie/durée)	Le médecin référent peut être différent du médecin traitant. Ce peut être un spécialiste comme un généraliste.	Le médecin traitant est le coordinateur unique du protocole de soins.
Médecin correspondant	<i>Système similaire</i> : Le médecin correspondant est compétent dans un domaine médical particulier. Il entre dans un parcours de soins initié et coordonné par le médecin traitant. Dans le cadre d'une prise en charge au long cours et pour le même besoin médical, le patient a la possibilité d'accéder au médecin correspondant sans repasser à chaque fois par son médecin traitant. Néanmoins, le premier doit informer régulièrement le second de l'avancée des soins.	
Changement de médecin	<i>Système similaire</i> : Possibilité de changer de médecin traitant du jour au lendemain sans justificatif particulier. Il faut juste penser à déclarer le nouveau.	
Gestion des enfants	Par défaut, les enfants sont automatiquement rattachés au(x) médecin(s) traitant(s) de ses parents ou tuteurs légaux. Ils peuvent aussi en choisir un autre.	Pas de rattachement systématiquement ni d'obligation à ce stade.
	En cas de séparation des parents, l'enfant a un double rattachement d'office.	Un seul médecin traitant peut être déclaré.
Parcours de soins	<i>Système similaire</i> : Si le parcours est respecté, le remboursement est normal ; sinon il est diminué.	
Absence, urgence ou déplacement	<i>Système similaire</i> : Les frais sont remboursés normalement à condition que le code parcours apposé sur les feuilles de soins et les ordonnances reflète bien le motif d'absence, d'urgence ou de déplacement hors résidence.	

Thématiques	Dispositif CPS	Dispositif SS
Exceptions au parcours de soins coordonnés avec remboursement normal, que vous ayez déclaré ou non un médecin traitant	<ul style="list-style-type: none"> – l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ; – les actes relatifs aux consultations de contraception ; – les prescriptions et prestations liées à la maternité ou à une longue maladie reconnue ; – les frais relatifs à une hospitalisation ; – les actes de dépistage organisés dans le cadre territorial de campagnes de prévention (ex : <i>cancers gynécologiques</i>) ; – les actes relatifs à un accident de travail ou à une maladie professionnelle (<i>uniquement dans le cadre des soins et suivis liés à cette situation</i>) ; – les soins hors territoire de la PF ; – les transporteurs sanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> – les actes de dépistage organisés dans le cadre de la campagne nationale contre le cancer du sein ; – l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse ; – les soins lors d'une hospitalisation ; – les soins palliatifs ; – les expertises ; – les soins à l'étranger ; – les actes anatomo-pathologistes, c'est-à-dire les actes de prélèvements de tissus par chirurgie (biopsie) ou ponction pour leur étude. + les spécialités suivantes : chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, laboratoires, biologistes, pharmaciens, transporteurs sanitaires et fournisseurs d'appareillages (opticiens, etc.).
Consultation directe de praticiens, sans passer au préalable par le médecin traitant avec remboursement normal, à condition d'avoir déclaré un médecin traitant	<ul style="list-style-type: none"> – un gynécologue ; – un ophtalmologue ; – un médecin exerçant dans un service d'addictologie ; – un pédiatre pour les mineurs de moins de 16 ans ; – un médecin généraliste nouvellement installé (<i>moins d'un an</i>) ; – un chirurgien-dentiste ; – une sage-femme. 	<ul style="list-style-type: none"> – un gynécologue, <i>pour les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi des grossesses, l'IVG médicamenteuse</i> ; – un ophtalmologue, <i>pour la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome</i> ; – un psychiatre ou un neuropsychiatre, <i>si vous avez entre 16 et 25 ans</i> ; – un stomatologue, <i>pour les soins bucco-dentaires (actes thérapeutiques et radiographiques) incluant les soins de prévention bucco-dentaire, les soins conservateurs (obturations dentaires définitives, soins d'hygiène bucco-dentaire), les soins chirurgicaux (extraction dentaires, lésions osseuses restant à la nomenclature générale des actes professionnels et lésions gingivales), les soins de prothèse dentaire, les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale.</i>
Minorations des remboursements	<p><i>Système similaire</i> : L'absence de déclaration de médecin traitant ou le non-respect du parcours de soins coordonnés.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les consultations en longue maladie et hors longue maladie ; – Les actes, prescriptions et prestations hors longue maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> – Les consultations.

Pour de plus amples informations sur un des 2 systèmes, vous pouvez consulter les sites internet des 2 organismes :

– CPS → www.cps.pf ;

– Sécurité sociale → www.ameli.fr.