Vous débutez une activité de médecin remplaçant

Les démarches à effectuer:

- 1- Demandez votre licence de remplacement auprès du CDO
- 2- Contactez votre CPAM pour demander votre affiliation en composant le 3608

A noter: La CPAM informe l'URSSAF et la CARMF de votre début d'activité, vous devrez néanmoins déclarer votre début d'activité sur le site cfe.urssaf.fr

VOTRE PROTECTION SOCIALE

I - Vous êtes conventionné:

- vous dépendez du régime général

- Vous-même et vos ayants droit bénéficiez des prestations de l'assurance maladie.

- La Caisse d'assurance maladie participe alors à la prise en charge de vos cotisations sociales (maladie, maternité, décès).

II - Assurance Volontaire « Accident du travail »

Comme vous ne bénéficiez pas à titre obligatoire de la couverture « Accidents du travail et maladies professionnelles », vous pouvez vous assurer volontairement auprès de la Caisse d'assurance maladie.

- Cette adhésion vous ouvre les droits aux seules prestations en nature.

Ameli.fr

Exercer au quotidien

La facturation de vos actes

- La Carte Professionnelle de Santé (CPS)

La carte CPS est une carte d'identité professionnelle électronique dédiée aux secteurs de la santé et du médico-social. Elle contient des données d'identification de son porteur:

- Identité (n° d'identification, nom patronymique, nom d'exercice…)
- Profession
- Spécialité
- Identification du mode et du lieu d'exercice

asipsanté L'AGENCE FRANÇAISE DE LA SANTÉ NUMÉRIQUE
esante.gouv.fr

9, rue Georges Pitard
75015 PARIS
Tél: 0 825 852 000
Esanté.gouv.fr

Le Professionnel de Santé remplaçant élabore et signe la FSE avec sa propre carte CPS.
Les soins sont facturés par le Professionnel de Santé remplaçant avec sa CPS permettant de l'identifier en tant qu'exécutant, mais sous le numéro de facturation Assurance Maladie du remplacé, sur le compte duquel les prestations sont payées.
Il appartient ensuite au Professionnel de Santé remplacé de rétrocéder à son remplaçant, les honoraires pour les actes que ce dernier a réalisés.

Votre activité

Vous changez de situation

Adresse personnelle: signalez votre nouvelle adresse au Conseil de l'Ordre

Vous cessez les remplacements: informez rapidement par courrier le Conseil de l'Ordre ainsi que le CPAM
du Calvados à l'adresse mail: GCPAM141_pfose_ps.cpam-calvados@assurance-maladie.fr, de la date de cessation
de la Manche à l'adresse mail rps.cpam-manche@assurance-maladie.fr

Vous vous installez: informez rapidement par courrier le Conseil de l'Ordre ainsi que le CPAM
du Calvados à l'adresse mail: GCPAM141_pfose_ps.cpam-calvados@assurance-maladie.fr
de la Manche rps.cpam-manche@assurance-maladie.fr
ou via Ameli.fr: Médecin/Votre exercice en libéral/Vie du cabinet/Installation en libéral/Processus d'installation/Votre installation en médecine libérale

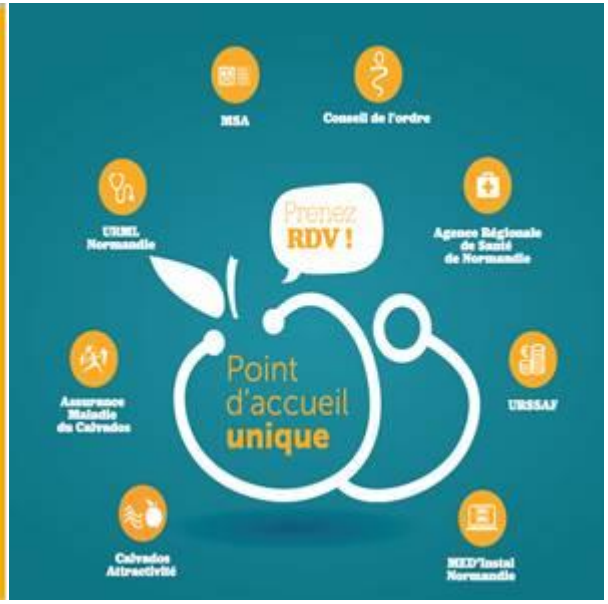
Votre activité

Vous changez de situation

Un guichet unique réunissant divers acteurs est désormais à votre disposition : gagnez du temps en venant les rencontrer pour découvrir leurs missions et les services proposés.

Ce point d'accueil est situé au siège de la CPAM du Calvados, 108 boulevard Jean Moulin à Caen.

Pour en savoir plus et connaitre les créneaux horaires disponibles, vous pouvez nous contacter sur : rendez-vous-installation.cpam-caen@assurance-maladie.fr ou par téléphone au 02.31.45.71.08



LA FACTURATION DE VOS ACTES

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

1 MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD 1 action de prévention 2 autre 4

3 SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115 (cf. la notice au verso : § précédé de " * " et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non oui 5 date J J M M A A A A 5

6 MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A 6

7 AT/MP numéro ou date J J M M A A A A 7

1	A cocher si votre patient est reconnu en Affection de Longue Durée
2	A cocher si vous réalisez une mammographie de dépistage du cancer du sein.
3	À cocher s'il s'agit de soins en rapport avec l'affection pour laquelle le bénéficiaire des soins est pensionné de guerre
4	A cocher si vous réalisez des actes dans le cadre de la stérilité ou des soins à des mineurs victimes de sévices sexuels.
5	A cocher lorsque les soins font suite à un accident causé par un tiers (accident de la circulation, blessure au cours d'une activité sportive, mauvaise chute sur un trottoir, morsure par un chien, coups et blessures, suspicion d'erreur médicale, d'infection nosocomiale…) et reporter en face, si possible, la date de l'accident.
6	A cocher lorsque les soins sont en rapport avec une maternité et indiquer la date présumée de début de grossesse ou la date d'accouchement
7	À cocher lorsque les soins font suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle et indiquer le numéro d'enregistrement de ce dernier ou à défaut la date de l'accident ou la date à laquelle la maladie a été médicalement constatée.

LA DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire	1		l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire		2
signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes			signature de l'assuré(e)		impossibilité de signer

1	A cocher si votre patient bénéficie du **tiers payant sur la part obligatoire** : - bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, - soins réalisés dans le cadre de la permanence des soins, - patient présentant des difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières.
1 + 2	A cocher si votre patient bénéficie du **tiers payant sur la part obligatoire <u>et</u> complémentaire** : - victimes d'un Accident du Travail ou Maladie Professionnelle, - bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire - bénéficiaires de l'AME, - mammographie de dépistage national du cancer du sein.

LE PARCOURS DE SOINS

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case 1

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous
nom et prénom du médecin :
(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante) 2

accès direct spécifique 3 urgence 4 hors résidence habituelle 5 médecin traitant remplacé 6 accès hors coordination 7

	Feuille de soins papier	FSE (indicateurs version S.V 1.40)
1	Vous êtes le **nouveau médecin traitant** déclaré.	N
2	Vous intervenez en tant que **médecin correspondant** (soit sur demande du médecin traitant, soit sur demande d'un autre médecin correspondant, soit sur demande d'un médecin en accès direct spécifique) : indiquer le nom et le prénom du médecin traitant de votre patient.	O
3	L'**accès direct spécifique** concerne : - les **gynécologues consultés dans le cadre de** la contraception, du suivi de grossesse, de dépistages périodiques ou d'une IVG. - les **ophtalmologues consultés dans le cadre** d'une prescription ou d'un renouvellement de lunettes, de dépistage et suivi de glaucome. - les **stomatologue consultés dans le cadre** de soins de prévention bucco-dentaire, de soins conservateurs, soins chirurgicaux, soins de prothèse dentaire, traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale. - les **psychiatres ou neuropsychiatres dans le cadre des** soins prodigués aux patients de moins de 26 ans.	D
4	Vous recevez un patient **en urgence.** *L'urgence se définit comme une situation non prévue plus de 8 heures avant, et mettant en jeu la vie du patient ou son intégrité physique et nécessitant la mobilisation rapide du médecin.*	U
5	Vous êtes consulté par un patient **éloigné de sa résidence habituelle**.	H
6	Vous **remplacez ponctuellement** le médecin traitant de votre patient.	R
7	Dans tous les autres cas (le taux de remboursement sera alors minoré car le patient sera en dehors du parcours de soins).	S