



GUIDE DGOS

FACTURATION DES TÉLÉCONSULTATIONS ET TÉLÉEXPERTISES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Décembre 2019 | version V.1

Table des matières

PREAMBULE : CONTEXTE ET OBJECTIF	3
TELECONSULTATION ET AVENANT N°6	5
I) La téléconsultation : principes généraux	5
II) Eligibilité à la facturation des téléconsultations	6
1) <i>Cadre général</i>	6
2) <i>Les exceptions au cadre général</i>	7
III) La facturation des téléconsultations par un établissement de santé : selon le secteur de prise en charge principale du patient	10
1) <i>Les patients externes et admis aux urgences</i>	10
2) <i>Les patients hospitalisés</i>	15
3) <i>Les patients résidents en EHPAD bénéficiant d'une téléconsultation par un médecin d'un établissement de santé</i>	17
IV) Exemples d'organisations : demande d'avis cardiologique pour un patient résident en EHPAD	18
TELEEXPERTISE ET AVENANT N°6	19
I) La téléexpertise : principes généraux.....	19
II) Eligibilité à la facturation des téléexpertises	20
➤ <i>Prérequis techniques</i>	21
III) La facturation des téléexpertises	22
1) <i>Les patients non hospitalisés</i>	22
2) <i>Les patients hospitalisés</i>	24
1) <i>Les patients résidents en EHPAD</i>	26
I) Exemples d'organisation : demande de téléexpertise maxillo-faciale pour un patient admis aux urgences.....	27
ANNEXE 1 : PRINCIPAUX TEXTES DE REFERENCE	28
ANNEXE 2 : CONTACTS ET INFORMATIONS	29



L'amélioration de l'organisation du système de santé, et notamment de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, est un enjeu majeur auquel «Ma Santé 2022 » entend répondre.

Dans ce cadre, la mise en œuvre d'une stratégie numérique en santé comprenant un large déploiement de la télémédecine apparaît comme l'une des réponses aux défis auxquels est confronté le système de santé français.

Si jusque récemment les activités de télémédecine s'appuyaient sur le fonds d'intervention régional (FIR), des financements d'expérimentations (ETAPES) ou sur les tarifs hospitaliers, les évolutions conventionnelles – avec la mise en place d'une valorisation pérenne des actes de téléconsultations et téléexpertises – constituent une avancée significative pour le développement des activités de télémédecine par les établissements de santé.

L'avenant 6 à la convention médicale, signé par les partenaires conventionnels le 14 juin 2018, et approuvé par arrêté ministériel du 1^{er} août 2018, permet ainsi l'admission au remboursement de droit commun par l'assurance maladie des actes de téléconsultation à compter du 15 septembre 2018 et de téléexpertise à compter du 10 février 2019.

Une simplification du cadre réglementaire

La mise en place des tarifs de droit commun de la téléconsultation et de la téléexpertise s'est accompagnée de mesures de simplification qui facilitent le déploiement de ces nouveaux modes organisationnels.

En effet, grâce au décret n°2018-788 du 13 septembre 2018 :

- *Le code de la sécurité sociale permet désormais à un praticien de facturer les actes de télémédecine même si le patient n'est pas en mesure de lui présenter sa carte Vitale (flux de facturation sécurisé même sans la présence de la carte Vitale du patient).*
- *Les démarches administratives sont allégées avec la suppression :*
 - 1 *De l'obligation de contractualisation entre les acteurs et les agences régionales de santé (quasi régime d'autorisation avant septembre 2018) ;*
 - 2 *De l'obligation de conventionnement entre les acteurs concourant à une activité de télémédecine.*

Une convention médicale applicable aux établissements de santé

La loi de financement de la Sécurité sociale 2018 (article 54), a confié le soin à l'assurance maladie et aux syndicats de médecins libéraux de définir, par voie conventionnelle, les modalités de réalisation et les tarifs s'appliquant aux actes de téléconsultation et de téléexpertise.

L'accord signé le 14 juin 2018 précise notamment les grands principes et conditions de pratique de la téléconsultation.

Il est pleinement applicable aux actes et aux consultations externes effectués en établissement de santé par des médecins dans le cadre de leur activité salariée.

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L. 162-26 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE,
L'AVENANT N°6 A LA CONVENTION MEDICALE



**EST, DE FACTO, APPLICABLE AUX ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES
DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE.**

DES LORS, DANS CE CADRE, LES TELECONSULTATIONS
RELEVANT POUR LEUR FACTURATION DES MEMES PRINCIPES QUE CEUX APPLICABLES
AUX CONSULTATIONS EN PRESENTIEL.

Dans ce nouveau contexte de prise en charge des actes de télé médecine, **ce guide a pour objectif de préciser les modalités d'application de l'avenant n°6 en ce qui concerne les actes de téléconsultation (1) et téléexpertise (2)** lorsqu'ils sont réalisés par un médecin d'un établissement de santé, dans le cadre de son activité salariée.

Ce guide ne concerne pas les prises en charge financières expérimentales fixées par ETAPES¹ qui concernent désormais uniquement la télésurveillance.²

¹ [Expérimentation ETAPES - Ministère des solidarités et de la santé - DGOS](#)

² A cet égard, il est précisé qu'il n'est pas nécessaire pour les établissements de santé de recourir à un appel d'offre auprès des fournisseurs de solutions techniques.



TELECONSULTATION ET AVENANT N°6

I) La téléconsultation : principes généraux

La téléconsultation est une consultation réalisée via les technologies de l'information et de la communication entre un professionnel médical « téléconsultant » et un patient, lequel peut ou non être accompagné par un professionnel de santé³.

L'opportunité du recours à la télémédecine doit relever d'une appréciation au cas par cas des médecins, qui jugent de la pertinence d'une prise en charge médicale à distance plutôt qu'en présentiel.

La téléconsultation s'inscrit ainsi dans un cadre assurant une prise en charge de qualité et respectueuse des principes d'organisation du système de soins.

Le patient doit être informé des conditions de réalisation de la téléconsultation et avoir donné son consentement préalable à la réalisation de l'acte.

POUR ALLER PLUS LOIN

✦ Fiche Mémo HAS – Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et téléexpertise – Avril 2018.

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_qualite_et_securite_des_actes_de_teleconsultation_et_de_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-05-33_441.pdf

✦ HAS ; Guide de bonnes pratiques et fiche mémo pour la qualité et la sécurité des actes de TLE et de TLE ; juin 2019

HAS ; Méthode patient traceur adaptée aux actes de TLC et TLE pour permettre aux professionnels d'évaluer et d'améliorer leurs pratiques ; juin 2019

HAS ; Document d'information sur la téléconsultation destiné au patient ; juin 2019 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques

✦ HAS ; Guide de bonnes pratiques et fiche mémo pour la qualité et la sécurité des actes de téléimagerie ; Juin 2019 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971634/fr/teleimagerie-guide-de-bonnes-pratiques

✦ Avenant n°6 à la convention médicale, annexée à l'arrêté d'approbation du 1^{er} août 2018.

Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/451403/document/avenant_6_texte.pdf

✦ Annexes de l'avenant n°6 à la convention médicale.

Disponibles sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/483231/document/circulaire_21-2018_annexes.pdf

✦ Circulaire CNAM CIR-21/2018 – Modalités de mise en œuvre de la télémédecine - 12 novembre 2018.

Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/483228/document/cir-21-2018.pdf>

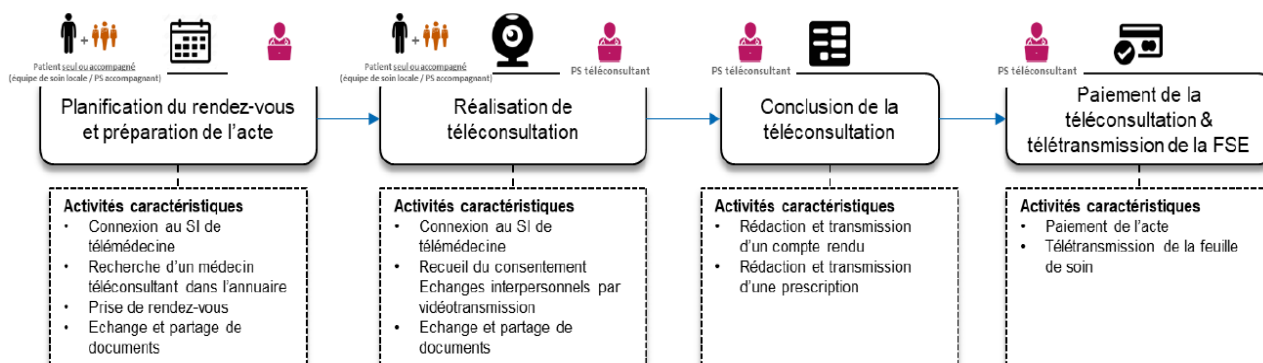
✦ CNIL – Télémédecine : comment protéger les données des patients ? – septembre 2018.

Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/telemedecine-comment-protoger-les-donnees-des-patients>

³ L'accompagnement par un professionnel de santé donnera lieu à un financement par l'assurance maladie pour les pharmaciens (avenant 15) et pour les IDE (avenant 6), voir « Focus » p.13.



➤ Comment se déroule une téléconsultation ?



Source ASIP santé

II) Eligibilité à la facturation des téléconsultations

1) Cadre général

L'avenant 6 à la convention médicale de 2016, signé en 2018, a inscrit dans le droit commun la tarification et le remboursement des actes de téléconsultation.

Pour pouvoir être pris en charge par l'Assurance Maladie, l'acte de téléconsultation repose sur deux exigences techniques :

- le recours obligatoire à un **échange vidéo** (vidéotransmission) pour garantir les conditions garantissant la qualité de la consultation, la confidentialité et la sécurité des échanges conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ;
- la connexion à une **solution sécurisée**.

Les actes de téléconsultation sont remboursés par l'Assurance Maladie, sous réserve de répondre aux grands principes cumulatifs posés dans l'avenant 6 à la convention médicale :

- la téléconsultation doit s'inscrire dans le **respect du parcours de soins coordonné avec orientation préalable du médecin traitant** (à l'exception des cas d'urgence, des spécialités en accès direct⁴, des enfants de moins de 16 ans et des cas particuliers où le recours à la téléconsultation s'effectue dans le cadre d'une réponse coordonnée portée par une organisation territoriale – si pas de médecin traitant ou si médecin traitant non disponible comme exposé ci-après),
- **les patients doivent être connus du service du téléconsultant** (consultation en présentiel dans les 12 mois précédant la téléconsultation) afin de pouvoir disposer des informations nécessaires à un suivi de qualité ; ce suivi implique également une alternance nécessaire de consultations en

⁴ Gynécologue (pour les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi d'une grossesse, l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse) ; ophtalmologue (pour la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome) ; psychiatre ou neuropsychiatre (si le patient est âgé de 16 à 25 ans) ; et stomatologue (sauf pour des actes chirurgicaux lourds).



présentiel et de téléconsultations (consultation en présentiel nécessaire au cours des 12 derniers mois précédant chaque téléconsultation).

2) Les exceptions au cadre général

En sus des exceptions habituelles au parcours de soins, l'avenant 6 à la convention médicale a posé des exceptions spécifiques au parcours de soins liés au recours aux téléconsultations pour tenir compte des difficultés d'accès aux soins notamment sur certains territoires :

- **L'orientation initiale par le médecin traitant ne s'applique pas si le patient ne dispose pas d'un médecin traitant ou que ce dernier n'est pas disponible dans un délai compatible avec son état de santé :** une téléconsultation peut alors lui être proposée dans le cadre d'une organisation coordonnée territoriale (communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS, équipes de soins primaires - ESP, maisons de santé pluri professionnelles - MSP, centres de santé –CDS ou toute autre organisation territoriale validée par une commission paritaire locale –CPL ou régionales – CPR).
- De la même manière, **le principe selon lequel, pour pouvoir bénéficier d'une téléconsultation remboursée, le patient doit être connu du médecin téléconsultant**, impliquant de facto au moins une consultation physique (cabinet, domicile patient ou établissement de santé) au cours des 12 mois précédant la téléconsultation, **ne s'applique pas:**
 - o **si le patient ne dispose pas d'un médecin traitant,**
 - o **si le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient,**
 - o **en situation d'urgence⁵.**

A. Absence ou indisponibilité du médecin traitant : CDS et CPTS⁶

Dans ces cas particuliers d'exceptions visés supra, la prise en charge par l'assurance maladie en établissement de santé n'est possible que si l'acte est réalisé :

- **Dans le cadre d'un centre de santé (CDS)**, dans sa définition de l'article L6323-1 du code de la santé publique, géré par l'établissement de santé et référencé auprès de l'assurance maladie comme organisation territoriale ;
- **Par l'établissement de santé membre de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)** référencée auprès de l'assurance maladie comme organisation territoriale dont relève le patient.

L'ensemble des différentes organisations susmentionnées doivent, à terme, permettre la désignation d'un médecin traitant pour réintégration de celui-ci dans le parcours de soins coordonnés.

FOCUS en établissement de santé :

Un établissement de santé ne peut pas solliciter cette validation (CPL/CPR) donc ne peut obtenir le statut d'organisation territoriale coordonnée à ce jour, sauf à ce qu'un centre de santé soit géré par l'établissement de santé ou à ce que l'établissement de santé soit membre d'une communauté professionnelle territoriale de santé

⁵ Au sens de l'article R160-6 du Code de la sécurité sociale c'est-à-dire, « la situation non prévue plus de 8 heures auparavant et qui concerne une affection, ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide du médecin »

⁶ CDS : Centre de santé

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé



B. Situation d'urgence

Par dérogation, **l'exigence du respect du parcours de soins coordonné (connaissance préalable et orientation par le médecin traitant), et l'exigence de prise en charge par une organisation territoriale coordonnée ne s'applique pas aux patients dès lors qu'ils relèvent d'une situation d'urgence.**

Les établissements peuvent donc facturer des téléconsultations dans ce cadre.

C. Cas particulier de certains patients

Par ailleurs, à titre dérogatoire, en plus des exceptions déjà évoquées, **la condition du respect du parcours de soins coordonnés ne s'applique pas à trois types de patients :**

- **Patients résidant en Etablissement Sociaux et Médico Sociaux (EHPAD, établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées);**
- **Patients détenus ;**
- **Patients retenus (rétention administrative).**

a) Patients résidant en ESMS

Pour répondre aux besoins de soins des patients résidant en EHPAD et en établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées, souvent éloignées de leur domicile initial, il est possible de déroger aux deux principes que sont l'orientation par le médecin traitant et la connaissance préalable du patient, et ce quel que soit le mode d'exercice du médecin.

b) Patients détenus ou retenus en centres de rétention administrative

Pour ces patients, la connaissance préalable par le médecin téléconsultant n'est pas obligatoire pour ouvrir le droit à une facturation par l'assurance maladie.

Pour les détenus, l'orientation vers une téléconsultation est réalisée par le médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). Si celui-ci est absent ou dans l'impossibilité d'orienter vers une téléconsultation, cette orientation peut être effectuée par un professionnel de santé de l'USMP ou professionnel médical de l'établissement de santé de rattachement de l'établissement pénitentiaire.

Pour les personnes retenues, l'orientation vers une téléconsultation est réalisée par un médecin de l'unité médicale du centre de rétention administrative (UMCRA). Si celui-ci est absent ou dans l'impossibilité d'orienter vers une téléconsultation, cette orientation peut être effectuée par un professionnel de santé de l'UMCRA ou professionnel médical de l'établissement de santé ayant passé convention avec le préfet territorialement compétent.



Tableau récapitulatif des conditions générales de l'avenant à l'éligibilité à la facturation :

	Condition d'orientation par le médecin traitant	Condition de connaissance préalable : Patient vu par le médecin téléconsultant dans les 12 derniers mois
Principe pour tout patient en ville	oui	oui
Sauf spécialités accès direct : gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie	non	oui
Sauf patients de moins de 16 ans	non	oui
Sauf situation d'urgence	non	non
Sauf patient sans médecin traitant ou médecin traitant non disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient Et si le patient est pris en charge en CDS géré par un ES ou un ES adhérent d'une CPTS (sous réserve de permettre au patient d'être en mesure, dans un second temps, de désigner un médecin traitant pour son suivi au long cours et de réintégrer ainsi le parcours de soins)	non	non
Sauf patients détenus, retenus et résidents en ESMS (EHPAD, établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées)	non	non

Selon que les conditions ci-dessus requises sont réunies ou pas (conditions cumulatives), les facturations ci-après sont possibles ou non.



III) La facturation des téléconsultations par un établissement de santé : selon le secteur de prise en charge principale du patient

Les actes de téléconsultations sont juridiquement assimilés à des actes et consultations externes et répondent ainsi aux mêmes cadres juridiques et aux mêmes conditions de facturation.

Ainsi, les règles de prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire des actes de téléconsultation (détermination du taux de remboursement au regard de la situation médico administrative du bénéficiaire des soins) sont identiques à celles appliquées aux consultations en présentiel dans le cadre des actes et consultations externes ou pour les patients hospitalisés.

Pour rappel, l'avenant 6 à la convention médicale est applicable aux actes et consultations externes effectués par des médecins d'établissements de santé.

1) Les patients externes et admis aux urgences

TCG	TC
téléconsultation pour les médecins généralistes (spécialistes de médecine générale ou non appliquant les tarifs opposables)	téléconsultation pour tous les autres médecins non visés par la « TCG »

Chaque téléconsultation donne lieu à émission d'une facture individuelle à l'Assurance maladie (FIDES) ou valorisée dans le cadre des remontées mensuelles à l'ATIH. Les modalités de valorisation de cette facture sont identiques à celles des autres consultations en fonction de la situation d'exonération ou de prise en charge du ticket modérateur du patient.

Les majorations applicables aux téléconsultations sont similaires aux consultations assurées en présentiel par les médecins d'établissements de santé. Celles-ci sont listées dans l'arrêté du 28 juin 2019 et comprennent notamment la majoration du médecin spécialiste (MPC) ou la majoration personne âgée⁷ (code facturation MOP par un établissement de santé).

De plus, tout comme lors d'une consultation en présentiel, si au cours d'une téléconsultation des actes techniques sont effectués, leur facturation n'est pas cumulable avec la facturation de la téléconsultation, à l'exception des ECG, frottis cervico-vaginal, ostéodensitométrie et biopsies de la peau, qui sont facturables en sus de la téléconsultation à l'instar des consultations en présentiel.

Pour la facturation des actes vers l'assurance maladie obligatoire, les données de droit actualisées du patient doivent être récupérées, via un appel au portail CDR (Consultation Des Droits) ou au téléservice CDRI (Consultation Des Droits intégrés) à partir des informations nécessaires déjà connues de l'établissement ou communiquées par le patient.

⁷ Facturation dérogatoire : jusqu'au 1^{er} mars 2020, la valorisation de la majoration MOP sera réalisée de façon automatique par l'ATIH: les établissements coderont leurs consultations dans le RSF-ACE et, de façon mensuelle, l'ATIH s'appuiera sur ces données pour valoriser la majoration MOP. Cette valorisation sera intégrée à la ligne « ACE » figurant sur l'arrêté de versement et fera l'objet d'un tableau spécifique de suivi dans OVALIDE.

Au 1^{er} mars 2020, le code de la majoration MOP sera créé et disponible dans les systèmes d'information. Cette majoration sera codée de la même façon que les autres majorations déjà ouvertes en établissements de santé, c'est-à-dire au fil de l'eau et en association avec la consultation à laquelle elle se rapporte.



Téléconsultation généraliste (TCG) : téléconsultation effectuée par un médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale ⁸⁻⁹

Tarif : TCG à 25 €

Age du patient	Actes facturables	Tarification
[0-6 ans]	TCG + MEG	25+5 =30€
[6 ans et plus]	TCG+ MCG (avec retour au médecin traitant)	25 + 5 = 30€
	TCG (si le médecin généraliste est le médecin traitant)	25€

Téléconsultation (TC) : Téléconsultation effectuée par un médecin spécialiste (hors médecin généraliste, psychiatre, neurologue, neuropsychiatre)

Tarif : TC à 23 €

Actes facturables	Tarification
TC + MCS + MPC (avec retour au médecin traitant)	23+5+2 = 30€
TC + MPC (si le médecin spécialiste est le médecin traitant)	23 + 2 = 25€

Téléconsultation (TC) effectuée par un psychiatre, neurologue, neuropsychiatre

Tarif : TC à 39€

Actes facturables	Tarification
TC + MCS + MPC (avec retour au médecin traitant)	39+5+ 2,70= 46,70
TC + MPC (si médecin spécialiste est le médecin traitant)	39 + 2,70 = 41,70€

Cas particulier : téléconsultation (TC) effectuée par un psychiatre à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables

Tarif : TC à 58,5 €

Actes facturables	Tarification
TC + MCS + MPC (avec retour au médecin traitant)	58,5+5+2,70 = 66,2€

⁸ Cf arrêté du 28 juin 2019, tarif en vigueur au 1/7/2019

⁹ Les majorations applicables aux téléconsultations étant similaires à celles des consultations assurées en présentiel par les médecins d'établissements de santé, les tableaux présentés ne sont pas exhaustifs.



FOCUS : la téléconsultation pour les départements et régions d'Outre-Mer :

Hormis pour le territoire de Mayotte, les établissements de santé des DROM peuvent facturer à l'Assurance Maladie leurs téléconsultations dans les mêmes conditions que les établissements de santé métropolitains. Néanmoins, les tarifs applicables sont définis comme suit :

Médecin spécialiste en médecine générale

Téléconsultation du médecin traitant	De 0 à 6 ans	TCG (29,60€) + MEG (5€) = 34,60€
	6 ans et plus	TCG = 29,60€
Téléconsultation du médecin correspondant ou médecin éloigné de la résidence habituelle du patient, avec retour au médecin traitant dans les 2 cas	6 ans et plus	TCG (29,60€) + MEG (5€) = 34,60€

Médecin spécialiste¹⁰

Téléconsultation du médecin correspondant avec retour au médecin traitant	TC (27,60€) + MPC (2€) + MCS (5€) = 34,60€
Téléconsultation du médecin traitant	TC (27,60€) + MPC (2€) = 29,60€

Psychiatre¹¹, neurologue, neuropsychiatre

Téléconsultation du médecin correspondant avec retour au médecin traitant	TC (46,80€) + MPC (2,70€) + MCS (5€) = 54,50€
Téléconsultation du médecin traitant	TCG (46,80€) + MPC (2,70€) = 49,50€

Pédiatre

Téléconsultation du pédiatre pour les 0 – 6 ans	De 0 à 2 ans	TC (27,60€) +
	De 2 à 6 ans	TC (27,60€) + 4€)
Téléconsultation du pédiatre traitant	De 6 à 16 ans	TC (27,60€)
Téléconsultation du pédiatre correspondant avec retour au médecin traitant	De 6 à 16 ans	TC (27,60€) + MPC (2€) + MCS (5€) = 34,60€

¹⁰ Hors médecin spécialiste en médecine générale, pédiatre, psychiatre, neurologue et neuropsychiatre

¹¹ Pour les psychiatres, le TC prend la valeur de 70,20€ (équivalent du 1,5CNPSY) dans le cadre d'une téléconsultation réalisée à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables.



FOCUS : Financement conventionnel de l'accompagnement du patient pour la téléconsultation

Signature de l'avenant n°15 à la convention des pharmaciens

Prise en charge de l'accompagnement de patients lors d'une téléconsultation valorisée par:

- Un forfait de 1 225€ la 1er année, et de 350€ les années suivantes,
- Un forfait pour le temps passé entre 200 et 400 € par an.

Ce forfait n'est pas applicable en établissement de santé.

Signature de l'avenant 6 à la convention infirmier

Prise en charge de l'accompagnement de patients lors d'une téléconsultation dans le cadre des actes et consultations externes valorisée de 10 à 15 euros selon les situations :

- soit un soin infirmier déjà prévu (acte à 10 €),
- soit un soin organisé de manière spécifique à domicile (acte à 15 €)
- ou encore un soin dans un lieu dédié aux téléconsultations (acte à 12 €) ;

Auxquels s'ajoutent les aides financières à l'équipement de vidéotransmission (350 euros par an,) ou en appareils médicaux connectés (175 euros par an).

Ces dispositions sont applicables au 1er janvier 2020.



Focus : La téléconsultation et la téléexpertise des patients admis aux Urgences

La situation d'urgence, au sens de l'article R160-6 du Code de la sécurité sociale c'est-à-dire, « la situation non prévue plus de 8 heures auparavant et qui concerne une affection, ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide du médecin », **dans laquelle se trouve un patient admis aux urgences constitue un des cas de dérogation au respect du parcours de soins coordonné.**

Ces patients admis dans un service d'urgence peuvent donc bénéficier d'une téléconsultation/téléexpertise facturée à l'Assurance maladie.

Conditions de facturation des téléconsultations et téléexpertises pour patients admis aux urgences

La condition de consultation préalable en présentiel au cours des 12 derniers mois par un médecin du service, du pôle, ou de la structure interne, et d'orientation par le médecin traitant n'est pas nécessaire pour que la téléconsultation/téléexpertise soit facturable à l'assurance maladie.

Dans le cas d'un patient pris en charge dans un service d'urgence d'un établissement ex-DG, deux possibilités apparaissent :

- **le patient ne nécessite pas d'hospitalisation : la téléconsultation/téléexpertise est prise en charge en sus du forfait ATU.** La téléconsultation/téléexpertise peut être facturée à l'assurance maladie obligatoire : elle fait l'objet d'une valorisation par l'ATIH sur la même facture que l'ATU et est reversée par l'établissement siège du service d'urgence à l'exécutant réalisant l'acte de téléconsultation ou téléexpertise.
- **le patient est pris en charge par l'UHCD ou dans un autre service de l'établissement à la suite de son passage aux urgences, le GHS comprend tous les actes dont la téléconsultation/téléexpertise réalisée lors de son passage aux urgences.** Elle n'est donc pas facturée à l'assurance maladie et fait l'objet d'une refacturation entre l'établissement d'accueil du patient et l'établissement du médecin téléconsultant/médecin requis ;

Pour les établissements du secteur ex-OQN, la téléconsultation/téléexpertise est facturable via le bordereau S3404 quelle que soit la situation.



2) Les patients hospitalisés

Le tableau ci-dessous résume les **possibilités de facturation des codes actes TC et TCG**, en sus du séjour, en fonction du type d'établissement du médecin téléconsultant et du lieu de prise en charge du patient (nature de l'activité et nature de l'établissement).

Précaution de lecture : la mention « OUI/NON » traduit la possibilité de facturer la téléconsultation en sus du séjour, quel que soit celui qui la facture. Est précisé ensuite en tant que de besoin par qui elle est facturée.

Lieu du téléconsultant Lieu de prise en charge du patient	MCO (ex DG et ex OQN)	SSR (ex DG et ex OQN)	PSY	
			ex DG	ex OQN
POUR RAPPEL : Non hospitalisé – consultant externe en ex-DG ou ex-OQN dont unités sanitaires	OUI	OUI	NON Le téléconsultant est dans un établissement sous DAF qui couvre l'ensemble des activités réalisées De PSY ex DG (ES A) vers PSY ex DG (ES B) = PIE donc refacturation de B à A (prestation incluse dans la DAF de A)	OUI

Hospitalisé hospitalisation complète ou hospitalisation de jour	En ex-DG	MCO	NON facturation par l'ES MCO prestataire à la structure d'accueil (PIE)	OUI Les PIA externes sont facturables à l'Assurance Maladie	NON Le téléconsultant est dans un établissement sous DAF qui couvre l'ensemble des activités réalisées <i>De PSY ex DG (ES A) vers PSY ex DG (ES B) = PIE donc refacturation de B à A (prestation incluse dans la DAF de A)</i>	OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie	
		SSR	OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie	NON DMA et DAF couvrent les activités (refacturation entre établissements via PIE)			NON La Dotation Annuelle de Financement couvre les activités C'est une PIE donc facturation à la structure d'origine
		PSY		OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie			
		HAD		OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie			
						OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie	



Lieu du téléconsultant Lieu de prise en charge du patient		MCO (ex DG et ex OQN)	SSR (ex DG et ex OQN)	PSY					
				ex DG	ex OQN				
Hospitalisé hospitalisation complète ou hospitalisation de jour	En ex-OQN	MCO	NON facturation par l'ES MCO prestataire à la structure d'accueil (PIE) qui refacture via S3404	OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie	NON Le téléconsultant est dans un établissement sous DAF qui couvre l'ensemble des activités réalisées	OUI Les PIA externes sont facturables à l'AM			
		SSR PJ tout compris	OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie	NON facturation par l'ES SSR prestataire à la structure d'accueil (PIE). Pas de refacturation à l'assurance maladie car inclus dans le PJ de la structure d'accueil.			Pour la colonne PSY ex DG (ES A) vers PSY ex DG (ES B) = PIE donc refacturation de B à A. Si PJ de A tout compris : pas de refacturation à l'AM Si PJ de A non tout compris : refacturation à l'AM via S3404		
		SSR PJ non tout compris		OUI facturation par l'ES SSR prestataire à la structure d'accueil (PIE) qui refacture l'assurance maladie via le bordereau S3404 (PIE)					
		PSY PJ tout compris		OUI Les PIA externes sont facturables à l'AM				NON facturation par l'ES PSY prestataire à la structure d'accueil (PIE). Pas de refacturation à l'assurance maladie car inclus dans le PJ de la structure d'accueil.	
		PSY PJ non tout compris							OUI facturation par l'ES PSY prestataire à la structure d'accueil (PIE) qui refacture l'assurance maladie via le bordereau S3404 (PIE)
		HAD							OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie

DG : dotation globale ; OQN : objectif quantifié national ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; PSY : psychiatrie ; HAD : hospitalisation à domicile ; GHS : groupe homogène de séjours ; GHT : groupe homogène de tarifs ; PIE : prestation inter-établissement ; DAF : dotation annuelle de financement ; DMA : Dotation Modulée à l'Activité ; PJ : Prix de journée ; PIA : Prestation Inter-Activités ; TC CMUc : ticket modérateur couverture maladie universelle complémentaire



Concernant les prestations intermédiaires, celles-ci suivent les règles de facturation des actes et consultations externes. Le forfait prestation intermédiaire est cumulable avec la facturation de la consultation ou le cas échéant de la téléconsultation du médecin qui coordonne la prise en charge intermédiaire ou le cas échéant, mais plus rarement d'un autre médecin participant à la prise en charge intermédiaire.

En revanche, **s'agissant des séances**, financées par GHS, ces financements comprennent l'intégralité de la prise en charge y compris les éventuelles téléconsultations réalisées à cette occasion, la facturation TC ou TCG n'est donc pas cumulable.

Enfin, dans le cas où **la téléconsultation pour un patient hospitalisé est réalisée par un praticien libéral en cabinet de ville**, elle est facturable directement à l'assurance maladie par l'exécutant dans tous les cas de figure à l'exception du patient hospitalisé en MCO dans un établissement du secteur ex-DG pour lequel le tarif du séjour est supposé la couvrir. Dans ce cas, la téléconsultation est alors facturée par l'exécutant à l'établissement où le patient est hospitalisé.

3) Les patients résidents en EHPAD bénéficiant d'une téléconsultation par un médecin d'un établissement de santé

Tableau récapitulatif des possibilités de facturation, en sus du séjour, des téléconsultations pour les patients résidents en EHPAD :

	EHPAD tarif global	EHPAD tarif partiel
Médecins spécialistes en médecine générale et spécialistes en gériatrie	Non facturable à l'assurance maladie car compris dans le forfait soin	Facturable à l'assurance maladie
Autres médecins spécialistes	Facturable à l'assurance maladie	Facturable à l'assurance maladie



IV) Exemples d'organisations : demande d'avis cardiologique pour un patient résident en EHPAD



La facturation de l'acte par le téléconsultant nécessite, à l'hôpital, la création d'un dossier patient informatisé. Les aides médico-administratives ayant récupéré via la plateforme régionale, les documents nécessaires à l'ouverture d'un dossier, les transmettent au service de préadmission pour la création du dossier.

Ensuite, la téléconsultation est facturée selon la procédure classique.

En plus de l'outil logiciel et des équipements classiques permettant la vidéotransmission, d'autres équipements peuvent être utilisés lors des téléconsultations : un ECG connecté (le tracé est généralement fait en avance de phase mais peut être effectué de manière synchrone si besoin), un appareil de mesure de la tension artérielle connecté, ou un saturomètre connecté.

La fiche de demande d'acte de téléconsultation sur la plateforme de télémédecine a été construite avec les cardiologues téléconsultants. Cette fiche comprend principalement des questions auxquelles il est proposé de répondre grâce à des cases à cocher.

Source ASIP santé



TELEEXPERTISE ET AVENANT N°6

I) La téléexpertise : principes généraux

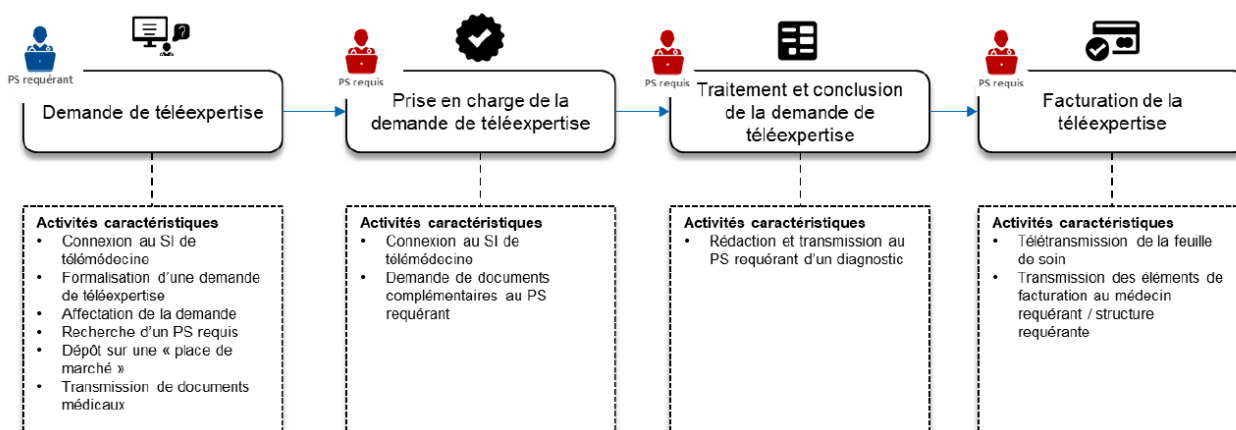
La téléexpertise permet à un médecin, dit « médecin requérant », qu'il soit médecin spécialiste de médecine générale ou d'une autre spécialité, de solliciter l'avis d'un confrère, dit « médecin requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments 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. Il revient au médecin requérant d'apprécier l'opportunité d'y recourir.

En revanche, une facture directe à l'Assurance maladie n'est pas possible dans toutes les situations (voir tableau infra).

La pertinence du recours à la téléexpertise est appréciée par le médecin requérant. **Le patient doit être informé** des conditions de réalisation de la téléexpertise **et avoir donné son consentement préalable** à la réalisation de l'acte.

➤ Comment se déroule une téléexpertise ?



Source ASIP santé



II) Eligibilité à la facturation des téléexpertises

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).

L'acte de téléexpertise est remboursable par l'assurance maladie depuis le 10 février 2019.

Jusqu'à la fin de l'année 2020, 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.

L'élargissement de ces actes à d'autres catégories de patients sera envisagé par les partenaires conventionnels (convention médicale) au terme de cette première période.

Tous les médecins libéraux conventionnés et, ou, exerçant 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.

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-rendus) à l'attention d'un médecin spécialiste pour avis sur l'évolution d'une maladie inflammatoire.

Le choix de l'appréciation du niveau de téléexpertise facturé est laissé à la discrétion du médecin requis en fonction des critères définis dans la convention.



Pour la téléexpertise, a contrario de la téléconsultation, le patient n'a pas à être connu par le service, pôle, ou de la structure interne du médecin requis, quel que soit le niveau de celle-ci (avenant 6 et avenant 7 de la convention médicale).

➤ Prérequis techniques

La téléexpertise, a contrario de la téléconsultation, n'exige pas un échange par vidéo transmission.

Elle doit en revanche, pour les échanges en synchrone (direct) ou asynchrone (en différé) entre deux médecins, être faite avec **une messagerie sécurisée de santé (MSS) ou une plateforme garantissant les conditions de confidentialité et de sécurité dues au traitement des données de santé.**

L'équipement doit en outre être adapté à l'usage de la téléexpertise avec **une couverture suffisante des services nécessaires** (envoi d'images, photographies, tracés, analyses de qualité permettant leur analyse par le requérant...).



III) La facturation des téléexpertises

Les actes de téléexpertises sont juridiquement assimilés à des actes et consultations externes et répondent ainsi au même cadre juridique et aux mêmes conditions de facturation.

La téléexpertise n'est cumulable avec aucun autre acte ni majoration et aucun dépassement d'honoraires ne pourra être exigé.

1) Les patients non hospitalisés

Deux actes de téléexpertise ont été créés :

TE1 (téléexpertises de niveau 1)	TE2 (téléexpertise de niveau 2)
12€	20€

Les deux niveaux de téléexpertise peuvent être cumulés pour un même patient, pour des expertises distinctes, **dans la limite de quatre téléexpertises de niveau 1 et deux de niveau 2 par an, par patient** et par médecin exerçant en activité libérale ou **par service pour les médecins salariés**.

De fait, **le nombre de téléexpertises annuelles par patient pour un même médecin ou pour un même service est limité puisque le recours à la téléexpertise s'organise en complément d'une prise en charge présentielle dans la même spécialité**. En raison des systèmes d'information ne permettant pas d'identifier directement le médecin, le service est l'échelle retenue pour les établissements.

Ne pourront pas être facturées à l'assurance maladie une téléexpertise de niveau 1 et une téléexpertise de niveau 2 pour une même expertise.

- **Pour le médecin requis** : les tarifs des téléexpertises sont fixés à 12€ pour le niveau 1 et 20 € pour le niveau 2 dans les limites sus-évoquées.
- **Pour le médecin requérant** : la rémunération est de 5 € par téléexpertise de niveau 1 et 10 € par téléexpertise de niveau 2, dans la limite de 500 € par an (forfait versé annuellement par l'Assurance maladie au médecin requérant).

Les établissements de santé ne sont pas éligibles au forfait annuel 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.

Avec la mise en place de la facturation directe des actes et consultations externes à l'assurance maladie (FIDES ACE), les modalités de remplissage des factures diffèrent selon le niveau de téléexpertise et le type d'exercice du médecin requérant.

Pour la facturation des prestations vers l'assurance maladie obligatoire, les données de droit actualisées du patient doivent être récupérées via un appel au portail CDR (Consultation Des Droits) ou au téléservice CDRi (Consultation des Droits Intégrés) à partir des informations nécessaires déjà connues de l'établissement ou communiquées par le patient.



Si l'établissement ne procède pas encore à la facturation directe des actes et consultations externes (non basculé dans FIDES ACE), il valorise ces données via l'ATIH pour les assurés sociaux. Il peut procéder le cas échéant à une télétransmission vers l'assurance maladie dans le cadre du protocole national de juin 2006 (migrants, AME, TM CMU-C).

Il n'est pas possible d'identifier le médecin requérant la téléexpertise pour un établissement qui n'est pas sous FIDES. Ainsi, le médecin requérant ne peut pas bénéficier de la rémunération du médecin requérant.

Une facture doit être émise pour chaque téléexpertise. Les modalités de valorisation de la facture sont identiques à celles des consultations « classiques » à l'exception des points suivants :

- Taux de prise en charge AMO : 100% ;
- Dépassement interdit : facturation au tarif opposable ;
- Sans cumul possible avec aucun acte ou majoration de la NGAP, majoration conventionnelle ou acte de la CCAM ;
- Prestation exclue du parcours de soins¹² ;
- Ajout du n° du médecin requérant (ou N° FINESS de l'établissement dans le cas d'un médecin salarié).

L'établissement requérant ne facture rien à l'assurance maladie.

Secteur	Activité	Démarrage FIDES ACE	Mode de financement/facturation
Public Ex -DG	MCO	Oui	Facturation B2 à l'assurance maladie dans le cadre de FIDES
		Non	Facturation B2 à l'assurance maladie pour AME, migrants uniquement ¹³ Valorisation ATIH ¹⁴ dans les autres cas
	PSY		Facturation B2 à l'assurance maladie pour AME, migrants Dotation annuelle de financement dans les autres cas
Privé OQN et ex-OQN	Toutes	Sans objet	Facturation B2 à l'assurance maladie

¹² Il n'est donc pas nécessaire de valoriser l'indicateur de parcours de soins

¹³ Pour tous dès le démarrage en FIDES ACE SSR

¹⁴ Pour les établissements SSR les ACE sont valorisées à 100% à compter du 1er janvier 2018



2) Les patients hospitalisés

Le tableau ci-dessous résume les **possibilités de facturation à l'assurance maladie des téléexpertises effectuées** au bénéfice de patients hospitalisés.

Lieu du téléconsultant Lieu de prise en charge du patient	MCO (ex DG et ex OQN)	SSR (ex DG et ex OQN)	PSY	
			ex DG	ex OQN
POUR RAPPEL : Non hospitalisé – consultant externe en ex-DG ou ex-OQN dont unités sanitaires	OUI	OUI	NON Le téléconsultant est dans un établissement sous DAF qui couvre l'ensemble des activités réalisées De PSY ex DG (ES A) vers PSY ex DG (ES B) = PIE donc refacturation de B à A (prestation incluse dans la DAF de A)	OUI

Hospitalisé hospitalisation complète ou hospitalisation de jour	En ex-DG	MCO	NON facturation par l'ES MCO prestataire à la structure d'accueil (PIE)	OUI Les PIA externes sont facturables à l'Assurance Maladie	NON Le téléconsultant est dans un établissement sous DAF qui couvre l'ensemble des activités réalisées <i>Remarque : si les téléconsultations se développent côté PSY sans réajustement de la DAF, cela pourrait engendrer des difficultés de financement pour ces ES</i> <i>Pour la colonne PSY ex DG (ES A) vers PSY ex DG (ES B) = PIE donc refacturation de B à A (prestation incluse dans la DAF de A)</i>	OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie		
		SSR	OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie	NON DMA et DAF couvrent les activités (refacturation entre établissements via PIE)			NON La Dotation Annuelle de Financement couvre les activités C'est une PIE donc facturation à la structure d'origine	
		PSY		OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie				OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie
		HAD						

Lieu du téléconsultant Lieu de prise en charge du patient		MCO (ex DG et ex OQN)	SSR (ex DG et ex OQN)	PSY				
				ex DG	ex OQN			
Hospitalisé hospitalisation complète ou hospitalisation de jour	En ex-OQN	MCO	NON facturation par l'ES MCO prestataire à la structure d'accueil (PIE) qui refacture via S3404	OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie	NON Le téléconsultant est dans un établissement sous DAF qui couvre l'ensemble des activités réalisées	OUI Les PIA externes sont facturables à l'AM		
		SSR PJ tout compris	OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie	NON facturation par l'ES SSR prestataire à la structure d'accueil (PIE). Pas de refacturation à l'assurance maladie car inclus dans le PJ de la structure d'accueil.			Pour la colonne PSY ex DG (ES A) vers PSY ex DG (ES B) = PIE donc refacturation de B à A. Si PJ de A tout compris : pas de refacturation à l'AM Si PJ de A non tout compris : refacturation à l'AM via S3404	
		SSR PJ non tout compris		OUI facturation par l'ES SSR prestataire à la structure d'accueil (PIE) qui refacture l'assurance maladie via le bordereau S3404 (PIE)				
		PSY PJ tout compris		OUI Les PIA externes sont facturables à l'AM				NON facturation par l'ES PSY prestataire à la structure d'accueil (PIE). Pas de refacturation à l'assurance maladie car inclus dans le PJ de la structure d'accueil.
		PSY PJ non tout compris						OUI facturation par l'ES PSY prestataire à la structure d'accueil (PIE) qui refacture l'assurance maladie via le bordereau S3404 (PIE)
		HAD						OUI Les PIA externes sont facturables à l'assurance maladie

DG : dotation globale ; OQN : objectifs quantifiés nationaux ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; PSY : psychiatrie ; HAD : hospitalisation à domicile ; GHS : groupe homogène de séjours ; GHT : groupement homogène de tarifs ; PIE : prestation inter-établissement ; DAF : dotation annuelle de financement ; DMA : Dotation Modulée à l'Activité ; PJ : Prix de journée ; PIA : Prestation Inter-Activités ; TC CMUc : ticket modérateur couverture maladie universelle complémentaire.



Lorsque le patient est hospitalisé dans un établissement de santé privé ex OQN, pour lequel les honoraires ne sont pas compris dans le GHS, alors la facturation directe de la téléexpertise à l'Assurance Maladie se fait directement via le bordereau S3404.

FOCUS

Une entité géographique peut facturer à l'assurance maladie obligatoire une téléexpertise requise par un praticien d'une autre entité géographique au sein d'une même entité juridique pour des patients non hospitalisés. En revanche, la facturation n'est pas possible pour une téléexpertise au sein d'une même entité géographique.

Enfin, dans le cas où la téléexpertise pour un patient hospitalisé est réalisée par un praticien libéral en cabinet de ville, elle est facturable directement à l'assurance maladie par l'exécutant dans tous les cas de figure à l'exception du patient hospitalisé en MCO dans un établissement du secteur ex-DG pour lequel le tarif du séjour est supposé la couvrir. Dans ce cas, la téléexpertise est alors facturée par l'exécutant à l'établissement où le patient est hospitalisé.

1) Les patients résidents en EHPAD

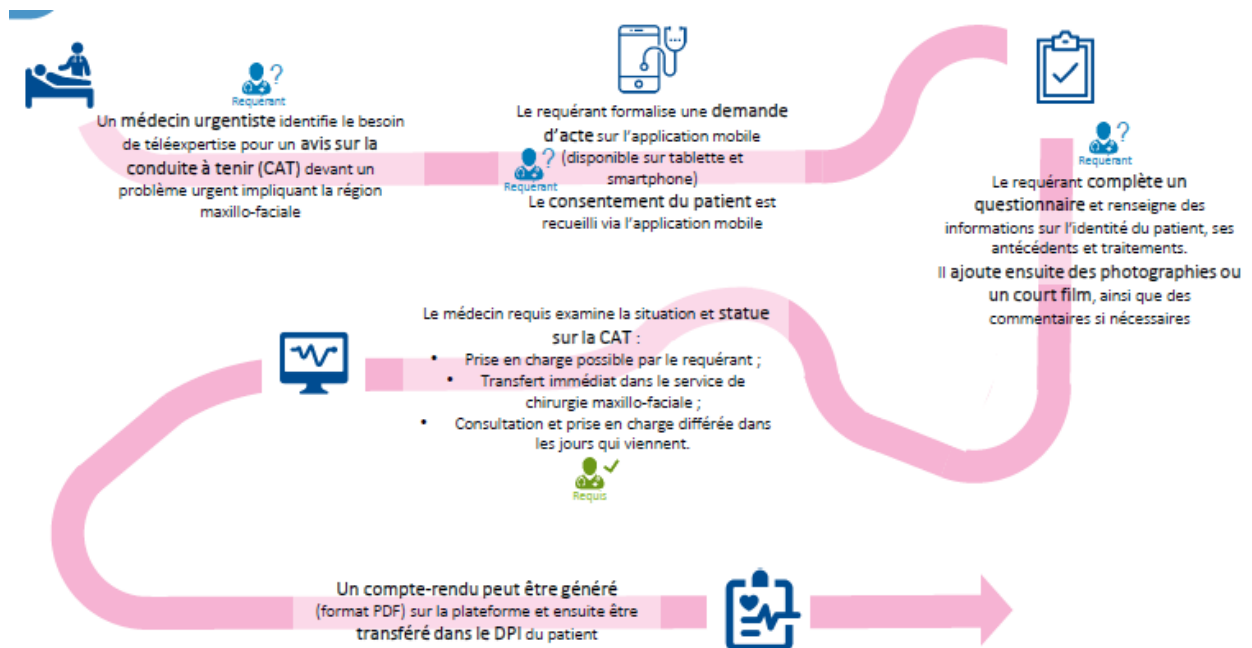
Pour le médecin requis, la possibilité de facturation à l'assurance maladie dépend du type d'EHPAD et de la spécialité du médecin.

	EHPAD tarif global	EHPAD tarif partiel
Médecins requis spécialistes en médecine générale et spécialistes en gériatrie	Non facturable à l'assurance maladie car compris dans le forfait soin	Facturable à l'assurance maladie
Autres médecins requis spécialistes	Facturable à l'assurance maladie	Facturable à l'assurance maladie

Le médecin requérant est éligible au forfait requérant s'il est médecin généraliste libéral intervenant dans un EHPAD en tarif partiel.



I) Exemples d'organisation : demande de téléexpertise maxillo-faciale pour un patient admis aux urgences



Source ASIP santé



ANNEXE 1 : PRINCIPAUX TEXTES DE REFERENCE

TEXTES LEGISLATIFS

Articles L. 6316-1 et R. 6316 du code de la santé publique ;
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022934375&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20101022>

Article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741578&dateTexte=&categorieLien=cid>

Article L162-14-1 du Code de la Sécurité Sociale ;
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000026799081&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

TEXTES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine ;
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>

Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine ;
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037399738&categorieLien=id>

Avis du 13 juin 2019 (JORF) relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée le 22 juin 2007 ; <https://www.urps-infirmiere-paca.fr/wp-content/uploads/2019/06/JO13062019-AVENANT-N-6.pdf>

Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 ; <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/8/1/SSAS1821639A/jo/texte>

Arrêté du 2 septembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie ;
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039050631&categorieLien=id>

Arrêté du 28 juin 2019 relatif aux majorations ;
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038704603&categorieLien=id>

Arrêté du 11 octobre 2018 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi no 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018 ;
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037533105&categorieLien=id>



ANNEXE 2 : CONTACTS ET INFORMATIONS

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

DGOS-PF3 [@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-PF3@sante.gouv.fr)

Plus d'informations sur :

Ministère des Solidarités et de la Santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>

ASIP Santé

<https://esante.gouv.fr/projets-nationaux/telemedecine>

Haute Autorité de Santé

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2673715/fr/telemedecine



www.solidarites-sante.gouv.fr/

