

ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

FACTURATION DES TÉLÉCONSULTATIONS, TÉLÉEXPERTISES

MAI 2023
VERSION 2.0



1

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE : CADRE JURIDIQUE ET DEPLOIEMENT

TELECONSULTATION

1. LA TELECONSULTATION : PRINCIPES GENERAUX
2. ELIGIBILITE A LA FACTURATION DES TELECONSULTATIONS
 - 2.1. CONDITIONS DE REALISATION DE L'ACTE DE TELECONSULTATION
 - 2.2. PRINCIPES CONVENTIONNELS ENCADRANT LA PRISE EN CHARGE DE LA TELECONSULTATION DES MEDECINS
 - 2.3. CADRE CONVENTIONNEL DE LA TELECONSULTATION SAGE-FEMME
3. TARIFICATION ET FACTURATION DES TELECONSULTATIONS PAR UN ETABLISSEMENT DE SANTE SELON LE SECTEUR DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL DU PATIENT
 - 3.1. LES PATIENTS EXTERNES
 - 3.2. LES PATIENTS HOSPITALISES
 - 3.3. POUR LES PATIENTS RESIDENTS EN EHPAD BENEFICIANT D'UNE TELECONSULTATION PAR UN MEDECIN D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE

TELEEXPERTISE ET AVENANTS A LA CONVENTION MEDICALE

1. LA TELEEXPERTISE : PRINCIPES GENERAUX
2. ELIGIBILITE A LA FACTURATION
3. LA FACTURATION DE LA TELEEXPERTISE EN ETABLISSEMENT DE SANTE : SELON LE SECTEUR DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT
 - 3.1. POUR LES PATIENTS EXTERNES
 - 3.1.1. REMUNERATION DES PROFESSIONNELS MEDICAUX REQUIS (REONDANT)
 - 3.1.2. REMUNERATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE REQUERANT (SOLLICITANT LA TELEEXPERTISE)
 - 3.2. POUR LES PATIENTS HOSPITALISES
 - 3.3. POUR LES PATIENTS RESIDENTS EN EHPAD

TELESURVEILLANCE

LIENS ET DOCUMENTS UTILES

PREAMBULE : CADRE JURIDIQUE ET DEPLOIEMENT

Le cadre juridique de la télémédecine a été posé pour la première fois en France en 2009 par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 et le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010.

La télémédecine est définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication et mettant en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.* »

Il existe aujourd'hui cinq actes de télémédecine, définis à l'article R. 6316-1 du même code parmi lesquels :

- la téléconsultation, qui permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé ou un psychologue pouvant être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.
- la téléexpertise, qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.

D'abord conçue et déployée dans un cadre expérimental avec des financements portés par les fonds d'interventions régionaux (dispositif « ETAPES ») permettant de préparer un financement de droit commun et d'assurer les conditions de son déploiement sur l'ensemble du territoire, l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a confié aux partenaires conventionnels le soin de définir par voie conventionnelle les modalités de réalisation et les tarifs applicables aux actes de téléconsultation et de téléexpertise.

En effet, le déploiement de la télémédecine constitue un enjeu clé pour l'amélioration de l'organisation du système de santé et de l'accès aux soins pour tous sur le territoire. Elle permet une prise en charge et un suivi plus rapide, en évitant des renoncements aux avis spécialisés ou des délais de prise en charge trop longs, en permettant dans certaines situations de prévenir des hospitalisations et ré-hospitalisations. La télémédecine est aussi un moyen d'éviter pour les patients des déplacements inutiles ou un recours aux urgences.

La télémédecine favorise également le partage d'informations et d'avis entre les membres de l'équipe de soins assurant la prise en charge des patients.

La télésanté (qui comprend à la fois les actes de télémédecine et les activités de télésoin) a franchi des paliers importants pendant la Covid-19 et a été consolidée par la suite.

Dans un premier temps réservés à la profession des médecins, les actes de téléconsultation et de téléexpertise ont été ouverts progressivement, dans des conditions particulières (décret du 3 juin 2021 portant sur la télésanté notamment) aux autres professions de santé (cf. tableau récapitulatif ci-après).

Les conditions d'un déploiement de la télésanté sont désormais en place, afin de permettre aux patients d'obtenir une prise en charge adaptée à leurs besoins.

ACTES DE TELECONSULTATION ET DE TELEEXPERTISE PAR LES ACCORDS CONVENTIONNELS			
PROFESSION DE SANTE	TEXTE CONVENTIONNEL	PRISE EN CHARGE DE LA TELECONSULTATION	PRISE EN CHARGE DE LA TELEEXPERTISE
Médecins	Avenants 6, 8 et 9 à la convention médicale 2016 <i>* Dispositions reconduites dans le règlement arbitral 2023</i>	Réalisation d'une téléconsultation (Prise en charge depuis septembre 2018)	Sollicitation d'une téléexpertise (<i>médecin requérant</i>) (Prise en charge depuis février 2019)
		Accompagnement d'un patient à une téléconsultation réalisée par un professionnel médical possible <i>* facturation d'une consultation dans les conditions habituelles</i>	Réalisation d'une téléexpertise (<i>médecin requis</i>) (Prise en charge depuis février 2019)
Sage-femme	Avenant 5 à la convention de 2007	Réalisation d'une téléconsultation (Prise en charge depuis juillet 2022)	Sollicitation d'une téléexpertise (<i>sage-femme requérant</i>) (Prise en charge depuis juillet 2022)
		Accompagnement d'un patient à une téléconsultation réalisée par un professionnel médical <i>*facturation d'une consultation dans les conditions habituelles</i>	Réalisation d'une téléexpertise (<i>sage-femme requis</i>) (Prise en charge depuis juillet 2022)
Orthophonistes	Avenant 18 à la convention de 1997	Non concerné	Sollicitation d'une téléexpertise (<i>orthophoniste requérant</i>) (Prise en charge depuis avril 2022)

Infirmier et Infirmier en pratique avancée	Avenants 6 et 9 à la convention de 2007	Accompagnement d'un patient à une téléconsultation à la demande d'une sage-femme / d'un médecin (Prise en charge depuis janvier 2020)	Sollicitation d'une téléexpertise (<i>infirmier requérant</i>) (Prise en charge depuis le 23 mars 2023)
Masseurs-Kinésithérapeutes	Avenant 7 (signé le 13 juillet 2023), <u>dispositions applicables à compter de février 2024</u>	Non concerné	Sollicitation d'une téléexpertise (<i>MK requérant</i>)
Pédicures - Podologues	Avenant 5 (signé le 26 juillet 2023), <u>dispositions applicables à compter de mars 2024</u>	Non concerné	Sollicitation d'une téléexpertise (<i>PP requérant</i>)

Les accords conventionnels sont pleinement applicables aux actes et aux consultations externes effectués en établissement de santé par des professionnels de santé dans le cadre de leur activité salariée, conformément aux dispositions de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

Le présent guide vise ainsi à présenter les modalités de réalisation et les conditions de prise en charge des actes de téléconsultation (1) et téléexpertise (2) lorsqu'ils sont réalisés en établissement de santé au titre des ACE.

TELECONSULTATION

1. LA TELECONSULTATION : PRINCIPES GENERAUX

La téléconsultation est une consultation à distance réalisée via les technologies de l'information et de la communication entre un professionnel médical « téléconsultant » (médecin, sage-femme) et un patient, lequel peut ou non être accompagné par un professionnel de santé¹.

La prise en charge d'une téléconsultation est ouverte à l'ensemble des patients, quel que soit leur lieu de résidence.

Les médecins et les sages-femmes peuvent réaliser des téléconsultations.

Sont exclus du recours aux actes de téléconsultation : les consultations complexes ou très complexes, l'avis ponctuel de consultant et la consultation spécifique du médecin spécialiste en cardiologie.

La pertinence du recours à la téléconsultation doit relever d'une appréciation au cas par cas des professionnels médicaux. Elle peut être suspendue à tout moment à l'initiative du professionnel médical ou du patient si elle n'est pas ou plus adaptée à l'état de santé du patient.

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.

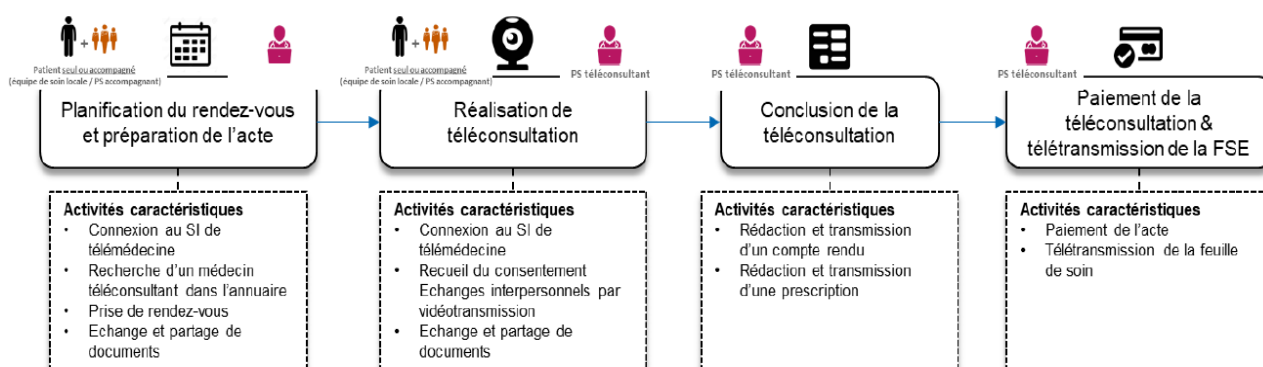
POUR ALLER PLUS LOIN

- ✓ **Fiche Mémo HAS** : Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et téléexpertise – Avril 2018.
- ✓ **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
- ✓ **HAS** : Guide de bonnes pratiques et fiche mémo pour la qualité et la sécurité des actes de télémagerie - juin 2019

¹ L'accompagnement par un professionnel de santé est financé par l'assurance maladie pour les médecins (avenant 9 à la convention médicale), les sages-femmes (avenant 5 à la convention sages-femmes), les pharmaciens titulaires d'officine (avenant 15 à la convention des pharmaciens) et pour les infirmiers (avenant 6 à la convention des infirmiers).

- ✓ **MSS** : La téléconsultation – juillet 2021
- ✓ Téléconsultation et avenants à la convention médicale – septembre 2021
- ✓ **Circulaire Cnam CIR-21/2018** – Modalités de mise en œuvre de la télémédecine - novembre 2018.
- ✓ **CNIL** – Télémédecine : comment protéger les données des patients ? – septembre 2018
- ✓ **Cnam** : Charte de bonnes pratiques de la téléconsultation

Comment se déroule une téléconsultation ?



Source ANS

2. ELIGIBILITE A LA FACTURATION DES TELECONSULTATIONS

2.1. CONDITIONS DE REALISATION DE L'ACTE DE TELECONSULTATION

Conditions de réalisation

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 de qualité, confidentialité et sécurité des échanges conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ;
- La connexion à une **solution sécurisée**.

La téléconsultation doit également être réalisée :

- dans des lieux permettant la confidentialité des échanges entre le patient et le médecin/sage-femme téléconsultant,
- dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés, dans les conditions respectueuses des référentiels opposables de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

Compte-rendu de la téléconsultation

L'acte de téléconsultation doit faire l'objet d'un compte rendu, établi par le médecin téléconsultant, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans

son propre dossier patient et qui doit obligatoirement être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte.

Le compte-rendu doit être intégré par le médecin/sage-femme assurant la téléconsultation, dans le dossier médical partagé (DMP) au sein de l'espace numérique de santé du patient (service « Mon espace santé »), sous réserve que ce dernier ait automatiquement été créé. Lorsqu'il n'est pas ouvert, le compte-rendu est adressé par messagerie sécurisée de santé au médecin traitant (MSS).

2.2. PRINCIPES CONVENTIONNELS ENCADRANT LA PRISE EN CHARGE DE LA TELECONSULTATION DES MEDECINS

Pour pouvoir ouvrir droit à la facturation à l'Assurance maladie, une téléconsultation doit respecter cumulativement les principes posés dans la convention médicale :

- **La téléconsultation s'organise dans le respect du parcours de soins coordonnés** : le patient bénéficiant d'une téléconsultation doit être orienté initialement par son médecin traitant, quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec ce dernier.
- **La qualité des soins doit être assurée en téléconsultation, dans une alternance de la prise en charge en présentiel et à distance** : le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultations au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, et ce afin que ce dernier puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.
- **La téléconsultation doit être effectuée dans le respect du principe de territorialité** : le médecin téléconsultant doit se situer à proximité du domicile du patient pour assurer un suivi régulier de l'état de santé du patient et organiser une consultation en présentiel si celle-ci s'avère nécessaire. Ce principe s'applique aussi bien aux téléconsultations organisées sur orientation du médecin traitant qu'aux téléconsultations sans orientation du médecin traitant.

De même, le cadre conventionnel encadre le recours à la téléconsultation puisqu'**un médecin conventionné ne peut pas réaliser plus de 20% du volume de son activité globale conventionné à distance** (téléconsultations et téléexpertise cumulées, et hors télésurveillance ou autres actes de télé-médecine) sur une année civile.

Les exceptions et aménagements au principe de respect du parcours de soins coordonnés

En sus des exceptions habituelles au parcours de soins coordonnés, les avenants à la convention médicale ont posé à la fois **des aménagements et 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.

Tout d'abord, des **aménagements au parcours de soins coordonnés** s'appliquent pour les téléconsultations dans les cas suivants :

- **Patient âgé de moins de 16 ans** ;
- **Spécialités en accès direct** (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie).

En outre et **par exception**, l'exigence de **respect du parcours de soins coordonnés** ne s'applique pas aux patients qui se trouvent dans les situations suivantes :

- Patient sans médecin traitant désigné ;
- Patient dont le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec leur état de santé ;
- Patient en situation d'urgence, au sens du code de la sécurité sociale² ;
- Patient résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées (souvent éloignées de leur domicile initial) ;
- Patient détenu au sens de l'article L.281-30 et suivants du code de la sécurité sociale.

Dans ces cas particuliers, le patient doit être pris en charge par une « organisation territoriale coordonnée de téléconsultation » référencée par l'Assurance maladie (cf. procédure conventionnelle dédiée)³ : communautés professionnelles territoriales de santé, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés, maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé ou toute autre organisation territoriale validée par une commission paritaire locale –CPL ou régionales – CPR.

Ainsi, 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.

Les organisations susmentionnées doivent, à terme, permettre la désignation d'un médecin traitant pour réintégration du patient dans le parcours de soins coordonnés.

FOCUS ORGANISATION TERRITORIALE COORDONNEE ET ETABLISSEMENT DE SANTE

Un établissement de santé lui-même ne peut pas solliciter cette validation (CPL/CPR) donc ne peut obtenir le statut d'organisation territoriale coordonnée de téléconsultation 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.

² 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 »

³ La liste actualisée des organisations territoriales référencée est disponible sur le site ameli.fr: [Les organisations coordonnées territoriales | ameli.fr | Médecin](https://www.ameli.fr/medecin/les-organisations-coordonnees-territoriales)

Les exceptions au principe de territorialité

En plus des exceptions à l'exigence de parcours de soins coordonnés, en lien avec les objectifs du Ségur de la santé, l'avenant n°9 à la convention médicale a introduit des exceptions au principe de territorialité uniquement pour :

- les patients résidant dans les zones les plus fragiles en offre de soin médicale, soit en pratique dans les zones dites « zones d'intervention prioritaire » (dites « ZIP ») dès lors que :
 - pour téléconsulter un médecin généraliste, le patient n'a pas de médecin traitant et qu'il n'existe pas d'organisation territoriale coordonnée sur son territoire de résidence,
 - pour téléconsulter un médecin spécialiste, il n'existe pas d'organisation territoriale coordonnée sur son territoire de résidence.
- les patients orientés par le régulateur SAS en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire;

Dans ces situations, les patients peuvent consulter un médecin en dehors de leur territoire. Les établissements de santé peuvent donc prendre en charge ces patients en téléconsultation.

Tableau récapitulatif des conditions générales de l'avenant 9 à la convention médicale à l'éligibilité à la facturation

Obligations conventionnelles		Parcours de soins coordonné	Alternance de consultation physique et de téléconsultation	Territorialité
Le principe				
Tout patient		oui	oui	oui
Les exceptions				
Spécialité en accès direct		Non	Oui	Oui
Patients de moins de 16 ans		Non	Oui	Oui
Patient sans médecin traitant	La téléconsultation est réalisée avec le médecin d'une organisation coordonnée territoriale de télémédecine au sens de l'article 28.6.1.2 de la convention médicale	Non	oui	Oui
Médecin traitant non disponible		Non	Oui	Oui
Situation d'urgence		Non	Oui	Oui
Patients détenus		Non	Oui	Oui
Patients résidant en EHPAD et en établissements accueillant ou accompagnant de personnes adultes handicapées		Non	Oui	Oui
Patient orienté par le régulateur du SAS vers un médecin téléconsultant (dans le territoire ou hors territoire patient) en cas d'échec de RDV physique avec un médecin du territoire		Non	Non	Non
Patient en zone sous dense <small>(zones sous denses = zones classées par l'ARS comme zones d'interventions prioritaires - ZIP)</small>	MG > Patient avec médecin traitant	Oui	Oui	Oui
	MG > Patient sans médecin traitant mais organisation territoriale existantes par ailleurs	Non	Oui	Oui
	MG > Patient sans médecin traitant et absence d'organisation territoriale	Non	Oui	Non
	M SPE > organisation territoriale existante par ailleurs	Non	Oui	Oui
	M SPE > absence d'organisation territoriale	Non	Oui	Non

2.3. CADRE CONVENTIONNEL DE LA TELECONSULTATION SAGE-FEMME

Les principes du cadre conventionnel de la téléconsultation sage-femme

Pour pouvoir ouvrir droit à la facturation à l'Assurance maladie, une téléconsultation doit respecter cumulativement ces principes prévus par l'avenant 5 à la convention sage-femme:

- **La téléconsultation s'organise dans le respect du principe de connaissance préalable :**
 - les patients doivent être connus de la sage-femme réalisant la téléconsultation, c'est-à-dire avoir bénéficié **d'au moins une consultation dans les douze mois précédant la réalisation d'une téléconsultation avec la sage-femme téléconsultante ;**
 - **Dans le cadre du suivi de grossesse**, au moins une consultation doit être réalisée en présence de la patiente avant la fin du 1er trimestre de grossesse, y compris lorsqu'un contact en présentiel a eu lieu au préalable lors des douze mois précédents.

- **La téléconsultation doit être effectuée dans le respect du principe de territorialité :** Seule une sage-femme du même territoire que le patient peut réaliser la téléconsultation ou l'acte à distance. Ce principe répond à la nécessité d'une continuité des soins (la sage-femme située dans le même territoire que la patiente doit être en mesure de proposer au patient des actes en présentiel lorsque la situation l'exige ou que l'ensemble des actes nécessaires à la prise en charge de la patiente ne peut se faire à distance). Une exception au principe de territorialité est prévue pour les consultations gynécologiques d'urgence visant au renouvellement de contraception ou à la prescription d'une contraception d'urgence.

De même, le cadre conventionnel encadre le recours à la téléconsultation puisqu'**une sage-femme conventionnée ne peut pas réaliser plus de 20% du volume de son activité globale conventionnée à distance** (téléconsultations et téléexpertise cumulées, et hors télésurveillance ou autres actes de télémedecine) sur une année civile.

Les exceptions et aménagements au principe de connaissance préalable

Les actes suivants peuvent être réalisés à distance par une sage-femme sans connaissance préalable de la patiente :

- consultation dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse dans le respect des conditions de réalisation et de suivi de l'acte ;
- bilan valorisant les missions de prévention des sages-femmes dans le cadre du parcours de soins, réalisé à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24ème semaine d'aménorrhée ;
- consultations gynécologiques d'urgence pour le renouvellement de contraception ou la prescription d'une contraception d'urgence ;

Les exceptions au principe de territorialité

Il est possible de déroger à ce principe de territorialité pour les sages-femmes pour les consultations gynécologiques d'urgence visant au renouvellement de contraception ou à la prescription d'une contraception d'urgence.

Dans ces situations, les patientes peuvent consulter une sage-femme en dehors de leur territoire. Les établissements de santé peuvent donc prendre en charge ces patients en téléconsultation.

Tableau récapitulatif des conditions générales de l'avenant 5 à la convention sage-femme à l'éligibilité à la facturation :

Obligations conventionnelles		Connaissance préalable	Alternance de consultation physique et de téléconsultation	Territorialité
Le principe				
Tout patient		oui	oui	oui
Les exceptions				
Le suivi de grossesse		oui	oui	oui
Pour les séances de préparation à la naissance et à la parentalité		oui	oui	oui
Actes spécifiques	Consultation dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse dans le respect des conditions de réalisation et de suivi de l'acte	non	non	oui
	Bilan réalisé dans le cadre du parcours de soins et à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24ème semaine d'aménorrhée	non	non	oui
Consultations gynécologiques d'urgence visant au renouvellement de contraception ou à la prescription d'une contraception d'urgence		non	non	non

3. TARIFICATION ET FACTURATION DES TELECONSULTATIONS PAR UN ETABLISSEMENT DE SANTE SELON LE SECTEUR DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL DU PATIENT

Les actes de téléconsultations sont juridiquement assimilés à des actes et consultations externes et répondent ainsi au même cadre juridique 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, les avenants à la convention médicale sont applicables aux actes et consultations externes effectués par des médecins d'établissements de santé.

3.1. POUR LES PATIENTS EXTERNES

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.

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.

Téléconsultation généraliste (TCG) : téléconsultation effectuée par un médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale⁴

Tarif : TCG à 25 €

Age du patient	Actes facturables	Tarifification
[Moins de 6 ans]	TCG + MEG	25+5 =30€
[6 ans et plus]	TCG+ MCG (avec retour au médecin traitant)	25 + 5 = 30€

⁴Les 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.

	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	Tarifification
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€

Au 1^{er} novembre 2023, création de la TCS à 30 euros non facturable avec la MCS et la MPC. La TC n'est plus facturable en association avec la MPC et MCS. La TC est facturable pour les médecins de secteur 2 non adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-Co

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

Tarif : TC à 39€

Actes facturables	Tarifification
TC + MCS + MPC (avec retour au médecin traitant)	42,5+5+ 2,70= 50,20
TC + MPC (si médecin spécialiste est le médecin traitant)	42,5+ 2,70 = 44,20€

Au 1^{er} novembre 2023, création de la TCS à 50,20 euros non facturable avec la MCS et la MPC. La TC n'est plus facturable en association avec la MPC et MCS. La TC est facturable pour les médecins de secteur 2 non adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-Co

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

Tarif : TC coef 2 85 euros €

Actes facturables	Tarifification
TC2	85 €

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	Moins de 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 spécialiste⁵

Téléconsultation du médecin correspondant avec retour au médecin traitant	TC (27,60€)
Téléconsultation du médecin traitant	TC (27,60€)

Psychiatre⁶, neurologue, neuropsychiatre

Téléconsultation du médecin correspondant avec retour au médecin traitant	TC (46,80€)
Téléconsultation du médecin traitant	TCG (46,80€)

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€)

⁵ Hors médecin spécialiste en médecine générale, pédiatre, psychiatre, neurologue et neuropsychiatre

⁶ 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 SUR LES EVOLUTIONS INTRODUITES PAR LE REGLEMENT ARBITRAL MEDECINS :

Si le règlement arbitral maintient les tarifs des téléconsultations prévus dans la convention médicale de 2016, de nouvelles règles de facturation seront toutefois applicables au 1er novembre 2023 :

- les téléconsultations seront facturées sous les codes TCG, TC et TCS selon la spécialité, le secteur d'exercice du médecin et le respect des tarifs opposables
- les majorations MPC, MGM et MCS ne s'associent pas aux codes TCG, TC et TCS.
- les autres majorations associées à ces consultations s'appliquent dans les mêmes conditions, compris pour la majoration pour le suivi des personnes âgées (MPA puis MOP au 1er janvier 2024).

Le nouvel acte TCS sera intégré à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale via la publication d'une décision UNCAM.

Des flyers d'aide à la facturation actualisés pour le 1er novembre 2023 seront disponibles sur ameli :

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/%20facturation-remuneration/%20consultationsactes%20/%20nomenclatures-codage/ngap>

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

Accompagnement du patient par un médecin

Le médecin qui accompagne, le cas échéant, le patient lors d'une téléconsultation réalisée par un autre médecin, peut facturer une consultation dans les conditions habituelles, parallèlement à la facturation de la téléconsultation par le médecin téléconsultant.

Accompagnement du patient par une sage-femme (avenant 5 à la convention des sages-femmes)

La sage-femme qui accompagne, le cas échéant, la patiente lors d'une téléconsultation réalisée par une autre sage-femme, peut facturer une consultation dans les conditions habituelles, parallèlement à la facturation de la téléconsultation par la sage-femme téléconsultante.

Accompagnement du patient par un infirmier (avenants 6 et 9 à la convention infirmière)

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 TLL à 12 €),
- soit un soin organisé de manière spécifique à domicile (acte TLD à 15 €)=> non facturable en établissement de santé
- ou encore un soin dans un lieu dédié aux téléconsultations (acte TLS à 10 €) ;

Auxquels s'ajoutent les aides financières à l'équipement de vidéo-transmission (350 euros par an) ou en appareils médicaux connectés (175 euros par an) → **Les établissements de santé ne sont pas concernés par ce dispositif.**

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 (patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français AME, TMC2S).

3.2. POUR LES PATIENTS HOSPITALISES

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. Ce tableau résume les possibilités de facturation des actes de téléconsultation (TC et TCG) en fonction du type d'établissement accueillant le patient et le téléconsultant.

La mention « OUI » traduit la possibilité pour l'établissement dit « lieu du téléconsultant » de facturer directement à l'assurance maladie les codes actes TC et TCG en sus du séjour réalisé dans l'établissement dit « lieu de prise en charge du patient ».

En cas de mention « NON » est précisé, si besoin, à qui ils sont facturables.

Lieu du consultant & de prise en charge du patient		MCO	SSR	PSY	
		Ex DG ou Ex OQN	Ex DG ou Ex OQN	Ex DG ou Ex OQN	
patient hospitalisé	ex DG	MCO	NON Facturation à l'établissement demandeur	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur
		SSR	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur	NON Facturation à l'établissement demandeur
		PSY	OUI	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur
		HAD	OUI*	OUI*	NON Facturation à l'établissement demandeur
	ex OQN	MCO	NON Facturation à l'établissement demandeur. L'établissement demandeur refacture la consultation via le S3404	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur
		SSR tout compris	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur. Pas de refacturation à l'assurance maladie car inclus dans le PJ de la structure d'accueil.	NON Facturation à l'établissement demandeur
		SSR non tout compris	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur. Pour l'établissement demandeur refacture la consultation via le S3404	NON Facturation à l'établissement demandeur
		PSY	OUI	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur
		HAD	OUI*	OUI*	NON Facturation à l'établissement demandeur

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

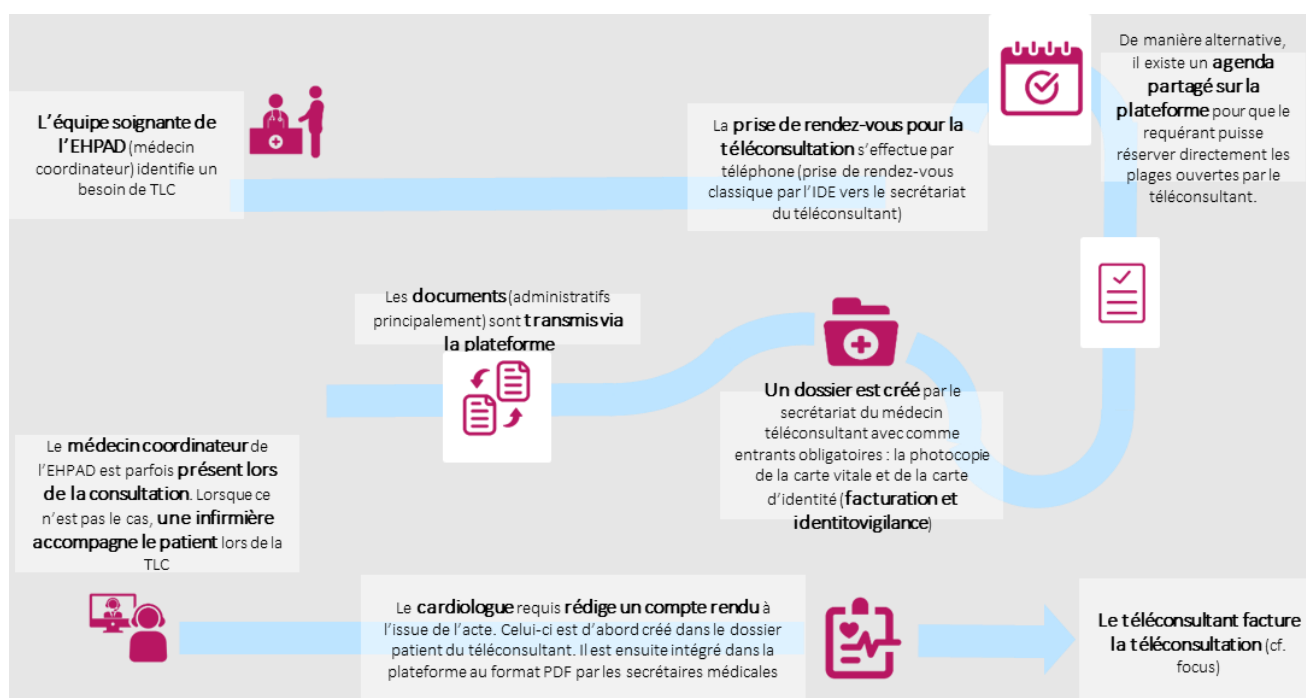
S'agissant des séances, financées par GHS, ces financements comprennent l'intégralité de la prise en charge y compris les éventuelles téléconsultations réalisées à cette occasion, la facturation TC ou TCG n'est donc pas cumulable.

3.3. POUR LES PATIENTS RESIDENTS EN EHPAD BENEFICIANT D'UNE TELECONSULTATION PAR UN MEDECIN D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE

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

Une entité géographique peut facturer à l'assurance maladie obligatoire une téléconsultation, accompagnée par un professionnel de santé 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 téléconsultation où le patient est assisté par un professionnel de santé au sein d'une même entité géographique.



Source ASIP/ANS

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 vidéo transmission, 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.

TELEEXPERTISE ET AVENANTS A LA CONVENTION MEDICALE

1. LA TELEEXPERTISE : PRINCIPES GENERAUX

Depuis le 2^{ème} trimestre 2022, en application du décret du 3 juin 2021 portant sur la télésanté, le cadre de la téléexpertise a été élargi puisqu'il permet à tout professionnel de santé, dit « **professionnel de santé requérant** », de solliciter l'avis d'un professionnel médical, dit « **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 sont susceptibles d'être concernées par la téléexpertise.

De même, la téléexpertise est ouverte à tous les patients.

La pertinence du recours à la téléexpertise est appréciée par le professionnel requérant.

Un professionnel médical ne peut pas s'auto-requérir.

Le patient n'a pas à être connu par le service, le pôle, ou de la structure interne du médecin requis, quel que soit le niveau de celle-ci (avenant 6 à la Convention médicale).

Il doit être informé des conditions de réalisation de la téléexpertise **et avoir donné son consentement préalable** à la réalisation de l'acte.

2. ELIGIBILITE A LA FACTURATION

L'avenant 6 à la convention médicale de 2018 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.

L'avenant 9 à la convention médicale prévoit un remboursement de l'acte de téléexpertise pour le médecin requis, quel que soit le professionnel requérant. En effet, l'application des dispositions du décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté, tous les professionnels de santé (professions médicales et auxiliaires médicaux) peuvent désormais demander une téléexpertise à un médecin. En revanche, la prise en charge par l'Assurance Maladie doit être actée dans les accords conventionnels de chacune des professions de santé. C'est le cas pour les médecins, sages-femmes, les orthophonistes, les infirmières /IPA et prochainement pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Pour la facturation, 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.

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

Quant au patient, il n'a pas à payer de ticket modérateur.

Prérequis techniques

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

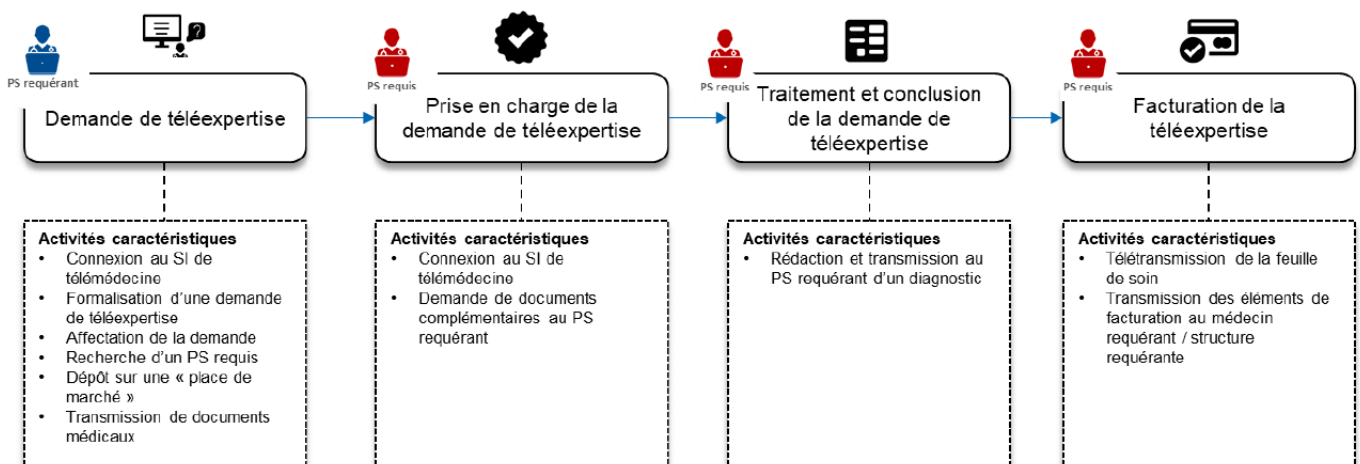
Elle doit en revanche, pour les échanges synchrones (en direct) ou asynchrones (en différé) entre un professionnel de santé et un médecin, être faite avec **une messagerie sécurisée de santé (MSS) ou une plateforme garantissant les conditions de confidentialité et de sécurité dues au traitement des données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

Comme pour la téléconsultation, l'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte rendu, établi par le médecin requis, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au médecin traitant et au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu doit être intégré, le cas échéant, dans le dossier médical partagé (DMP) au sein de l'espace numérique de santé du patient (service « Mon espace santé »), sous réserve que ce dernier ait automatiquement été créé. Lorsqu'il n'est pas ouvert, le compte-rendu est adressé par messagerie sécurisée de santé au médecin traitant (MSS).

Comment se déroule une téléexpertise ?



Source ASIP/ANS

3. LA TARIFICATION ET LA FACTURATION DE LA TELEEXPERTISE EN ETABLISSEMENT DE SANTE : SELON LE SECTEUR DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT

3.1. POUR LES PATIENTS EXTERNES

3.1.1. REMUNERATION DES PROFESSIONNELS MEDICAUX REQUIS (REPOUNDANT)

Rémunération du médecin requis :

Depuis le 2^{ème} trimestre 2022, les niveaux 1 et 2 de téléexpertise par un médecin ont été abandonnés au profit d'un **niveau unique**. (lettre-clé : TE2)

Les téléexpertises sont facturables dans les conditions suivantes :

20 euros par téléexpertise ;

Et dans la limite de actes par an, par médecin requis, pour un même patient.

TE2 Médecin
(téléexpertise)

20€

Rémunération de la sage-femme requise :

Les téléexpertises sont facturables dans les conditions suivantes :

20 euros par téléexpertise ;

Et dans la limite de 2 actes par an, par sage-femme requise, pour un même patient.

TE2 Sage-Femme (téléexpertise)

20€

3.1.2. REMUNERATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE REQUERANT (SOLLICITANT LA TELEEXPERTISE)

Rémunération du médecin requérant :

Depuis le 2^{ème} trimestre 2022, le forfait requérant est remplacé par une **facturation à l'acte pour le requérant (lettre-clé RQD)**. Elle est désormais autorisée pour les établissements de santé.

Le travail de coordination du médecin requérant est valorisé dans les conditions suivantes :

Acte de demande de téléexpertise valorisé à hauteur de 10 euros par téléexpertise ;

Et dans la limite de 4 actes par an, par médecin requérant, pour un même patient.

Acte requérant télé-expertise Médecin (RQD)

10 €

L'acte requérant ne peut pas faire partie d'une séquence de soins, que la téléexpertise soit réalisée de manière synchrone ou asynchrone, et sa rémunération est toujours valorisée à hauteur de 10 euros.

Rémunération de la sage-femme requérante :

Le travail de coordination de la sage-femme requérante est valorisé dans les conditions suivantes :

Acte de demande de téléexpertise valorisé à hauteur de 10 euros par téléexpertise ;

Et dans la limite de 2 actes par an, par sage-femme requérante, pour un même patient.

Acte requérant télé-expertise (RQD) Sage-femme

10 €

L'acte requérant ne peut pas faire partie d'une séquence de soins, que la téléexpertise soit réalisée de manière synchrone ou asynchrone, et sa rémunération est toujours valorisée à hauteur de 10 euros.

Rémunération de l'orthophoniste requérant :

Le travail de coordination de l'orthophoniste requérant est valorisé dans les conditions suivantes :

Acte de demande de téléexpertise valorisé à hauteur de 10 euros par téléexpertise ;

Et dans la limite de 2 actes par an, par orthophoniste requérant, pour un même patient.

Acte requérant télé-expertise (RQD) (orthophoniste)

10 €

Rémunération de l'infirmier / IPA requérant :

Le travail de coordination de l'infirmier/IPA requérant est valorisé dans les conditions suivantes :

Acte de demande de téléexpertise valorisé à hauteur de 10 euros par téléexpertise ;

Et dans la limite de 4 actes par an, par infirmier / IPA requérant, pour un même patient.

Acte requérant télé-expertise (RQD) (infirmier)

10 €

Rémunération du masseur-kinésithérapeute requérant A COMPTER DE FEVRIER 2024

Le travail de coordination du masseur-kinésithérapeute requérant est valorisé dans les conditions suivantes :

Acte de demande de téléexpertise valorisé à hauteur de 10 euros par téléexpertise ;

Et dans la limite de 2 actes par an, par masseur-kinésithérapeute_requérant, pour un même patient.

Acte requérant télé-expertise (RQD) (MK)

10 €

Rémunération du pédicure-podologue requérant A COMPTER DE MARS 2024

Le travail de coordination du pédicure - podologue requérant est valorisé dans les conditions suivantes :

Acte de demande de téléexpertise valorisé à hauteur de 10 euros par téléexpertise ;

Et dans la limite de 2 actes par an, par pédicure-podologue_requérant, pour un même patient.

Acte requérant télé-expertise (RQD) (PP)

10 €

Le tableau ci-après synthétise les actes de téléexpertise dont la prise en charge a été prévue par convention conclue entre chacune des professions et l'assurance maladie :

Synthèse des conditions de financement des actes de TELEEXPERTISE			
Profession de santé concerné	Avenant à la convention (Financement d'actes de TELEEXPERTISE	
		Type d'acte	Lettre clé et conditions
Médecin	Avenant 6 et avenant 9	Demande d'une téléexpertise (Médecin requérant)	<ul style="list-style-type: none">• Lettre RQD, 10€ / TLE pour la métropole, 12€/ TLE pour les DROM, Limite de 4 actes par an par médecin pour un même patient
		Réponse à une demande téléexpertise (Médecin requis)	<ul style="list-style-type: none">• Lettre TE2 20€ /TLE pour la métropole 24€/ TLE pour les DROM Limite de 4 actes par an par médecin pour un même patient
Sage-femme	Avenant 5	Demande d'une téléexpertise	<ul style="list-style-type: none">• Lettre RQD, 10€ / TLE pour la métropole, 11€/ TLE pour les DROM,

		(SF requérante)	Limite de 2 actes par an par SF pour un même patient
		Réponse à une demande téléexpertise (SF requise)	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre TE2 20€ /TLE pour la métropole 22€/ TLE pour les DROM Limite de 2 actes par an par SF pour un même patient
Infirmier et IPA	Avenant 9	Demande d'une téléexpertise (IDE requérant)	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre RQD, 10€ /TLE (métropole) 11€/TLE (DROM) Limite de 4 actes par an par IDE par patient
Orthophonistes	Avenant 18	Demande d'une téléexpertise (requérant)	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre RQD, 10€ / TLE pour la métropole, 11€/ TLE pour les DROM, limite de 2 actes par an par orthophoniste pour un même patient
Masseurs- Kinésithérapeutes	Avenant 7 (signé le 13 juillet 2023, <u>dispositions applicables à compter de février 2024</u>)	Demande d'une téléexpertise (requérant)	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre RQD, 10€ par TLE ; 11€/ TLE pour les DROM Limite de 2 TLE par patient par MK
Pédicure - Podologues	Avenant 5 (signé le 26 juillet 2023), <u>dispositions applicables à compter de février 2024</u>	Demande d'une téléexpertise (requérant)	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre RQD, 10€ par TLE ; 11€/ TLE pour les DOM • Limite de 2 TLE par patient par PP

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 type d'exercice du professionnel 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 (patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français , AME, TMC2S).

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 soins⁷ ;
- Ajout du n° du professionnel de santé requérant (ou N° FINESS de l'établissement dans le cas d'un professionnel salarié).

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
	SSR	Non	Facturation B2 à l'assurance maladie pour AME, patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français uniquement ⁸ Valorisation ATIH ⁹ dans les autres cas
	PSY		Facturation B2 à l'assurance maladie pour AME, patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français Dotation annuelle de financement dans les autres cas
Privé OQN et ex- OQN	Toutes	Sans objet	Facturation B2 à l'assurance maladie

3.2 POUR LES PATIENTS HOSPITALISES

Le tableau ci-dessous résume les possibilités de facturation des actes de télé-expertise (TLE et RQD). La mention « OUI » traduit la possibilité pour l'établissement requis de facturer directement à l'assurance maladie le code acte TLE en sus du séjour. En cas de mention « NON » est précisé, si besoin, à qui il est facturable. Est précisé également la possibilité ou non de facturer le code requérant RQD.

⁷ Il n'est donc pas nécessaire de valoriser l'indicateur de parcours de soins

⁸ Pour tous dès le démarrage en FIDES ACE SSR

⁹ Pour les établissements SSR les ACE sont valorisées à 100% à compter du 1er janvier 2018

Lieu du consultant & de prise en charge du patient		Quelque soit le champ du requis		MCO	SSR	PSY
				Ex DG ou Ex OQN	Ex DG ou Ex OQN	Ex DG ou Ex OQN
ACTE		RQD	TE2	TE2	TE2	TE2
patient hospitalisé	ex DG	MCO	NON	NON Facturation à l'établissement demandeur	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur
		SSR	NON	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur	NON Facturation à l'établissement demandeur
		PSY	NON	OUI	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur
		HAD	NON	OUI	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur
	ex OQN	MCO	Salarié : NON non salarié : OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur. L'établissement demandeur refacture la consultation via le S3404	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur
		SSR tout compris	NON	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur. L'établissement demandeur refacture la consultation via le S3404	NON Facturation à l'établissement demandeur
		SSR non tout compris	Salarié : NON non salarié : OUI	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur. L'établissement demandeur refacture la consultation via le S3404	NON Facturation à l'établissement demandeur
		PSY	NON	OUI	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur
		HAD	Salarié: NON salarié : OUI	non OUI	OUI	NON Facturation à l'établissement demandeur

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.

3.3. POUR LES PATIENTS RESIDENTS 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

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.

LA TELESURVEILLANCE

Un guide d'accompagnement à la facturation des actes de télésurveillance est disponible sur le site du ministère à l'adresse suivante : [le guide de la facturation des actes de telesurveillance.pdf \(sante.gouv.fr\)](https://www.solidarites-sante.gouv.fr/le-guide-de-la-facturation-des-actes-de-telesurveillance.pdf)

LIENS ET DOCUMENTS UTILES

Site du ministère

[Les documents et liens utiles - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](#)

Assurance maladie

<https://www.ameli.fr>

- Charte de bonnes pratiques de la téléconsultation :
<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/charte-de-bonnes-pratiques-de-la-teleconsultation>
- Fiche relative à la facturation de la télémedecine par les établissements de santé :
https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/facturation-prise-charge/facturation-etablissements#text_166647

ANS

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

Haute Autorité de Santé

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