

2 0 2 1

Santé Info Droits PRATIQUE

— C.9.1 —

SÉCURITÉ SOCIALE

— L'EXERCICE LIBÉRAL DE LA MÉDECINE —

HONORAIRES MÉDICAUX ET TAUX DE PRISE
EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Les relations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé libéraux s'inscrivent dans un cadre conventionnel. Les prestations des médecins libéraux « conventionnés » sont remboursées par la Sécurité sociale suivant un tarif fixé réglementairement.

Il existe différents secteurs conventionnels dont les principaux sont les secteurs 1 et 2.

Un médecin en secteur 1, également appelé « à honoraires opposables », respecte les tarifs fixés par la Sécurité sociale.

Il ne peut facturer de dépassement d'honoraires qu'à titre exceptionnel, en cas d'exigence particulière du patient (DE).

Un médecin en secteur 2, ou à honoraires « différents », fixe lui-même ses honoraires.

Le prix des consultations et des actes médicaux dépend donc du secteur conventionnel du médecin.

En secteur 2, des dépassements d'honoraires, parfois élevés et pas toujours couverts par les garanties des complémentaires santé, peuvent être facturés aux patients.

Enfin, les médecins « non conventionnés » sont l'exception, leurs honoraires ne sont remboursés qu'à un taux symbolique.

Les modalités d'exercice de la médecine libérale font l'objet de conventions passées tous les 5 ans entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins représentatifs. La dernière convention médicale a été signée le 25 août 2016 (arrêté du 20 octobre 2016), des avenants étant par ailleurs régulièrement négociés.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Au 1^{er} janvier 2021 le tableau de l'Ordre des médecins recense 312 172 médecins, soit +1,6% par rapport à 2020.

198 086 médecins inscrits sont en activité régulière, parmi eux on compte 85 364 médecins généralistes, soit une baisse de 9% depuis 2010. A contrario le nombre de médecins spécialistes, qui s'élève à 87468, a augmenté de 5.4% en 11 ans.

41.8% des médecins exercent en libéral en 2021.

47.6 % sont salariés et 10.5% ont un exercice mixte..

Plus de 99% des médecins libéraux sont conventionnés.

75% des médecins libéraux exercent en secteur 1.

43% des médecins spécialistes et 9,5% des généralistes exerçaient en secteur 2.

RELATIONS CONTRACTUELLES ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LES MEDECINS : QUEL IMPACT SUR LES HONORAIRES ?

• Secteur 1 ou « secteur à honoraires opposables »

Le médecin pratique les honoraires fixés dans la Convention médicale, base du remboursement par l'Assurance maladie. Il existe toutefois deux exceptions au respect des tarifs « Sécurité sociale » :

- Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés (voir [fiche pratique C.7 « Le parcours de soins »](#)), à l'exception des cas d'urgence ou d'éloignement occasionnel du patient.

Ces dépassements d'honoraires (côtés « DA ») sont plafonnés :

- pour les actes cliniques, de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas de plus de 17,5% la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.
- à hauteur de 17,5% pour chaque acte technique effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

- En cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires.

Le médecin doit, dans ce cas, fournir au malade toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'Assurance maladie et lui en indiquer notamment le montant et le motif.

L'indication « DE » est portée sur la feuille de soins.

Ce dépassement n'est pas cumulable avec un dépassement autorisé plafonné (DA) tel que défini au paragraphe précédent.

• Autres secteurs conventionnels

- Secteur 2 ou « à honoraires différents »

Le médecin est autorisé à dépasser le tarif conventionnel avec « tact et mesure » et sa pratique peut faire l'objet d'une appréciation, voire d'une sanction, au regard de la notion de « pratique tarifaire excessive ».

Le montant du dépassement facturé au-delà du tarif « sécu » n'est pas remboursé par l'Assurance maladie. Celui-ci est alors coté « dépassement autorisé » (DA).

L'exercice en secteur « à honoraires différents » est réservé aux médecins disposant de certains titres comme, par exemple, celui d'ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux, d'ancien chef de clinique des universités de médecine générale (se reporter à la convention médicale pour consulter la liste complète de ces titres permettant l'exercice en secteur 2).

Le choix d'exercer en secteur 2 est réversible. Le médecin autorisé à pratiquer des honoraires différents peut ainsi revenir sur son choix à tout moment et opter pour le secteur à honoraires opposables.

- Secteur « droit à dépassement permanent »

Dans la première convention médicale de 1971, il était prévu que certains praticiens pouvaient dépasser les tarifs en raison de leur qualité particulière. Ce droit à dépassement a été fermé par la convention de 1980 : très peu de médecins sont encore titulaires de ce droit.

• Les médecins ayant adhéré à l'Option pratique tarifaire maitrisée (OPTAM)

Les médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires **peuvent adhérer à l'OPTAM.**

En adhérant à cette option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen constaté sur sa propre pratique au cours des trois dernières années. En tout état de cause, le taux de dépassement des médecins adhérant à l'OPTAM ne peut être supérieur à 100 % soit deux fois le tarif « sécu ».

Exemple : Un médecin cardiologue pourrait alors facturer une consul-

tation à 51€ (tarif sécurité social) * 2 donc à 102€.

Par ailleurs, le praticien s'engage à respecter un pourcentage d'activité aux tarifs opposables. Ce pourcentage (incluant les situations d'urgence médicale, les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire) doit être supérieur ou égal à celui des trois dernières années.

L'adhésion à l'option est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

• Les médecins ayant adhéré à l'OPTAM chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

L'OPTAM-CO est ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L162-1-7 et R162-52 du Code de la Sécurité sociale durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.

Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires du droit à dépassement permanent peuvent adhérer à l'OPTAM-CO.

Par dérogation, les médecins titulaires des titres permettant l'exercice en secteur 2 et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'OPTAM-CO.

Pour un même médecin, l'OPTAM-CO n'est pas cumulable avec l'OPTAM. Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à ne pas augmenter sa pratique tarifaire (au-delà de la moyenne calculée sur les trois dernières années) et à respecter le taux de dépassement (également calculé sur les trois dernières années, qui ne peut excéder 100% du « tarif sécu »).

Attention ! La facturation de dépassements d'honoraires est strictement interdite, quel que soit le secteur conventionnel, en cas d'urgence ou lorsque le patient est bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (fusion de la CMU complémentaire et de l'ACS, voir la [Fiche Santé Info Droits pratique C.2.2.](#)

• Les médecins exerçant hors convention

Que ce soit au moment de l'installation ou au cours de son exercice normal, libéral, hospitalier avec secteur privé, tout médecin a le choix du secteur hors convention. Il est courant de dire que ces médecins exercent en « secteur 3 ». Le déconventionnement peut, par ailleurs, être imposé aux médecins au terme d'une procédure de sanction de l'Assurance maladie. On compte environ 500 médecins exerçant en dehors du système conventionnel.

S'ils disposent de la liberté tarifaire, ils doivent toutefois respecter le tact et mesure dans le respect du code de déontologie médicale.

Le patient devra régler les actes réalisés par un praticien non conventionné. Un remboursement par la Sécurité sociale, basé sur un tarif d'autorité, intervient pour un montant de 0,98 €. Bien que très faible, ce remboursement présente l'avantage de déclencher l'intervention éventuelle de la complémentaire santé du patient (voir garanties prévues au contrat).

BON A SAVOIR

Pour des informations sur la prise en charge des honoraires par les contrats de complémentaires santé, se reporter à la [fiche Santé Info Droits pratique C.2.1 – Complémentaires santé : les contrats responsables et solidaires](#).

Il est possible de connaître le secteur d'activité de chaque médecin conventionné avec l'Assurance maladie, et également de savoir si celui-ci a adhéré à l'OPTAM sur le site de l'Assurance maladie : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

2

PARTICIPATION DE L'ASSURANCE MALADIE AU PAIEMENT DES COTISATIONS SOCIALES DES MÉDECINS CONVENTIONNÉS

En application du 5° de l'article L162-14-1 du Code de la Sécurité sociale, les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés en secteur à honoraires opposables pour les risques maladie, maternité, décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse.

Cette participation est assise sur les revenus acquis au titre de l'activité libérale à l'exclusion des dépassements d'honoraires.

L'assiette de participation des caisses d'assurance maladie est étendue également aux revenus tirés d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins. Cette disposition est applicable sous réserve de réaliser un seuil minimal d'activité dans le cadre de l'activité libérale conventionnée facturée individuellement à l'Assurance maladie.

3

LA REMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP)

La ROSP concerne l'ensemble des médecins adhérant à la convention. Toutefois, les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de cette rémunération complémentaire ont la possibilité de notifier leur choix par écrit à la caisse primaire d'Assurance maladie.

La ROSP a pour vocation d'encourager les « bonnes pratiques ». Aux médecins qui atteignent les objectifs, l'Assurance maladie verse des compléments de rémunération, en sus des honoraires facturés.

Les indicateurs de qualité des pratiques sont fixés en cohérence avec les priorités nationales de santé publique et élaborés conjointement par

les parties signataires en tenant compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé ainsi que des recommandations internationales existantes.

Ils sont regroupés en trois grands volets (suivi des pathologies chroniques ; prévention ; efficacité) et concernent les médecins traitants, les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les médecins spécialistes en gastro-entérologie, hépatologie, en endocrinologie, diabétologie et nutrition (voir article 27 de la Convention médicale).

COMMENT ÇA MARCHE ?

1

LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE REMBOURSEMENT

Le niveau du remboursement des consultations médicales par la Sécurité sociale varie en fonction du respect par l'assuré du parcours de soins coordonnés, c'est à dire qu'il diffère selon que le patient a désigné un médecin traitant, a été orienté par celui-ci ou qu'il consulte directement un autre médecin.

Pour plus d'informations sur le parcours de soins, se reporter à la [fiche Santé Info Droits pratique C.7](#).

Tous les tarifs de consultations et taux de remboursement sont consultables sur le site Internet de l'Assurance maladie :

<https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/rembourse/consultations>

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'OPTAM bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur 1 « à honoraires opposables ».

D'autres tarifications existent pour les médecins « correspondants », c'est-à-dire ceux vers lesquels le médecin traitant oriente son patient soit pour un avis ponctuel soit pour un suivi régulier.

2

REMUNERATIONS FORFAITAIRES ET MAJORATIONS D'HONORAIRES

Dans certains cas, les médecins libéraux sont autorisés à facturer des majorations d'honoraires.

Pour toutes ces consultations majorées, la Sécurité sociale rembourse au patient 70% du tarif total de la consultation (C + majoration). Pour consulter les tarifs des honoraires, rémunérations, majorations et frais accessoires des médecins généralistes et spécialistes, il convient de se référer aux annexes 9 et 11 de la Convention médicale. .

Par ailleurs, la convention médicale de 2016 a mis en place un « forfait patientèle » (voir Annexe 10 de la Convention médicale). Ce forfait unique se substitue aux différents forfaits versés jusqu'à présent aux médecins pour le suivi des patients les ayant déclaré comme méde-

cin traitant : RMT (suivi des patients en ALD), RST (suivi des patients en « suivi post ALD »), FMT (suivi des patients hors ALD et hors suivi post ALD) et dans le cadre du suivi spécifique des patients âgés de moins de 6 ans (hors ALD) et de ceux âgés de 80 ans et plus (MPA appliquée sur chaque consultation effectuée auprès de ces patients âgés par tout médecin qu'il soit ou non médecin traitant), ainsi qu'à la valorisation prévue pour l'établissement du volet de synthèse médicale jusqu'à présent dans la rémunération sur objectifs de santé publique.

Par ailleurs une majoration est appliquée selon la part de patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

LES LIMITES À LA LIBERTÉ TARIFAIRE DES MÉDECINS

La notion de « pratique tarifaire excessive »

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire des médecins disposant d'une liberté d'honoraires totale ou partielle s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants :

- le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement),
- le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus,
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués,
- le dépassement moyen annuel par patient.

L'appréciation tient compte de la fréquence des actes par patient, du profil et du volume global de l'activité du professionnel de santé ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence.

La limite du tact et de la mesure

Les médecins doivent fixer le montant de leurs honoraires avec tact et mesure. L'article R4127-53 Code de la Santé publique, tiré du Code de déontologie médicale, dispose que « les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières ». Il n'existe pas de définition législative ou réglementaire du « tact et mesure ». Les critères rete-

nus le plus souvent par la jurisprudence pour déterminer que des dépassements sont contraires au tact et à la mesure sont le caractère systématique du dépassement, la notoriété du praticien, la complexité de l'acte, la valeur du service rendu ou encore la situation financière du patient.

L'interdiction de facturer des dépassements d'honoraires dans certains cas

En tout état de cause, il est interdit à tout médecin de facturer un dépassement d'honoraires à un patient :

- qui le consulte en urgence (y compris dans un établissement de santé privé). Cette interdiction s'étend aux chirurgiens qui opèrent en urgence ;
- bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (C2S) sauf en cas d'exigence particulière du patient (DE) ou de consultation en dehors du parcours de soins coordonnés (DA).

L'obligation d'information

Les médecins comme tous les professionnels de santé en exercice libéral ont une obligation d'information sur les coûts de leur prestation et sa prise en charge l'Assurance maladie.

Cette information se fait par affichage dans la salle d'attente et par devis dans certaines situations. Le médecin doit répondre à toute demande d'information du patient en la matière. Voir la [Fiche Santé Info Droits pratique A.4](#) sur le sujet.

VOIES DE RECOURS ET SANCTIONS EN CAS DE NON-RESPECT DES ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS EN MATIÈRE TARIFAIRE

Manquements susceptibles de donner lieu à sanction :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables imposés ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- la facturation d'actes fictifs ;
- une pratique tarifaire excessive des médecins ;
- la non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus ;
- le non-respect, de façon répétée, de la liste des produits et prestations remboursables ;
- le non-respect du droit à la dispense d'avance de frais ou des tarifs opposables au profit des bénéficiaires de la C2S ;
- le non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'Assurance maladie des documents de facturation des actes et prestations.

Voies de recours des assurés

Les assurés peuvent signaler tout manquement au directeur de la Caisse primaire d'Assurance maladie ou de la Caisse générale de Sécurité Sociale dont ils relèvent.

La procédure conventionnelle applicable en cas de manquement imputable à un médecin est décrite à l'Annexe 24 de la Convention médicale.

Sanctions susceptibles d'être prononcées

L'intensité des sanctions varie en fonction de leur degré de gravité :

- suspension du droit permanent à dépassement, du droit de pratiquer des honoraires différents pour une durée maximale de douze mois ;
- suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés (DA) ;
- suspension de la ou des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour les médecins en bénéficiant ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de la convention avec ou sans sursis.

Par ailleurs, les usagers victimes d'un manquement d'ordre déontologique peuvent saisir le Conseil de l'Ordre des médecins de leur département.

Cette voie de recours, non exclusive d'un recours auprès de la CPAM, est recommandée dans les situations portant par exemple sur : le respect de la vie et de la dignité de la personne ; les principes de moralité et de probité ; le secret professionnel ; la discrimination ; la non-assistance à personne en danger ; l'interruption volontaire de grossesse ; la qualité des soins ; l'information et le consentement du patient ; le soulagement des souffrances ; les soins aux personnes mourantes ; la communication du dossier ; la continuité des soins ; les honoraires (respect du « tact et mesure »).

La [fiche pratique A.9](#) est dédiée à la procédure disciplinaire devant les Ordres professionnels.

Une procédure spécifique existe pour les refus de soins discriminatoires. Voir sur ce point les Fiches *Santé Info Droits* pratique [A.10](#) et [A.10.1](#).

OBSERVATOIRE DES MESURES CONVENTIONNELLES

Un Observatoire des mesures conventionnelles a été créé par la dernière convention médicale.

Les thèmes de travail de cet Observatoire portent notamment sur :

- la mise en place et le suivi des mesures sur l'activité clinique ;
- la mise en place et le suivi des mesures sur l'activité technique ;

- l'élaboration de la méthodologie pour la fixation et la révision du coût de la pratique des actes ;
- la mise en place et le suivi des forfaits patientèle médecin traitant et structures ;
- le suivi de la mise en place du médecin traitant de l'enfant ;
- l'évolution de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Tableau récapitulatif des modalités d'exercice de la médecine libérale

Type d'exercice	Quels médecins ?	Honoraires		Remboursements		Participation de l'Assurance maladie au paiement des cotisations sociales des médecins	
		Principe	Exceptions	Principe	Exceptions		
Secteur 1, à « honoraires opposables »	Tous ceux qui le souhaitent	Tarifs opposables	Possibilité de dépassements dans les cas suivants : 1. Consultations hors parcours de soins (DA), en dehors des cas d'urgence, d'éloignement occasionnel du patient 2. Exigences particulières du patient (DE)	1. Assurance maladie obligatoire : 70% du tarif « sécu » (retenue éventuelle de la participation forfaitaire de 1 euro). 2. Assurance maladie complémentaire : 30% du tarif « sécu » et prise en charge éventuelle du DE. 3. 100 % pour les bénéficiaires de la C2S, d'une pension d'invalidité ou de l'assurance maternité, d'une reconnaissance en ALD, en accident du travail ou en maladie professionnelle.	Hors parcours de soins : 1. 30 % du tarif « sécu » par l'Assurance maladie obligatoire (retenue éventuelle de la participation forfaitaire de 1 euro). 2. Pas de remboursement par l'Assurance maladie complémentaire (ni du ticket modérateur, ni du DA).	Participation pour les risques maladie, maternité, décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse.	
Autres secteurs conventionnels	Secteur 2 à « honoraires différents »	Médecins disposant de certains titres	Honoraires libres, dans la limite du « tact et mesure ».	Respect du « tarif sécu » dans les cas suivants : 1. Urgence médicale 2. Patients bénéficiaires de la C2S	1. Assurance maladie obligatoire : 70% du tarif « sécu » (retenue éventuelle de la participation forfaitaire de 1 euro). 2. Assurance maladie complémentaire : 30% du tarif « sécu » et prise en charge éventuelle et plafonnée des dépassements d'honoraires. 3. 100 % pour les bénéficiaires de la C2S, d'une pension d'invalidité ou de l'assurance maternité, d'une reconnaissance en ALD, en accident du travail ou en maladie professionnelle.	Hors parcours de soins : 1. 30% du tarif « sécu » par l'Assurance maladie obligatoire (retenue éventuelle de la participation forfaitaire de 1 euro). 2. Pas de remboursement par l'Assurance maladie complémentaire (ni du ticket modérateur, ni du DA).	Aucune participation de l'Assurance maladie.
	Secteur « droit à dépassement permanent »	Médecins qui, en raison de leurs titres universitaires ou hospitaliers, ou encore en raison d'une « autorité médicale accrue », se sont vus reconnaître ce droit par la Convention médicale de 1971.					
	OPTAM	1. Médecins de secteur 2 2. Médecins titulaires du droit à dépassement permanent					
	OPTAM - CO	Médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.					
Hors convention	Tous ceux qui le souhaitent ou qui ont été sanctionnés par l'Assurance maladie.	Honoraires libres, dans la limite du « tact et mesure ».			1. Assurance maladie obligatoire : remboursement sur la base d'un tarif d'autorité, pour un montant de 0,98€. 2. Assurance maladie complémentaire : prise en charge éventuelle et plafonnée des honoraires. 3. C2S : pas de prise en charge complémentaire au remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire.		Aucune participation de l'Assurance maladie.

POINT DE VUE

La dernière convention médicale prolonge, en les amplifiant, les mesures de régulation des dépassements d'honoraires prévues jusqu'alors. Ces mesures restent toutefois insuffisantes. D'une part parce que tant que les dépassements d'honoraires (non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire) seront possibles et généreront des problèmes d'accès aux soins, et d'autre part parce qu'au-delà de leur montant excessif, leur fréquence pose des difficultés à celles et ceux qui présentent des pathologies entraînant de nombreux recours médicaux. Notons par ailleurs que le taux de médecins installés en secteur 2 est passé de 40% en 2009 à 47% en 2018.

Par ailleurs, depuis 2018, nous n'avons aucune visibilité sur l'observatoire des mesures conventionnelles, ni sur l'observatoire des pratiques tarifaires, censés se réunir régulièrement. Il serait donc nécessaire de relancer ces instances afin d'avoir un suivi effectif des pratiques des médecins.

S'agissant de la rémunération des médecins, et pour lutter efficacement contre les tarifs susceptibles d'entraîner des discriminations à l'accès aux soins, il serait souhaitable de substituer progressivement la rémunération forfaitaire (pondérée en fonction de la complexité de leur exercice et des exigences de la prise en charge des maladies chroniques) au paiement à l'acte.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Convention nationales organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et publiée au Journal officiel du 23 octobre 2016, et ses annexes
- Code de déontologie médicale

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé
Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Vous pouvez également poser vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits.



01 53 62 40 30

La ligne de France Assos Santé

Le site Internet de l'Assurance maladie : www.ameli.fr

Le site de l'Assurance maladie met notamment en ligne un annuaire des professionnels de santé (par ville, par secteur conventionnel, par spécialité) et permet ainsi d'en connaître les tarifs. Le site permet également d'accéder à ses données personnelles de remboursement par la création d'un compte individuel.

Fiches Santé Info Droits pratique

Fiche A.9 - La procédure disciplinaire devant les ordres des professions de santé

Fiche A.10 - Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'Aide médicale d'Etat et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé

Fiche C.7 - Parcours de soins

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.france-assos-sante.org/documentation/evaluer-la-qualite-de-linformation/>
N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !