

conseil d'administration

Jack Bonnaure

Michel-henri Decosse

Christiane Ferary

Magali Franck-Lacaze

Mireille Guibert

Patrice Lambertini

Léonardo Matossian

Bernard Olivier

Valérie Pigeot

Philippe Tarot

9 av V Hugo

13200 Arles

www.asso-odf.org

REPETITION D'INDU

LES PROCEDURES DE REPETITION D'INDUS intentées à l'encontre de nos confrères qui télétransmettent sont parfaitement illégales.

Nous avons toujours déconseillé la télétransmission, au risque de paraître rétrogrades, pour des raisons liées d'une part à la complexité du système, à la dépendance vis à vis des caisses et à la pression évidente vers le tiers payant. Mais l'obligation conventionnelle qui en a été faite, autant que l'intérêt des patients, a pu en décider certains que nous nous garderons bien de blâmer. Nous avons raison d'attendre puisqu'une négociation conventionnelle est prévue pour fixer une sorte d'impôt à la feuille de soin papier.

Cependant, nous ne pouvons pas accepter que des confrères télétransmettant se voient pénalisés par rapport à ceux qui s'obstinent syndicalement ou économiquement à utiliser les feuilles de soins papier.

Certains syndicats semblent accepter cette fatalité. Nous ne l'acceptons pas et allons tout mettre en oeuvre au plan juridique comme au plan de l'action syndicale pour nous opposer à cela.

Nous n'acceptons pas que les praticiens qui télétransmettent aient des ennuis qui ne touchent pas ceux qui utilisent les feuilles de soins papier.

L'article R.161-42 du code de la sécurité sociale dans son alinéa 9 met sur le même plan la feuille de soin électronique et la feuille de soins papier quant aux mentions des dispositions législatives en vertu desquelles la participation financière des assurés est limitée ou supprimée. Or il n'y a pas sur la feuille de soins papier de telles mentions.

CQFD : la répétition de l'indu dans ces cas est parfaitement illégale.

L'ASSO s'engage à défendre chacun de ses membres qui fera l'objet d'une répétition d'indu pour ces raisons précises.

CMU mode d'emploi

Le panier de soins ODF de la CMU et de la CMU.C est une chose bien définie. Il est exclusif de toute participation contributive de l'assuré ou de son ayant droit bénéficiaire. Il est cependant admis par la loi que le patient bénéficiaire de la CMU peut avoir des exigences particulières sans pour autant perdre le bénéfice de son assurance complémentaire. C'est la solidarité nationale qui lui paye sa complémentaire

et il en est le bénéficiaire de plein droit. Lorsqu'un acte est hors nomenclature ou qu'il correspond à une exigence particulière, il peut et il doit obtenir le remboursement de l'acte de base et de celui qui est placé sous entente directe, comme pour tout assuré social.

là encore certains syndicats jouent un jeu dangereux qui consiste à aller au devant de l'interprétation la plus restrictive.

A vous de juger !!!!

Si, un jour, Cassandra était écoutée

Les mutuelles ont toujours déclaré la volonté de représenter les intérêts du patient face au praticien de santé.

Elles appliquaient un barème propre à chaque contrat et remboursaient au prorata de ce que le patient avait souscrit, comme toute assurance.

Devant le désengagement progressif de l'Assurance Maladie dans la prise en charge des dépenses de santé, les mutuelles veulent se substituer à celle-là, mais est-ce vraiment dans l'intérêt de ses clients ?

En effet, certaines- pour ne pas dire toutes- n'ont aucune velléité philanthropique, et leurs dénégations n'y feront rien : elles sont là pour être rentables. Quand elles créent des cabinets mutualistes, elles bénéficient d'avantages exorbitants par rapport aux cabinets libéraux. Nous avons souvent mis en garde les praticiens contre la facilité de céder aux sirènes mutualistes en signant des protocoles qui leur apporteraient une clientèle captive. Nous voulons maintenant prévenir la profession et particulièrement les jeunes praticiens : nous courons vers un diktat des complémentaires autrement plus inquiétant que celui de l'assurance maladie.

Le tiers-payant sera la conséquence inéluctable de cette paresse qui nous fait accepter des conditions d'exercice toujours plus suffocantes.

Ne pas signer ces protocoles est un acte salvateur. Refuser de remplir les devis ou demandes d'entente préalables spécifiques (par ailleurs illégales) des mutuelles, mais s'attacher à rendre service au patient en lui fournissant le devis légal et toutes les informations sur ses traitements et leurs prix, est un acte civique et conforme, à long terme à nos intérêts communs. Nous n'avons nul besoin d'avoir une tierce personne pour gérer, et bientôt, pourquoi pas, détruire, les rapports de confiance que nous tissons avec nos patients.

Nous ne bénéficions pas encore d'un devis odf pour les mutuelles établi par les syndicats représentatifs et revêtu de l'imprimatur ordinal. Cela, espérons-le, sera un jour prochain mis au point.

EN attendant, NE SIGNEZ AUCUN PROTOCOLE MÊME CEUX QUI SONT FAVORISES PAR L'ORDRE

les 1000 € de la loi du 8 février 2008

La loi du 8 février 2008 prévoit la possibilité d'octroyer une prime exceptionnelle qui ne doit se substituer à aucune autre prime, d'un montant maximum de 1000 €, à chacun des salariés de l'entreprise.

Les conditions qui doivent être réunies :

1/ un accord collectif (pris le 7 mars 2008)

2/ la prime doit toucher tous les salariés de l'entreprise.

3/ elle peut être modulée pour chaque salarié en fonction du salaire, de la durée du travail et de l'ancienneté.

4/ elle ne peut se substituer à aucun élément de salaire prévu dans la convention collective ou antérieur sous forme de prime.

5/ le versement des sommes ainsi déterminées doit intervenir le 30 juin 2008 au plus tard.

Toutes ces conditions étant remplies, cette prime est exonérée de toute contribution ou cotisation à l'exception de la CSG et de la RDS.