

Sondage SDA / Les audioprothésistes et le tiers-payant

Consultation par internet du 28 avril au 5 mai 2021

20 mai 2021

Commentaires libres (sélection)

Beaucoup de problèmes rencontrés avec les mutuelles pour connaître les garanties des patients pour établir le devis pour reste à charge correcte trop de plates formes de prise en charge complexité avec les complémentaires hors réseaux

CARTES CPE CPS IMPOSSIBLES A OBTENIR LORSQUE L'ENTREPRISE S'ETEND SUR UN TERRITOIRE TROP GRAND + COMPLEXITE DES DOSSIERS.

COUT DES TELETRANSMISSIONS PROHIBITIF POUR LE SUIVI DE LA PRESTATION ET CAISSES DE SECURITE SOCIALE PEU INFORMEES DES CHANGEMENTS EN AUDIO.

Il existe effectivement un point important à résoudre concernant l'obtention des CPS et CPE. En effet, la procédure papier est extrêmement fastidieuse, et le site ASIP santé pose régulièrement problème par la difficulté à se connecter au service.

Je n'adhère à aucun réseau de soins et ça me paraît aberrant que les prestations de soins soient différenciées que vous fassiez parti du réseau ou non, comme Sévéane par exemple, la différence peut aller jusqu'à 250€ par appareil ! C'est une honte !

Je pense être vraiment à l'aise pour les TP mais effectivement, les démarches peuvent être réellement fastidieuses (patients à 100% ou non, quelle caisse, quelle OCAM, etc.) et sont, par conséquent, très chronophage, d'autant plus pour moi qui n'aie pas encore de salarié (assistant/audio).

Les TP sont très pratiques pour sécuriser les paiements et permettre de soulager les patients de certaines démarches. Mais une plateforme unique de gestion (SS + OCAM) pour les TP serait bien plus pratique.

Cependant, les télétransmissions de suivi, bien que je n'y sois pas encore confrontée du fait de l'ouverture récente de mon centre (5 mois), est plus que fastidieuse du fait du temps nécessaire à l'application mais surtout pour la gestion de comptabilité.

Je sais que le 1/3 payant va être obligatoire pour les classes 1. Je fais le 1/3 payant à l'ancienne : chèque dans le tiroir expliquant aux patients qui le comprennent TB, que je réserve mon temps à eux et non à faire le travail des mutuelles et autres organismes

Je tiens simplement à souligner que les problèmes de tiers payants sont souvent relatifs aux complémentaires qui, malgré le partenariat ou l'adhésion à certaines d'entre elles tardent à transmettre les prises en charge, ne remboursent pas avant relance, demandent des PEC via fax ou mail pour certains patients.

Par contre, peu de problèmes rencontrés avec le TP de la sécurité sociale.

(Manage plusieurs centres). Reçu cartes CPS et CPE après plus d'1 an et avec des erreurs dans les cartes qu'il a fallu refaire. Actuellement cartes fonctionnelles sur un seul centre depuis 1 an (qui a servi de testeur et qui fait systématiquement la télétransmission) et pas encore au point sur les autres centres (les réponses données dans le sondage concernent les centres pas encore fonctionnels)

La pratique du 1/3 payant a pour seul argument le service au patient. Il représente une contrainte administrative forte (temps passé à réaliser les demandes de PEC, à vérifier les acceptations, à suivre les règlements...). Pour pouvoir le pratiquer, nous sommes souvent contraints de signer des conventions non équitables avec les OCAM.

Au sein des centres ECOUTER VOIR Bretagne. Pas de possibilité de faire des télétransmissions de suivi car les codes ne sont pas créés par les responsables et la démarche n'est pas expliquée via Cosium. Malgré des relances des audioprothésistes en ce sens.

Beaucoup de problèmes avec les complémentaires

>pour les contacter

>connaître les garanties des patients (pour établir le devis avec un reste à charge correct)

>trop de plateformes de PEC

>complexité aussi avec les complémentaires hors réseau

Nous passons beaucoup de temps pour la gestion du Tiers Payant mais celui-ci est devenu quasi indispensable pour la majorité des patients.

Les organismes ont réussi à nous "déléguer" la gestion de l'administratif et en plus nous payons pour ça (sans compter les prix limites imposés par les réseaux)

Pour le suivi, cela demande 4 à 5 étapes pour télétransmettre la prestation de suivi + au niveau compta une création d'une facture (et donc un pointage à faire) pour chaque patient.

Sans compter le temps passé, cela représente un coût (entre les frais de télétransmission et les honoraires du comptable).

Ne peut-il pas exister un système plus simple?

C'était à l'époque (2016) tellement fastidieux d'obtenir des CPS que nous avons abandonné (cela ne nous empêchait pas de faire le tiers payant dégradé sécu...). C'est peut-être plus facile maintenant

FAIRE DU TIERS PAYANT OUI MAIS SANS RÉSEAUX DE SOINS

Faisons tiers payant mutuelle sur plateforme s n'obligeant pas l'adhésion à un réseau de soin uniquement

Gros problème avec le suivi des clients débiteurs et les facturations à 0.01€ dans le logiciel IPA

Il est scandaleux que les mutuelles remboursent moins bien les appareils auditifs de classe 2 (j'ai signé la pétition existante). De plus certaines mutuelles (réseau SantéClair) téléphonent à nos patients, suites à nos appels téléphoniques pour les renseignements sur les remboursements, pour les conseillers d'aller dans des réseaux partenaires et les détourner de nos centres sous prétexte d'une meilleure prise en charge !

Il me semble essentiel que la mise en place du tiers payant chez les audioprothésistes (comme pour les autres professions de santé) ne soit pas conditionnée à l'adhésion aux réseaux de soins. Je suis pour ma part convaincue de l'utilité voire de la nécessité du tiers payant dans notre profession compte tenu des montants remboursés. Aussi je suis ravie de voir que de plus en plus de mutuelles mettent à disposition des audioprothésistes les moyens de proposer le tiers payant hors réseau et je pense sincèrement que l'indépendance du tiers payant doit être une ligne directrice.

Je note également, à regret, l'opacité de certaines mutuelles envers leurs assurés qui, dans l'immense majorité des cas, n'ont pas accès à leur tableau de garantie.

Je pratique la télétransmission et fait passer les règlements une fois que les patients ont été remboursés. Ils n'ont pas d'avance financière à faire. La généralisation du tiers payant entraînerait une surcharge de travail de vérification et un coût supplémentaire. Le coût du logiciel, de la location des boîtiers CPS, est déjà lourd, s'il faut ajouter des charges salariales pour le contrôle du bon fonctionnement des télétransmissions, cela va fragiliser encore plus les petites structures sans compter qu'il faut absorber le 100 % santé.

Je travaille souvent seule sans assistant. Le temps "perdu" à gérer des difficultés de tiers payant est monumental bien que je sois très favorable à sa pratique. Cela au détriment du temps passé avec les patients. Je souhaite m'équiper de la télétransmission Sesam Vitale mais je redoute la complexité de sa mise en place. Je trouve aberrant qu'il n'existe pas aujourd'hui un système universel pour toutes les complémentaires. Un grand merci pour votre action. J'espère qu'elle sera fructueuse.

L'idéal serait de télétransmettre la part complémentaire.

Les plates formes des complémentaires sont abjectes, les paiements font rarement défaut mais ça peut arriver.

L'exemple de Kalixia est un bon exemple avec plusieurs plateformes qui ont exactement la même architecture (Oxantis, Viamedis, TP Eovi etc etc), on s'y perd un peu.

Recouper les paiements avec les patients n'est parfois pas évident.

Il existe un problème important lorsqu'une PEC a été faite chez un concurrent et pas annulée.

Quid de SanteClair qui impose la classe 1 moins chère que la loi...

L'administratif du 1/3 payant est très lourd et chronophage aujourd'hui. Les mutuelles qui sont dans le contrôle des procédures des professionnels de santé devraient être contrôlées à leur tour soit par la sécurité sociale soit par un organisme indépendant. Ces dernières devraient avoir un service aux professionnels de santé à la hauteur de ce qu'elles imposent, simplifier leurs grilles de remboursement, les normaliser et les rendre compréhensibles pour l'ensemble de leurs assurés.

L'audio est censé assister le patient dans ses démarches administratives. Je considère donc le tiers payant comme un devoir.

La télétransmission c'est compliqué à installer et ce n'est pas évident à utiliser...

La télétransmission pour les consultations est en train d'être mise en place, c'est important mais rajoute encore des tâches à effectuer pour l'audio ou l'assistante non essentiel au besoin des patients. Les 2/3 du temps de travail de mes assistantes concerne les mutuelles et télétransmissions malheureusement.

Le 1/3 payant simple et universel est possible pour les régimes obligatoires, donc il devrait l'être aussi pour les régimes complémentaires

Le 100 % santé a été très mal négocié par le Syndicat (d'où ma non ré-adhésion), 40 % de patients demandent le 100 % santé donc un chiffre en très grosse baisse.

Le suivi par télétransmission est très compliqué à mettre en place comptablement. / Depuis le début de l'année lorsque nous appelons les mutuelles nous avons régulièrement des mauvaises informations au téléphone concernant les garanties (que nous devons indiquer sur le devis), avec notamment régulièrement des mauvaises indications sur les % de remboursement, parfois même des différences entre ce qui est réellement remboursé et ce qui est indiqué sur le contrat écrit. / Dernier point un système universel de tiers payant mutuelle identique pour toutes les mutuelles (avec ou sans réseau) (classe 1 et 2) serait bien plus

simple à gérer et surtout beaucoup plus clair pour les patients, mais je doute que les mutuelles souhaitent de la clarté dans leurs garanties !!!!

Le tiers payant actuel est une sacrée usine à gaz à refonder totalement car inapplicable en l'état sans une personne quasi dédiée exclusivement à cette tâche. C'est très angoissant de se confronter à ce monde de formulations différentes quasi indigeste d'autant que les mutuelles se remboursent les appareils classe 2. C'est un cinglant constat d'échec d'assistanat total sans contrepartie de la réforme 100 % santé. Il n'y a aucun intérêt à signer certains accords à 80 pourcents des mutuelles qui ne jouent aucun rôle positif pour la montée en gamme des appareils des patients lors de cette réforme. (...) Seule alternative positive étant l'alignement obligatoire des mutuelles pour une égale participation classe1-classe 2 pour les patients.

Le tiers payant est un réel avantage pour le patient et nous le pratiquons volontairement pour faciliter l'accès aux appareils aux patients, cependant nous ne le pratiquons jamais avec les réseaux de soins (car il faut rentrer dedans pour pouvoir le faire), et la multitude de plateforme différentes (une plateforme unique pour toutes les mutuelles, avec possibilité de faire un devis indiquant tout de suite le montant de remboursement afin de pouvoir renseigner les patients dès le premier rdv et par la suite faire une prise en charge et la facturation le tout avec la même plateforme pour toutes les mutuelles, serait un gain de temps, et une facilité de mise en place du tiers payant). Enfin depuis le début de l'année, bon nombre de mutuelles ne donnent pas accès aux montants remboursements, ou donnent de mauvaises informations ...)

Le tiers payant et la prestation de suivi à 0.01 € sont trop lourds à gérer administrativement pour des petites structures d'indépendant, contenu de la surcharge de nos centres en ce début d'année avec la mise en place du 100% santé.

Le tiers payant fait l'objet d'un marchandage de la part des réseaux de soin. Pour proposer le TP, il faut accepter les conditions (très déséquilibrées) des réseaux de soin : pas d'adhésion = pas de TP. L'intérêt du patient et de la sécurité sociale est alors très loin de ces organismes. 1 caisse SS et 1 interlocuteur TP unique et je passerai toutes mes facturations en TP.

Le tiers payant m'effraie énormément, envisageant la surcharge de travail de gestion. De plus, les conditions tarifaires imposées par certains réseaux de soin sont pour moi souvent inacceptables et un tiers payant généralisé ne nous imposera pas, je l'espère la signature de conventions abusives.

Le tiers-payant partie complémentaire a été très long et compliqué à mettre en place. Beaucoup d'organismes différents, des dossiers denses à remplir, des accès aux plateformes qui bug très souvent. Par ailleurs le suivi est très contraignant : pas toujours évident de se procurer les décomptes et il faut sans cesse contrôler et relancer les mutuelles (certains dossiers prennent plus de 4 mois à être réglés). Des procédures très hétérogènes. Des remboursements parfois très compliqués à obtenir, ce qui ne facilite pas le choix du patient en cabine. Des interlocuteurs au téléphone parfois incompetents et qui ne savent pas eux-mêmes lire leurs propres garanties (nous demandons systématiquement un accord papier pour contrôler). Des tableaux de garantie souvent peu clairs, voire trompeurs !

Concernant la télétransmission, nous n'avions aucune connaissance dans ce domaine. Très difficile de faire le tri dans les informations et de s'y retrouver. Le process est maintenant rôdé, mais nous y avons consacré énormément de temps. Une aide de la sécurité sociale aurait été bienvenue. Concernant les cartes CPS/CPE, un enfer ! D'anciens centres toujours rattachés à mon profil, des dossiers qui bloquent on ne sait pas pourquoi, des interlocuteurs incapables de nous répondre ou de nous orienter et finalement, nous avons reçus 3 cartes au lieu d'une...

Concernant les prestations de suivi, nous ne savons toujours pas comment faire. Nous avons demandé à notre prestataire (Cosium), sans succès.

Le tiers payant pour les appareils de classe 1 devrait se faire sur la base de la css: c'est la sécurité sociale qui paie la totalité et les mutuelles qui reversent leur part à la sécurité sociale. Méthode simple pour tout le monde.

Les conditions d'application actuelles du tiers payant avec les mutuelles représentent pour la grande majorité une charge, un stress, une perte de temps et une surcharge de travail incroyables. Nous l'appliquons dès que possible mais nous rêvons tous d'un système plus simple, de plus de transparence avec la plupart des complémentaires, de contacts plus aisés...

Les demandes de PEC ne se font pas toutes de la même façon : des plus archaïques (courrier et réponse sous 10 jours) aux + performantes (réponse immédiatement en ligne). Si cette procédure était uniformisée, ce serait déjà un énorme avancement. Idem pour la facturation évidemment...

Les mutuelles nous étouffent..., le remboursement différencié classe 1 et classe 2 est inadmissible.

Les remboursements différenciés entre classe 1 et 2 sont un véritable problème

Nous faisons le tiers payant en FSE systématiquement pour les appareils auditifs. Pour les forfaits piles, la FSE est impossible car quand on renvoie les feuilles de soin demandées, la SS rembourse très souvent 2 fois alors que l'on met un papier disant que cela a été transmis en FSE (mais nous ne connaissons pas les n° de lot) et ils nous demandent à nous de rembourser...

Nous proposons systématiquement le TP RO et RC sauf pour le suivi car nous n'avons pas obtenu de CPS/CPE et pour les réseaux qui ne permettent pas de vendre les prothèses à un tarif raisonnable (SANTECLAIR, ITELIS) ou ceux qui fonctionnent en réseau fermé.

Nous sommes en train de passer sur osmose et commencer la télétransmission sécu en juillet je pense

Nous sommes maintenant habitués à faire le tiers payant. Malheureusement les réseaux restent un frein considérable. La différenciation des PEC est insupportable. Un rêve : pouvoir faire des cotations mutuelles avec résultats en direct pour tous les patients et tiers payant facilités avec une plate-forme commune à toutes les mutuelles et suppression des réseaux !

Opacité des OCAM + manque de transparence et de comparaison de contrat mutuelle car d'après eux la concurrence est bonne donc il faudrait que chaque personne en fonction de son profil puisse comparer 2 mutuelles à tarifs égaux.

Procédure très lourde en temps et en fluidité.

Grosses naïvetés de l'Unsaf lors de la négociation du 100% santé car ils auraient dû mettre en condition suspensive le remboursement C2 supérieur ou égale au C1.

Peu d'expérience de la télétransmission mise en place que très récemment suite aux délais beaucoup trop importants pour l'obtention des cartes CPS et CPE.

Le tiers payant part complémentaire est extrêmement chronophage

Pour ma part, je pense qu'une meilleure transparence des contrats mutuelles, un partenariat de confiance tacite (plutôt que de suspicion) envers les professionnels de santé associé à une interdiction de réseaux de soins qui n'ont plus lieu d'être avec la mise en place du 100% santé ainsi qu'une égale PEC classe I / classe II par les complémentaires est indispensable pour permettre d'apaiser et d'assainir la relation tripartite souhaitée par le gouvernement.

Ensuite, à titre personnel, je regrette parfois la gratuité totale voulue par le gouvernement. Réduire le RAC était indispensable d'un point de vue santé publique pour améliorer le taux d'équipement des français

malentendants mais la gratuité tend pour moi (dans certains cas bien sûr) vers une déresponsabilisation de nos patients, un peu à l'image du 1/3 payant d'ailleurs et un soin/entretien de moindre qualité de nos patients pour lesquels les appareils "n'ont rien coutés"... Ressenti valable pour tous les LPP d'ailleurs, engendrant à mes yeux, un gaspillage important notamment pour les médicaments !

Petit aparté également : il me semble indispensable de simplifier encore la procédure de "facturation de suivi" actuel ! Sans aucune mauvaise volonté de notre part, la procédure actuelle est trop contraignante pour pouvoir être appliqué à chaque rdv de ctrl... expliquant je pense le faible taux actuel contesté par le ministre de la santé.

Les démarches administratives de + en + complexes (RGPD, devis normalisés, 1/3 payants, réseaux de soins, facturation de suivi, médiateur de la consommation...) empiètent sur notre capacité à faire correctement notre boulot d'audio et nous prennent un temps bien trop précieux actuellement...

Pour un tiers payant RO + RC sur une même plateforme Classe 1 & Classe 2.

Premier frein l'obligation de signer des accords avec les plateformes santé pour bénéficier du tiers payant complémentaire

Temps énorme passé pour :

- * les demandes de PEC (complexité de beaucoup de plateformes, procédures différentes d'une mutuelle à l'autre, un interlocuteur au téléphone après des minutes et des minutes d'attente...)

- * rapprochement entre les sommes versées et le dossier patient (pas de nom patient face à un versement, erreurs, RO payé à 100% au lieu de 60 % ou vice-versa)

- * les télétransmissions (suivi de prestation, tiers-payant, certaines FSE rejetées)

Sur 4 assistantes, une ne fait que cela sur son temps plein.

Il faudrait dans l'idéal un tiers-payant RO et RC systématique via une plateforme unique commune à tous les RO et RC

Tiers payant payé à 100% par la sécu pour le 100% santé. Plateforme unique pour consulter les garanties sécu et mutuelle sinon c'est trop compliqué !

Très compliqué d'effectuer le tiers payant quand il n'y a pas de plateforme. Mon assistante y passe beaucoup de temps, les exigences varient beaucoup d'une mutuelle à l'autre. On nous demande parfois les codes LPP alors qu'on ne doit pas les donner... validité de la PEC courte, un mois parfois alors que c'est la durée minimale de l'essai... beaucoup d'incohérence. Mais les patients sont reconnaissants de ce service qu'on leur donne. La plupart du temps ils sont complètement perdus. Surtout quand on leur dit qu'ils sont à 100% et qu'en réalité ils ont seulement 100% de la base...

Je trouve que c'est encore plus compliqué depuis le 1 janvier, puisqu'il y a beaucoup de mutuelles qui remboursent moins bien le classe 2, les patients ont du mal à comprendre...

Vivement la fin des plateformes pour un tiers payant simple, efficace et surtout avec un système UNIQUE !

Vivement le TP généralisé géré par la sécu et des complémentaires plus responsables dans l'intérêt de l'adhérent.
