

Deux pathologies : comment coter ?

Rééducation d'une périarthrite de l'épaule et fracture de la cheville au cours d'une même période. = **AMS 9,5**

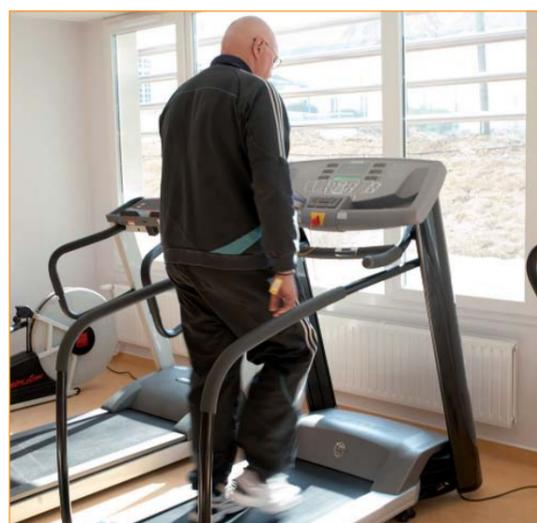
Selon l'article 1^{er} chapitre II du Titre XIV de la NGAP :
Rééducation de tout ou partie d'un membre ou du tronc et d'un ou plusieurs membres.
Lettre clé AMS réservée aux affections orthopédiques et rhumatologiques.

Rééducation pour fracture de cheville et broncho-pneumopathie aiguë au cours d'une même période. = **AMK 8 + AMS 7,5/2**

AMK 8 : Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent.

AMS 7,5 : Rééducation d'un membre et de sa racine. Lettre clé AMS réservée aux affections orthopédiques et rhumatologiques.

NB : Il s'agit du seul cas où s'applique l'article 11 B des dispositions générales (Coefficient le plus élevé à taux plein, le second réduit de 50 %). Durée du traitement environ 45 minutes.



Facturer les actes de masso kinésithérapie

MEMO

Rappel des dispositions générales de la N.G.A.P.

Depuis la loi du 13 août 2004, les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la liste des actes et des prestations (art. L162-1-7 du code de la Sécurité Sociale).

Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement (Article 5)

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, les actes du titre XIV peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute ; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

A défaut, la détermination du nombre de séances nécessaires entre dans le champ de compétences du masseur-kinésithérapeute ainsi que le libre choix des techniques utilisées pour le traitement.

Définition d'une séance

Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute se consacre exclusivement à son patient.

Articles consultables sur Ameli.fr : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP.pdf

Actes multiples au cours d'une même séance

Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manœuvres de massage, des actes de gymnastique médicale ou des techniques de physiothérapie.

Ces cotations ne sont pas cumulables entre elles. A chaque séance s'applique donc une seule cotation.

Une seule dérogation est applicable à la règle de non-cumul des actes au cours d'une même séance lorsque l'état du patient nécessite la conjonction d'un acte de rééducation respiratoire pour un épisode aigu et un acte de rééducation d'une autre nature (Titre XIV - Chapitre II - art. 5 de la NGAP). Dans cette hypothèse, et seulement dans celle-ci, les dispositions de l'article 11B des dispositions générales de la NGAP sont applicables, c'est-à-dire le deuxième acte noté à 50 % de son coefficient.



Frais de déplacement (Article 13-1 des Dispositions générales)

• Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin, le chirurgien-dentiste ou **l'auxiliaire médical intervient dans un établissement** assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, **les frais de déplacement ne peuvent être facturés**, selon les modalités prévues par l'article 13 ci-dessus qu'**une seule fois**.

• Si **vous visitez à domicile plusieurs patients d'une même famille** habitant ensemble, **seul le premier acte donne lieu à l'indemnisation du déplacement à domicile** (IFD et/ou IK).

Lettres clés (Article 2 des Dispositions générales)		Tarifs en € à compter du 15 juillet 2012
AMS	Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par le masseur-kinésithérapeute quel que soit le lieu de réalisation.	2,15 €
AMK	Autres actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade.	2,15 €
AMC	Autres actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement.	2,15 €
Les indemnités de déplacement (1)		Tarifs en € à compter du 31 mars 2006
IFD	L'indemnité forfaitaire de déplacement.	2,50 €
IFO	L'indemnité forfaitaire de déplacement IFO s'applique uniquement à un acte de l'article 1 ^{er} du titre XIV de la NGAP : rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres, cotée AMS 9,5.	4,00 €
IFR	L'indemnité forfaitaire de déplacement IFR s'applique uniquement aux actes de l'article 2 du titre XIV de la NGAP : rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires, cotées AMK 7 et 9.	4,00 €
IFN	L'indemnité forfaitaire de déplacement IFN s'applique uniquement aux actes de l'article 4 du titre XIV de la NGAP : rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires cotées AMK 8 à 11.	4,00 €
IFP	L'indemnité forfaitaire de déplacement IFP s'applique uniquement à un acte de l'article 5 du titre XIV de la NGAP : rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) cotée AMK 8 et 10.	4,00 €
IFS	L'indemnité forfaitaire de déplacement IFS s'applique aux actes liés à la prise en charge des patients après une intervention orthopédique ou traumatologique, pendant une période allant de la date de sortie d'hospitalisation au 35 ^{ème} jour après cette date.	4,00 €
IK	Indemnité kilométrique en plaine.	0,38 €
Les majorations (2)		Tarifs en € à compter du 31 mars 2006
N	Majoration de nuit.	9,15 €
D	Majoration de dimanche.	7,62 €

(1) Les IFO, IFR, IFN, IFP, IFS ne sont pas cumulables entre elles, ni avec l'IFD.

(2) La majoration du dimanche s'applique à compter du samedi 12 heures pour les appels d'urgence.

Nomenclatures : exemples de cotation

Titre XIV – Chapitre II de la NGAP.

Art. 1^{er} : Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques.	Rééducation d'une épaule (syndrome de coiffe des rotateurs).	= AMS 7,5
	Rééducation d'une épaule (syndrome de coiffe des rotateurs) et du rachis pour lombalgies mécaniques.	= AMS 9,5
Lettre clé AMS réservée aux affections orthopédiques et rhumatologiques		
Art. 2 : Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires.	Rééducation d'une épaule (polyarthrite rhumatoïde).	= AMK 7
	Rééducation des deux épaules (polyarthrite rhumatoïde).	= AMK 9
Cotation spécifique pour les affections rhumatismales		
Art. 4 : Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires.	Rééducation de l'hémiplégie.	= AMK 9
	Rééducation d'un patient pour sclérose en plaques (atteinte d'un membre).	= AMK 8
	Rééducation d'un patient pour sclérose en plaques (atteinte de 2 membres et du tronc).	= AMK 10
Ces cotations ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées		
Art. 7 : Rééducation des conséquences des affections vasculaires.	Rééducation d'un patient pour insuffisance veineuse avec œdème des deux jambes et troubles trophiques.	= AMK 7
	Rééducation pour lymphœdème vrai des deux jambes après irradiation d'un cancer du rectum.	= AMK 9
Lymphoedème vrai = après chirurgie et/ou radiothérapie ou lymphoedèmes congénitaux		
Art. 9 : Rééducation de la déambulation du sujet âgé.	Rééducation d'un sujet âgé pour reprise d'autonomie suite à alitement pour pneumopathie.	= AMK 8
	Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie.	= AMK 6
AMK 8 : Situation aiguë et temporaire.		
AMK 6 : Aide au maintien de l'autonomie soit d'emblée soit après la rééducation de la situation aiguë.		



DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

Le nouvel imprimé : ce qui change pour le masseur-kinésithérapeute

Afin de faciliter votre pratique, le formulaire de demande d'accord préalable est désormais commun aux risques « maladie », « maternité » et « accident du travail/maladie professionnelle ».

Concrètement, voici ce qui change pour toute demande d'accord préalable.

1 Indiquer le nombre de séances de rééducation demandées, le code de l'acte et son coefficient.

Pathologies soumises à référentiel HAS

Cocher la case « décision UNCAM » et indiquer uniquement le nombre de séances au-delà du seuil. *

2 Renseigner les conditions de prise en charge du patient, quel que soit le risque couvert.

En cas d'urgence prescrite, la demande d'accord préalable peut être adressée après avoir dispensé l'acte, en portant la mention « acte d'urgence ».

3 Mentionner les informations permettant votre identification ainsi que celle du médecin prescripteur : nom, prénom, raison sociale, adresse, n°AM ou FINESS.

A noter : il n'y a pas lieu de renseigner le n° identifiant qui correspond au n° RPPS.

4 Motiver la demande en indiquant la nature et le siège de la rééducation, et les éléments médicaux justifiant l'acte ou la série d'actes.

Pathologies soumises à référentiel HAS

Un argumentaire médical accompagne la demande d'AP.

The image shows a form titled 'demande d'accord préalable' with 'VOLET A' and 'à adresser au service médical et destiné au service administratif'. It includes fields for 'personne recevant les soins' (nom et prénom, numéro d'immatriculation, date de naissance), 'assuré(e)', 'actes devant être dispensés', 'conditions de prise en charge des actes', 'identification du praticien dispensant les actes', 'identification du prescripteur', and 'avis du médecin conseil'. There are also checkboxes for 'acte urgent', 'acte en rapport avec une ALD', and 'maternité'. A note at the bottom states: '(Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale) DIAD S3108d'.

➔ La demande doit être adressée au service médical de la caisse primaire d'assurance maladie, accompagnée des justificatifs nécessaires.

Pathologies soumises à référentiel

- Avant de commencer le traitement, pour les situations médicales qui nécessitent d'engager une rééducation à titre exceptionnel.
- Pour prolonger les séances au-delà du nombre défini, lorsque l'état de santé du patient le nécessite. Cette demande, réalisée à titre exceptionnel, sera effectuée quelques séances avant d'atteindre le seuil.

Le Bilan diagnostic kinésithérapique ou BDK

Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur.

Le masseur kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.



La Fiche Synthétique Initiale ou FSI

La réalisation et la transmission de la FSI au médecin prescripteur sont obligatoires au début de tout traitement supérieur ou égal à 10 séances, que la prescription médicale soit quantitative ou non.

La Fiche Synthétique Initiale comporte :

- Evaluation initiale des déficiences et incapacités fonctionnelles.
- Diagnostic kinésithérapique.
- Protocole thérapeutique (actes et techniques) dont le nombre de séances en cas de prescription qualitative.

La Fiche Synthétique Finale ou FSF

Elle est obligatoirement réalisée et adressée au médecin prescripteur à la fin du traitement supérieur ou égal à 10 séances.

La Fiche Synthétique Finale comporte :

- Description du déroulement du traitement.
- Résultats obtenus.
- Propositions consécutives dont éventuelle proposition de prolongation du traitement.

Règles de facturation du bilan

La cotation en AMS, AMK ou AMC du bilan est forfaitaire et ne peut être appliquée que pour un nombre de séances égal ou supérieur à 10.

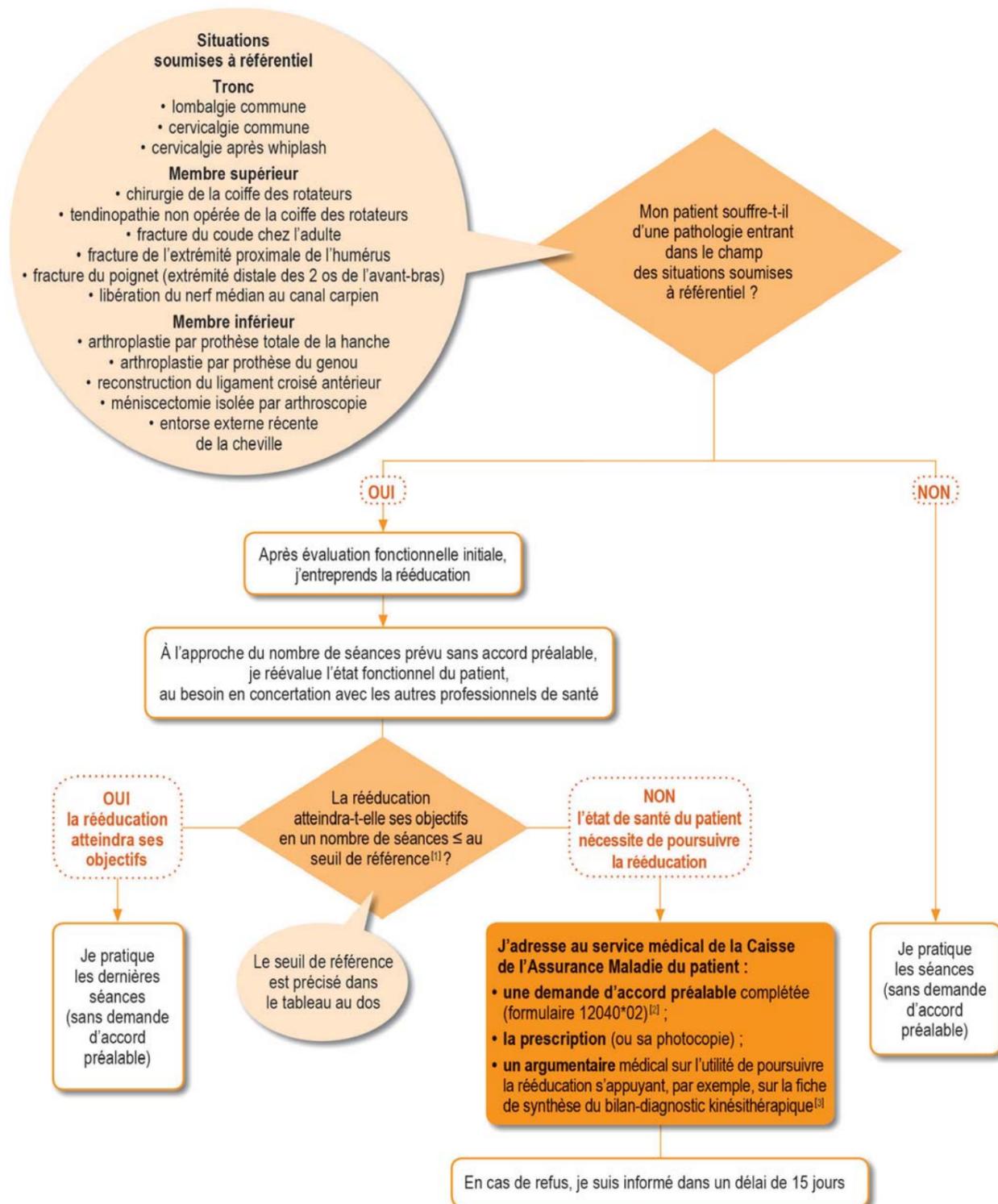
	Prescription initiale		Renouvellement	
	Nombre de séances	Bilan facturable	Nombre de séances	Bilan facturable
Cas général	< à 10	0	< à 20	0
	> ou = à 10	8,1 (AMS/AMK ou AMC) par tranche de 20	> ou = à 20	8,1 (AMS/AMK ou AMC) par tranche de 20
Rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires	< à 10	0	< à 50	0
	> ou = à 10	10,1 (AMK ou AMC) par tranche de 50	> ou = à 50	10,1 (AMK ou AMC) par tranche de 50

La facturation du bilan peut intervenir à n'importe quel moment dès lors qu'il est facturable.

La Demande d'Accord Préalable ou DAP

Depuis le 16 mars 2010, la procédure d'accord préalable a été simplifiée pour les actes de MK pris en charge par l'Assurance Maladie.

Le formulaire de demande d'accord préalable est adressé au service médical accompagné de la prescription avant le début du traitement.
La demande doit comporter l'argumentaire médical expliquant l'utilité de poursuivre la rééducation.



[1] - Il s'agit du seuil de référence fixé dans la nomenclature générale des actes professionnels. Il dépend de la situation de rééducation.

[2] - Disponible et remplissable en ligne, sur ameli.fr

[3] - Bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) ou autre document médical.

Situations de rééducation sous référentiel	Séances réalisables SANS accord préalable	Séances AVEC demande d'accord préalable (à partir du seuil de référence)	
Tronc	Rachis		
	1. lombalgie commune	de 1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16 ^e séance pour une série d'actes
		de 1 à 30 séances sur 12 mois	à partir de la 31 ^e séance sur 12 mois
Membre supérieur	2. cervicalgie commune	de 1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16 ^e séance pour une série d'actes
		de 1 à 30 séances sur 12 mois	à partir de la 31 ^e séance sur 12 mois
	3. cervicalgie post-traumatique (whiplash)	de 1 à 10 séances	à partir de la 11 ^e séance
Membre inférieur	Épaule		
	4. chirurgie de la rupture de la coiffe des rotateurs	de 1 à 50 séances	à partir de 51 ^e séance
	5. tendinopathie non opérée de la coiffe des rotateurs	de 1 à 25 séances	à partir de la 26 ^e séance
	6. fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	de 1 à 30 séances	à partir de la 31 ^e séance
	Coude		
	7. fracture avec ou sans luxation du coude chez l'adulte	de 1 à 30 séances	à partir de la 31 ^e séance
	Poignet		
	8. libération du nerf médian au canal carpien	aucune	dès la première séance
	9. fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	de 1 à 25 séances	à partir de la 26 ^e séance
Hanche			
10. arthroplastie par prothèse totale	de 1 à 15 séances	à partir de la 16 ^e séance	
Genou			
11. arthroplastie par prothèse totale	de 1 à 25 séances	à partir de la 26 ^e séance	
12. reconstruction du ligament croisé antérieur	de 1 à 40 séances	à partir de la 41 ^e séance	
13. ménisectomie isolée par arthroscopie	de 1 à 15 séances	à partir de la 16 ^e séance	
Cheville			
14. entorse externe récente	de 1 à 10 séances	à partir de la 11 ^e séance	

L'argumentaire médical

Il est distinct de la prescription.

Il réunit les éléments médicaux qui justifient la poursuite des soins au-delà du seuil défini :

anamnèse (date éventuelle d'intervention, séjours en SSR, nombre de séances déjà réalisées), bilan de l'état fonctionnel du patient, raisons de la non atteinte des objectifs, utilité de la poursuite de la rééducation.

Ces éléments peuvent provenir du médecin ou du masseur kinésithérapeute.

L'argumentaire médical est joint à la demande d'accord préalable. Il permet au service médical de l'Assurance Maladie de juger de l'utilité de la poursuite du traitement.

