

LA COMMISSION SOCIOPROFESSIONNELLE
REGIONALE DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES
DE RHONE-ALPES
VOUS PROPOSE UN...

GUIDE PRATIQUE DE LA NGAPE EN MASSO-KINESITHERAPIE

Mise à jour
5 février 2016



La commission socioprofessionnelle régionale des masseurs kinésithérapeutes de Rhône-Alpes vous propose un guide pratique de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et de la prescription des masseurs-kinésithérapeutes (MK). Les représentants des MK et de l'Assurance Maladie ont collaboré à l'élaboration de ce document dont l'objectif est de faciliter l'application de la réglementation par les MK libéraux.

Le guide évolue en fonction des nouveautés réglementaires mais aussi des questions et des remarques des professionnels. Merci de nous en faire part...

La dernière mise à jour du guide est en ligne sur les sites Internet des caisses de Rhône-Alpes accessibles sur Ameli.fr > Professionnels de santé > Masseurs-kinésithérapeutes (saisir en haut à gauche le code postal d'un département de Rhône-Alpes) > Votre caisse.

POUR TOUTE QUESTION OU REMARQUE SUR CE DOCUMENT, S'ADRESSER AU SECRÉTARIAT DE LA CSPR DES MK DE RHÔNE-ALPES :

- par mail : CPR@cpam-rhone.cnamts.fr
- par courrier postal :

Service Relations Professionnels de Santé
Secrétariat de la CSPR Masseurs Kinésithérapeutes
276 cours Emile Zola
69619 VILLEURBANNE CEDEX

POUR EN SAVOIR PLUS...

▶ Les rubriques d'information professionnelle de Ameli.fr dédiées aux MK :
Ameli.fr > Professionnels de santé > Masseurs-kinésithérapeutes

▶ La dernière mise à jour de la NGAP :
Ameli.fr > Professionnels de santé > Masseurs-kinésithérapeutes > Exercer au quotidien > NGAP

▶ Les tarifs en vigueur :
Ameli.fr > Professionnels de santé > Masseurs-kinésithérapeutes > Votre convention > Les tarifs conventionnels

▶ La dernière mise à jour de la LPP :
Ameli.fr / Professionnels de santé / Masseurs-kinésithérapeutes / Exercer au quotidien / Liste des produits et prestations (LPP)

▶ La dernière mise en jour du Guide des références juridiques - produits de santé :
Ameli.fr > Professionnels de santé > Masseurs-kinésithérapeutes > Vous former et vous informer > Guide des références juridiques – produits de santé

SOMMAIRE

1. DE LA PRESCRIPTION À LA RÉÉDUCATION

- 1.1. La prescription médicale
 - Qui peut prescrire la rééducation ?
 - Le contenu de l'ordonnance
 - La durée de validité de l'ordonnance
- 1.2. Le bilan-diagnostique kinésithérapique
- 1.3. La fiche de synthèse du BDK
 - Le support et le contenu de la fiche de synthèse
 - Quand le MK adresse-t-il la fiche de synthèse au prescripteur ?
- 1.4. La facturation du BDK

2. LA FACTURATION DES ACTES

- 2.1. Affichage obligatoire dans la salle d'attente
- 2.2. Les actes remboursables
 - Principes généraux
 - Choix de la cotation
 - La balnéothérapie
 - Règle de non-cumul
 - Honoraires remboursables
- 2.3. Les actes non remboursables

3. QUELLE LETTRE-CLÉ UTILISER ?

4. LES FRAIS DE DÉPLACEMENT

- 4.1. Principes généraux
- 4.2. Modalités de facturation

5. LES MAJORATIONS NUIT ET DIMANCHE-JOUR FÉRIÉ

- 5.1. Principes généraux
- 5.2. Modalités de facturation

6. LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

- 6.1. Les situations de rééducation du Titre XIV soumises à accord préalable
- 6.2. Comment évaluer le franchissement du nombre seuil de séances ?
- 6.3. Le contenu de la demande d'accord préalable
- 6.4. A quel moment faire la demande d'accord préalable ?
- 6.5. La formulation de l'avis de la caisse

7. QUELLE DURÉE DE LA SÉANCE ? POUR QUEL NOMBRE DE PATIENTS ?

- 7.1. Traitement individuel
- 7.2. Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients
- 7.3. Traitement de groupe

8. LA PRESCRIPTION DU MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTE

- 8.1. Prescription des dispositifs médicaux
- 8.2. Prescription des substituts nicotiniques

1. DE LA PRESCRIPTION À LA RÉÉDUCATION

1.1 LA PRESCRIPTION MÉDICALE

► Qui peut prescrire la rééducation ?

Le MK effectue les actes de rééducation sur prescription médicale (Code santé publ. Art. L4321-1 et Art. R4321-5).

Les professions médicales qui ont la compétence pour prescrire la rééducation sont les médecins et les dentistes uniquement dans le champ de l'art dentaire. Les sages-femmes ne peuvent pas prescrire les actes des MK y compris les rééducations du postpartum.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le MK est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention (Code santé publ. - Art. L4321-1).



Le MK ne peut pas effectuer de rééducation sans prescription médicale (sauf urgence)

► Le contenu de l'ordonnance

Ce qui est obligatoire pour le remboursement...	<u>Le médecin doit préciser sur son ordonnance :</u> <ul style="list-style-type: none">■ la prescription de la rééducation (l'indication médicale, l'organe cible, la localisation...)■ le cas échéant le rapport de la rééducation avec une ALD exonérante (prescription sur la partie supérieure du bizonne), un AT ou une MP (pour permettre les droits attachés)
Ce qui est facultatif pour le remboursement...	<u>S'il le souhaite, le médecin peut préciser sur son ordonnance :</u> <ul style="list-style-type: none">■ le nombre de séances à réaliser,■ les techniques de rééducation (massages, gymnastique médicale, physiothérapie, balnéothérapie...). Dans ce cas, la prescription du médecin s'impose au MK et le nombre de séances remboursables est celui fixé par le médecin.

La prescription du médecin doit être formulée avec toute la clarté indispensable. Si nécessaire, le médecin peut prendre contact avec le MK ou ajouter un courrier à son ordonnance pour préciser le contexte pathologique, le projet thérapeutique, les objectifs, les difficultés éventuelles...

► La durée de validité de l'ordonnance

La durée de validité d'une ordonnance non utilisée de rééducation n'a pas de limite réglementaire. Cependant, le MK confronté à une ordonnance ancienne non utilisée doit se coordonner autant que de besoin avec le prescripteur.

1.2 LE BILAN-DIAGNOSTIQUE KINÉSITHÉRAPIQUE

Dans le cadre de la prescription médicale, le MK établit le bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) « qui comprend le diagnostic kinésithérapique, les objectifs de soins ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés » (Code santé publ. - Art. R4321-2).



Vous devez établir un BDK pour toute rééducation quel que soit le nombre de séances

Si la prescription médicale ne précise pas le nombre de séances ou les techniques de rééducation (massages, gymnastique médicale, physiothérapie, balnéothérapie...), c'est le MK qui le fait suite à son bilan. Dans ce cas, le nombre de séances remboursables est celui fixé par le MK (Titre XIV de la NGAP, Chapitre 6 de la circulaire CNAMTS 37/2001).

1.3 LA FICHE DE SYNTHÈSE DU BDK : UN INSTRUMENT DE COORDINATION MK - MÉDECIN

Le MK communique autant que de besoin avec le médecin (Code santé publ. - Art. R4321-2) notamment au travers de la fiche de synthèse du BDK.

► **Le support et le contenu de la fiche de synthèse**


Les partenaires conventionnels ont proposé un modèle de fiche de synthèse du BDK.

La fiche de synthèse initiale comporte notamment le nombre et le rythme des séances prescrits (prescription précise) ou préconisés par le MK (prescription imprécise).

► **Quand le MK adresse-t-il une fiche de synthèse au prescripteur ?**

Le MK adresse une fiche de synthèse du BDK au prescripteur :

- obligatoirement au terme de tout traitement ≥ 10 séances (code santé publ.-Art.R4321-2, avenant n°1 à la convention, NGAP),
- autant que de besoin : nécessité de concertation, fait nouveau, complication, nécessité d'une prolongation...

 **L'envoi de la fiche de synthèse du BDK au médecin prescripteur est obligatoire au terme d'un traitement d'au moins 10 séances**

► *Le médecin a prescrit « 10 séances de rééducation de l'épaule droite ». Vers la fin de la série de séances, je constate une NCB associée à la tendinopathie de l'épaule justifiant une rééducation. Que dois-je faire ?*


Vous devez vous concerter avec le médecin en lui adressant la fiche de synthèse du BDK.

1.4 LA FACTURATION DU BDK

Référentiels : NGAP, Circulaire CNAMTS 37/2001

Le BDK n'est remboursable qu'en cas de rééducation du Titre XIV.

La cotation du BDK est cumulable à taux plein avec celle de la rééducation et ne nécessite pas de prescription spécifique. Dès lors qu'il est facturable, le BDK peut être facturé dès le début d'un traitement. Voir ci-dessous les modalités de rémunération. Utiliser la lettre-clé correspondant à la rééducation.

 **Attention : le BDK est à différencier du « Bilan ostéoarticulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non » et du « Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques » réalisés sur prescription et facturables en absence de rééducation (NGAP - Titre XIV – Chapitre I – Section 1).**

Modalités de rémunération du BDK

Désignation de l'acte	Cotation
La cotation en AMS, AMK ou AMC du bilan est forfaitaire. Elle ne peut être appliquée que pour un nombre de séances égal ou supérieur à 10.	
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 20, puis de nouveau toutes les 20 séances pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous.	AMS, AMK ou AMC 8,1
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 50, puis de nouveau toutes les 50 séances pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires.	AMK ou AMC 10,1



La facturation du BDK initial est possible dans deux situations :

- la prescription médicale précise un nombre de séances d'au moins 10 séances
- la prescription ne précise pas le nombre de séances et le MK prévoit au moins 10 séances dans son BDK

Ce même si les séances ne sont pas toutes réalisées et même en cas de refus de demande d'accord préalable (paragraphe 11.7.3 de la Circulaire CNAMTS 37/2001)

► *Un pneumologue prescrit 2 séances/jour pendant 7 jours de rééducation respiratoire (désencombrement urgent), puis-je facturer le BDK ?*

Oui, car le nombre de séances est compris entre 10 et 20 séances.

► *Je prends en charge un patient récemment opéré d'un LCA qui se présente avec une prescription de 20 séances, que dois-je faire ?*

Vous élaborez le BDK que vous pouvez facturer immédiatement (AMS 8,1).

Vers la fin de la série de 20 séances, je préconise une prolongation de 20 séances, que dois-je faire ?

Vous adressez la fiche de synthèse du BDK au médecin proposant une prolongation.

Le médecin prescrit une prolongation en accord avec vos préconisations.

Vous poursuivez la rééducation.

► *Le médecin a prescrit de la rééducation sans préciser le nombre de séances. Vous arrivez au bout du nombre de séances que vous avez préconisé dans votre BDK initial. Une nouvelle prescription est-elle nécessaire ?*

Oui, vous devez transmettre une fiche de synthèse du BDK au médecin qui, en cas d'accord avec vos préconisations de prolongation, fera une nouvelle prescription.

► *La caisse a fait un refus à ma demande d'accord préalable suite à une prescription médicale de 10 séances de rééducation après libération du nerf médian au canal carpien, puis-je quand même facturer le BDK ?*

Oui, vous pouvez facturer le BDK.

Sommaire

2. LA FACTURATION DES ACTES

D'une manière générale, « le MK répond à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires et ne peut refuser un acquit des sommes perçues » (Code santé publ.- Art. R4321-98).

2.1 AFFICHAGE OBLIGATOIRE DANS LA SALLE D'ATTENTE

Le MK doit afficher dans sa salle d'attente :

- les tarifs des honoraires et les tarifs de remboursement par l'assurance maladie d'« au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées » (Code santé publ. - Art. R1111-21),

- pour les MK conventionnés, la mention :

« Votre professionnel de santé pratique des honoraires conformes aux tarifs de l'assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent être dépassés, sauf en cas d'exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu des actes pratiqués.

Si votre professionnel de santé vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans le cas prévu ci-dessus où votre professionnel de santé peut déterminer librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, il en détermine le montant avec tact et mesure » (Code santé publ. - Art. R1111-24),

- un modèle de mentions légales en cas de système informatique destiné à gérer les dossiers des patients, à facturer les actes et à transmettre les feuilles de soins aux caisses (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée).

2.2 LES ACTES REMBOURSABLES

Le référentiel est la NGAP.

► Principes généraux

Seuls peuvent être pris en charge par la caisse les actes inscrits à la NGAP effectués personnellement par le MK sous réserve que :

- le MK qui les exécute soit en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de sa profession,
- que les actes aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite et qu'ils soient de sa compétence.

En conséquence, ne sont pas remboursables :

- les actes non inscrits à la NGAP,
- les actes inscrits à la NGAP mais hors conditions de la NGAP (exemple : rééducation pour insuffisance veineuse sans trouble trophique ni retentissement articulaire),
- les actes hors compétence,
- les actes de rééducation non prescrits,
- les actes non conformes aux données actuelles de la science,
- les actes non effectués...



Les techniques non conformes aux données actuelles de la science ne sont pas remboursables. Ainsi, la kinésiologie, la microkinésithérapie, la biokinergie et la fasciathérapie ne sont pas prises en charge (suivre les liens vers les différents avis du Conseil national de l'ordre des MK).

► *J'ai une prescription pour réadaptation à l'effort d'un patient porteur d'une BPCO, quelle cotation ?*
La réhabilitation respiratoire n'est pas remboursable car cet acte ne figure pas à la NGAP (la cotation d'une rééducation des membres n'est pas possible dans cette indication...). Il y a une exception : la « réadaptation à l'effort » et « l'apprentissage de l'aérosolthérapie, des méthodes d'autodrainage bronchique, des signes d'alertes respiratoires » dans le cadre de la rééducation de la mucoviscidose (NGAP - Titre XIV - Chapitre II - Art. 5).

► *J'ai une prescription pour réadaptation à l'effort d'un patient porteur d'une affection cardiaque, quelle cotation ?*

La réadaptation d'une affection cardiaque ne figure pas à la NGAP.

► **Choix de la cotation**

Le MK choisit la cotation de l'acte dont le libellé exact de la NGAP correspond au contenu de la rééducation effectuée conformément à la prescription médicale et au BDK.

Le montant des lettres-clés AMS, AMK et AMC est de 2,15€.

► **Le drainage lymphatique**

Le drainage lymphatique manuel (DLM) n'est remboursable que dans trois situations (NGAP - Titre XIV - Chapitre II - Art. 7) :

- le « lymphoedème vrai (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphoedèmes congénitaux) »,
- l'insuffisance veineuse des membres inférieurs, à condition qu'il y ait un « retentissement articulaire et/ou des troubles trophiques »,
- lymphoedème du membre supérieur après traitement du cancer du sein (voir conditions au Titre XIV - Chapitre II - Art. 7).

En cas de bandage multicouche, un supplément peut être cumulé, à taux plein, sauf avec la cotation AMK 15,5.

En dehors de ces 3 indications, le DLM n'est pas remboursable : lourdeurs de jambes, indication de confort, esthétique...

► **Rééducation d'une lombosciatique**

La rééducation d'une lombosciatique ne peut être cotée AMS 9,5 (rééducation du rachis et du membre inférieur) qu'en cas de déficit moteur du membre inférieur associé. Dans le cas contraire, la cotation est AMS 7,5 (Titre XIV - Chapitre II - Art. 1).

► **Rééducation à la marche de la personne âgée**

La rééducation à la déambulation du sujet âgé doit être cotée (NGAP - Titre XIV - Chapitre II - Art. 9) :

- AMK 6 pour une rééducation de maintien de la marche chez un malade capable de tenir la position verticale (séance de l'ordre de 20 mn) ;
- AMK 8 pour une rééducation de reprise de la marche ou d'amélioration d'une marche précaire ; il s'agit d'une rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination (séance de l'ordre de 30 mn) ; cette prise en charge peut si nécessaire être prolongée par une rééducation de maintien de la marche AMK 6.

Ces 2 cotations sont utilisées en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique (exemple : hémiplegie → AMK 9).

La cotation AMS 9,5 (rééducation des deux membres inférieurs) ne peut être utilisée qu'en cas de pathologie des membres justifiant une rééducation spécifique (exemple : gonarthrose bilatérale).

► **Soins palliatifs (AMK 12)**

« La prise en charge en soins palliatifs est définie comme la prise en charge d'un patient ayant une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Elle vise à soulager la douleur et l'ensemble des symptômes digestifs, respiratoires, neurologiques et autres, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » (NGAP - Dispositions générales - Art. 23.2).

Le MK effectue « les actes nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique...) ».

La cotation AMK/AMC 12 est « journalière forfaitaire quel que soit le nombre d'interventions » (NGAP - Titre XIV - Chapitre II - Art. 11).

▶ La balnéothérapie

Les actes de rééducation du Titre XIV réalisés en balnéothérapie donnent lieu à un supplément selon la taille du bain :

- en bassin (dimensions minimales : 2 m x 1,80 m x 0,60 m) : AMS, AMK ou AMC 1,2.
- en piscine (dimensions minimales : 2 m x 3 m x 1,10 m) : AMS, AMK ou AMC 2,2.

Si la balnéothérapie est indiquée, le MK est libre de la mettre en œuvre sans prescription spécifique et de facturer le supplément (sauf indication contraire du médecin qui peut interdire ou bien imposer l'utilisation d'une technique) (Paragraphe 6 de la Circulaire CNAMTS 37/2001).

▶ Règle de non-cumul

Les cotations du Titre XIV ne sont pas cumulables entre elles. À chaque séance s'applique donc une seule cotation (NGAP - Préambule du Titre XIV).

Une exception : la « rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique) » peut être cumulée avec un acte de rééducation d'une autre nature, le 2ème acte à 50%. Le caractère urgent doit être prescrit.

▶ *J'ai une prescription de rééducation respiratoire avec désencombrement urgent (exacerbation de BPCO) chez un patient hémiparétique dont j'assure la rééducation, puis-je cumuler les deux cotations ?*
Oui, le cumul est possible, le 2ème acte à 50% (AMK/AMC 9 + 8/2).

▶ Les honoraires remboursables

Le MK facture les soins remboursables selon la réglementation, la tarification en vigueur...

FEUILLE DE SOINS

Les honoraires remboursables ainsi que l'éventuel dépassement exceptionnel (DE) doivent figure sur la feuille de soins (Convention nationale des MK).

De plus, il faut mentionner sur la feuille de soins si les actes :

- sont prescrits en rapport avec une affection longue durée exonérante (ALD 30, Hors liste ou Polypathologie invalidante),
- sont prescrits en rapport avec un accident de travail (AT) ou une maladie professionnelle (MP),
- relèvent de l'assurance maladie ou l'assurance maternité.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

La convention interdit tout dépassement d'honoraires à l'occasion d'actes remboursables. Une exception : le dépassement exceptionnel (DE) pour « circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade, telles que soins donnés à heure fixe ou en dehors de l'horaire normal d'activité du MK, déplacement anormal imposé au MK à la suite du choix par le malade d'un MK éloigné de sa résidence, etc. » (Convention nationale des MK).

Le DE ne peut pas être utilisé pour d'autres motifs que ceux prévus par la convention notamment pour une expertise particulière du MK, la nature des soins, la durée de la séance...

Le DE doit être fixé avec « tact et mesure ». Le DE n'est pas remboursable mais doit figurer sur la feuille de soins (Convention nationale des MK).

Le MK « remet au patient une information écrite préalable dès lors que, lorsqu'ils comportent un dépassement, les honoraires totaux des actes et prestations facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 € » (Arrêté du 2/10/2008).



Le dépassement d'honoraires est interdit lors de la facturation d'un acte remboursable (sauf le DE)

TIERS PAYANT

Quelles sont les situations légales de tiers payant en masso-kinésithérapie ?

Soins en lien avec un AT ou une MP Bénéficiaires de la CMUC, de l'aide médicale d'état, de l'aide à la complémentaire santé ayant souscrit une complémentaire sur la liste	Tiers payant intégral obligatoire
Bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé sans complémentaire ou ayant souscrit une complémentaire en dehors de la liste	Tiers payant possible : - sur la part remboursée par l'assurance maladie - sur la part complémentaire si le MK a passé une convention avec la mutuelle
« Cas exceptionnels justifiés par des situations sociales particulières » « à l'occasion d'un traitement de longue durée dont le coût total est au moins égal à 30 AMK »	Tiers payant possible (<u>Convention nationale des MK du 3 avril 2007</u>)
Soins en lien avec une ALD exonérante (ALD 30, hors liste, polyopathie invalidante) Assurance maternité	Tiers payant intégral : - possible à compter du 1er juillet 2016 - obligatoire à compter du 31 décembre 2016 (<u>Loi du 26 janvier 2016</u>)
Les autres situations de rééducation	Tiers payant pour la part remboursée par l'assurance maladie (hors part complémentaire) : - possible à compter du 1er janvier 2017 - obligatoire à compter du 30 novembre 2017 (<u>Loi du 26 janvier 2016</u>)

Pour plus d'information, se reporter à la rubrique « Feuilles de soins : tiers payant » de Ameli.fr

ASSURANCE MATERNITÉ

Les actes des MK réalisés au titre de l'assurance maternité sont pris en charge à 100%.
Sur la feuille de soins, le MK coche la case « maternité » et précise la date présumée de début de grossesse ou la date d'accouchement (si l'enfant est né).

Quelles sont les situations de rééducation prises en charge au titre de l'assurance maternité ?

Tous les actes remboursables des MK en rapport ou non avec la grossesse	réalisés du 1er jour du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après la date de l'accouchement (1)
Rééducation abdominale du post-partum (2)	réalisée à compter de l'examen postnatal (3)
Rééducation périnéo-sphinctérienne du post-partum (rééducation active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback) (2)	réalisée à compter du 90ème jour après l'accouchement (4)

(1) Les dates d'exonération figurent sur la carte vitale et sur l'attestation des droits de maternité

(2) L'arrêté du 23/12/2004 autorise la prise en charge au titre de l'assurance maternité si le 1er jour du 6ème mois de la grossesse est dépassé au 1er janvier 2005. Il n'y a pas de limite réglementaire pour le délai après l'accouchement.

La prescription de la rééducation doit mentionner le lien avec la grossesse.

(3) Le MK ne peut réaliser la rééducation abdominale du post-partum qu'après l'examen postnatal (Code santé publ.- Art.R4321-5). L'examen postnatal doit être effectué par le médecin dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement (Code santé publ. art. R2122-3).

(4) Le MK ne peut réaliser la rééducation périnéale du post-partum qu'au-delà du 90ème après l'accouchement (Code santé publ.- Art. R4321-5).

2.3 LES ACTES NON REMBOURSABLES

Le MK peut réaliser des actes hors nomenclature (HN) sous réserve notamment qu'ils soient de sa compétence (fixée par le Code santé publ. - Art. R4321-1 et suivants) et « fondés sur les données actuelles de la science » (Code santé publ. – Art. R4321-80). Ces actes ne sont pas remboursables. Les honoraires non remboursables doivent être fixés avec « tact et mesure » (Code santé publ. - Art. R4321-98).

Le MK doit faire un devis préalable, obtenir l'accord du patient et établir une facturation.

Les honoraires non remboursables ne doivent pas figurer sur la feuille de soins (Convention nationale des MK).

[Sommaire](#)

3. QUELLE LETTRE-CLÉ UTILISER ?

La NGAP fixe les conditions d'utilisation de la lettre-clé (AMS, AMK ou AMC) selon les modalités ci-dessous.

Le montant des lettres-clés AMS, AMK et AMC est de 2,15€.

Nature des actes	Lieu de réalisation des actes	Lettre-clé à utiliser
NGAP - Titre XIV - Chapitre II - Art. 1 (« Rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques »)	Dans n'importe quel lieu de réalisation (cabinet, domicile, structure de soins, établissement...)	AMS
Tous les autres actes de la NGAP des MK	Au cabinet ou au domicile du malade (la notion de domicile est étendue au foyer logement et à la maison de retraite)	AMK
	Dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le patient y a élu domicile (EHPAD...) Dans un cabinet installé dans un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé	AMC

► *J'effectue une rééducation de l'épaule pour périarthrite scapulo-humérale en EHPAD, quelle lettre-clé ?*

AMS

► *J'effectue une rééducation à la déambulation de la personne âgée en EHPAD, quelle lettre-clé ?*

AMC

► *J'effectue une rééducation des épaules dans le cadre d'une polyarthrite rhumatoïde au cabinet, quelle lettre-clé ?*

AMK

[Sommaire](#)

4. LES FRAIS DE DÉPLACEMENT

La NGAP fixe les conditions de remboursement des frais de déplacement.

4.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

Les frais de déplacement s'appliquent pour les actes remboursables réalisés :

- au domicile du malade,
- en établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par le code de l'action sociale et des familles (foyer logement, EHPAD...).

Si les soins concernent plusieurs malades dans un même lieu, les frais de déplacement ne doivent être facturés qu'à un seul des patients soignés (exemple : rééducation de plusieurs patient dans un même domicile ou dans un même EHPAD).

4.2 MODALITÉS DE FACTURATION

Les frais de déplacement comprennent l'indemnité forfaitaire de déplacement (IF) associée le cas échéant à une indemnité kilométrique (IK) selon les modalités au tableau 1.

L'indemnité forfaitaire dépend de la rééducation effectuée (Convention nationale des MK) (tableau 2). Les indemnités forfaitaires ne sont pas cumulables entre elles.

L'indemnité kilométrique ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au MKL dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade sauf lorsque les déplacements sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile (PRADO) (NGAP – Dispositions générales – Art. 13C 2°).

TABLEAU 1
Principes de facturation des frais de déplacement

La résidence du patient et le domicile professionnel...	Le MK facture...
sont dans la même agglomération (1) quelle que soit la distance	indemnité forfaitaire seule pas d'indemnité kilométrique
ne sont pas dans la même agglomération (1) et sont distants de moins de 2 km en plaine ou de moins de 1 km en montagne (2)	
ne sont pas dans la même agglomération (1) et sont distants de plus de 2 km en plaine ou plus de 1 km en montagne (2)	indemnité forfaitaire + indemnité kilométrique = 1 IK/km après déduction de 4 km aller-retour en plaine et 2 km aller-retour en montagne (2)

(1) La liste des communes urbaines (agglomération) et rurales (hors agglomération) peut être téléchargée sur le site Internet de l'INSEE (feuillelet « Composition communale » du fichier « base des unités urbaines 2010 »).

(2) Le zonage plaine / montagne est déterminé par l'adresse professionnelle. Votre zone IK figure dans la case IK du pavé d'identification sur vos feuilles de soins : facturer des IK plaine si vous avez un 1 dans la case IK, facturer des IK montagne si vous avez un 2.

TABLEAU 2
Choix de l'indemnité forfaitaire

Nature de la rééducation réalisée à domicile	Indemnité forfaitaire	Lettres-clés compatibles
« Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres » (Titre XIV, Chapitre II, Art. 1)	IFO	AMS 9,5
« Rééducations des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires » (Titre XIV, Chapitre II, Art. 2)	IFR	AMK ou AMC
« Rééducations des conséquences d'affections neurologiques et musculaires » (Titre XIV, Chapitre II, Art. 4)	IFN	
« Rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) » et « Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose » (Titre XIV, Chapitre II, Art. 5)	IFP	
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 35e jour après cette date.	IFS	AMS (plus rarement AMK ou AMC...)
Tous les autres actes de MK	IFD	AMS, AMK ou AMC

TARIFS DES INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT

IFD	2,50€
IFO, IFR, IFN, IFP, IFS	4,00€
IK plaine	0,38 €
IK montagne	0,61 €
IK à pied ou à ski	3,35 €

► *Je me déplace pour deux patients dans un foyer-logement 6 km aller-retour à l'intérieur d'une agglomération, quelle facturation ?*

- Patient n°1 : rééducation d'une hémiplégie → 1 AMK 9 + 1 IFN (pas d'IK)
- Patient n°2 : rééducation d'une PTH → 1 AMS 7,5 (pas d'IFD ni IK)

► *Je me déplace au domicile d'un patient 6 km aller-retour hors agglomération en plaine pour rééducation d'une mucoviscidose, quelle facturation ?*

AMK 10 + 1 IFP + 2 IK

► *Je me déplace pour convenance personnelle du patient à son domicile 6 km aller-retour pour rééducation de l'épaule, quelle facturation ?*

1 AMS 7,5

Pas d'IF ni IK, dépassement exceptionnel possible (DE)

Sommaire

5. LES MAJORATIONS NUIT ET DIMANCHE - JOUR FÉRIÉ

La NGAP (Dispositions générales - art. 14 et préambule du Titre XIV) fixe les conditions de remboursement des majorations nuit et dimanche - jour férié.

5.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

Les majorations nuit et dimanche - jour férié :

- s'appliquent dans les conditions horaires ci-dessous,
- ne peuvent être facturées qu'à l'occasion d'actes remboursables,
- sont cumulables avec :
 - les honoraires des actes de rééducation,
 - les éventuels frais de déplacement (indemnités forfaitaires et kilométriques),
- ne sont pas cumulables entre elles.

TARIFS DES MAJORATIONS

Majoration de nuit	9,15 €
Majoration de dimanche et jour férié	7,62 €

5.2 CONDITIONS HORAIRES

Majoration nuit	Actes réalisés entre 20h et 8h En cas d'urgence, l'appel doit intervenir après 19h et avant 7h
Majoration dimanche et jour férié	Actes réalisés le dimanche et les jours fériés entre 8h et 20h Actes réalisés le samedi entre 12h et 20h (seulement pour les urgences)

► *Je reçois un appel des parents à 19h15 pour rééducation respiratoire urgente d'une bronchiolite, séance effectuée à 20h15*
Majoration nuit remboursable

► *Je reçois un appel des parents à 17h15 pour rééducation respiratoire urgente d'une bronchiolite, séance effectuée à 20h15*
Majoration nuit non remboursable

► *J'effectue une rééducation au long cours d'une mucoviscidose avec prescription de séances strictement quotidiennes*
La majoration dimanche est remboursable pour les séances réalisées le dimanche et les jours fériés et mais n'est pas remboursable le samedi après-midi (sauf urgence due à une aggravation)

► *J'effectue une rééducation de l'épaule à 20h00, horaire justifié par les horaires de travail du patient*
Majoration nuit non remboursable mais le dépassement exceptionnel (DE) est possible (exigence particulière du malade)

Sommaire

6. LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

Dans certaines situations, la NGAP conditionne la prise en charge de la rééducation à la formalité de l'accord préalable.

6.1 LES 14 SITUATIONS DE RÉÉDUCATION DU TITRE XIV SOUMISES À ACCORD PRÉALABLE

Le chapitre V du Titre XIV de la NGAP prévoit 14 situations de rééducation soumises à référentiel pour lesquelles il existe un nombre de séances au-delà duquel l'accord préalable est nécessaire. C'est la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a validé ces seuils au-delà desquels une rééducation est exceptionnellement nécessaire.

Seules les séances à effectuer au-delà du seuil sont soumises à accord préalable,

L'obligation d'accord préalable concerne tous les risques (maladie, AT/MP...).

Il est inutile de faire une demande d'accord préalable pour des séances qui ont déjà fait l'objet d'un accord, y compris si la demande a été faite par un autre MK.

LES SITUATIONS DE RÉÉDUCATION SOUMISES À RÉFÉRENTIEL (NGAP – TITRE XIV – CHAPITRE V)

	Rééducation	Traitement habituel	Nécessité d'un accord préalable
Rachis	Prise en charge d'une lombalgie commune (1)	1 à 15 séances pour une série d'actes (2)	à partir de la 16e séance à partir de la 31e séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents (3)
	Cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique (4)	1 à 15 séances pour une série d'actes (2)	à partir de la 16e séance à partir de la 31e séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ont été prises en charge dans les 12 mois précédents (3)
	Traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	1 à 10 séances	à partir de la 11ème séance
Membre supérieur	Tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	1 à 25 séances	à partir de la 26ème séance
	Réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	1 à 50 séances	à partir de la 51e séance post-opératoire
	Fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	1 à 30 séances	à partir de la 31ème séance
	Fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	1 à 30 séances pour une série d'actes (2)	à partir de la 31ème séance
	Fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	1 à 25 séances	à partir de la 26ème séance
	Libération du nerf médian au canal carpien	aucune rééducation	à partir de la 1ère séance post-opératoire

Membre inférieur	Arthroplastie de hanche par prothèse totale	1 à 15 séances	à partir de la 16e séance post-opératoire
	Arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartmentaire	1 à 25 séances	à partir de la 26e séance post-opératoire
	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	1 à 40 séances	à partir de la 41e séance post-opératoire
	Ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	1 à 15 séances	à partir de la 16e séance post-opératoire
	Entorse externe récente de cheville-pied (5)	1 à 10 séances	à partir de la 11e séance

(1) *La lombalgie commune correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse. Sont incluses les formes aussi bien isolées (1er épisode...) que récidivantes ou chroniques. Sont exclues les lombalgies avec radiculalgie et les pathologies rachidiennes compliquées (ostéoporose avec tassement, canal lombaire étroit avec complications neurologiques, etc.) (HAS mai 2005 Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune, HAS mars 2011 Réponse à la saisine de la CNAMTS Référentiel concernant la rééducation en cas de lombalgie commune).*

(2) *On appelle « série d'actes » une succession de séances avec continuité dans le temps, le nombre de prescriptions n'a pas d'incidence. Voir les exemples ci-dessous.*

(3) *Ce sont les dates de réalisation des séances qu'il faut considérer pour évaluer le franchissement des 30 séances en 12 mois.*

(4) *Cervicalgies sans atteinte neurologique et sans rapport avec une affection précise impliquant une cause et une évolutivité particulière justiciable d'un traitement spécifique. Sont ainsi exclues les cervicalgies avec trouble neurologique (névralgie cervico-brachiale...) et les cervicalgies secondaires à un traumatisme (coup du lapin, fracture...), une pathologie spécifique (tumeur, infection, inflammation...) ou compliquée (myélopathie cervicarthrosique...) (HAS mai 2003 Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup du lapin » ou whiplash, HAS mars 2013 Décision portant sur le nombre de séances de masso-kinésithérapie pour rééducation en cas de cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique).*

(5) *Entorse externe récente = moins de 3 mois.*



Les dispositions prévoyant une demande d'accord préalable si la rééducation dépasse 30 séances dans les 12 mois précédents ont été supprimées en 2012 (l'obligation persiste pour la « lombalgie commune » et la « cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique »)

► *J'ai une prescription de 20 séances pour une spondylarthrite ankylosante (SA) après 20 séances déjà réalisées dans l'année, dois-je faire une DAP ?*

Non, pas de demande d'accord préalable car nous ne sommes pas dans une des situations soumises à référentiel du chapitre V du Titre XIV (SA = pathologie inflammatoire) et la demande d'accord préalable n'est plus nécessaire au-delà de 30 séances dans les 12 mois précédents.

► *Un nouveau patient se présente avec une prescription pour rééducation après libération du nerf médian au canal carpien, mon BDK confirme l'indication (inflammation), dois-je faire une demande d'accord préalable ?*

Oui, la demande d'accord préalable est nécessaire dès la première séance post-opératoire après libération du nerf médian au canal carpien. Il faut motiver votre demande par l'argumentaire médical joint à la demande d'accord préalable.

► *Je viens de terminer une série de 15 séances de rééducation pour « lombalgie commune », le patient présente une prescription de prolongation de 5 séances qui m'apparaissent nécessaires, dois-je faire une DAP ?*

Oui car il s'agit d'une série de plus de 15 actes (continuité dans le temps).

► *Un patient présente une prescription de 10 séances de rééducation pour « lombalgie commune ». Il y a 6 mois, j'ai réalisé une première série de 10 séances pour cette lombalgie. Dois-je faire une DAP ?*
Non, car il s'agit de deux séries d'actes (pas de continuité dans le temps). Par contre, la DAP serait nécessaire si le nombre total de séances dépassait 30 dans les 12 mois précédents.

6.2 COMMENT ÉVALUER LE FRANCHISSEMENT DU NOMBRE SEUIL DE SÉANCES ?

Pour évaluer le franchissement du nombre seuil de séances au-delà duquel la demande d'accord préalable est nécessaire :

- le MK inclue :
 - les séances à effectuer dans l'indication concernée,
 - les séances effectuées dans l'indication concernée, y compris par un autre MK.
- le MK exclue :
 - les séances dans une autre indication,
 - dans les situations chirurgicales :
 - les séances pré-opératoires,
 - les séances effectuées en post-opératoire dans le service de chirurgie et en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

► *Je réalise la rééducation d'un patient opéré d'une plastie du LCA, ce patient a bénéficié de rééducation du genou avant l'intervention puis en post-opératoire à l'hôpital, quelles séances dois-je comptabiliser pour évaluer le franchissement du seuil de 40 séances ?*


Il ne faut comptabiliser que les séances post-opératoires effectuées en ambulatoire pour évaluer le franchissement du seuil de 40 séances, Les séances pré-opératoires, les séances post-opératoires effectuées en SSR ou dans le service de chirurgie et les séances effectuées dans une autre indication sont exclues.

6.3 LE CONTENU DE LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

Dans les situations de rééducation soumises à référentiel du Titre XIV, la demande d'accord préalable comporte obligatoirement trois documents :

- le formulaire de demande d'accord préalable,
- la prescription du médecin,
- un argumentaire médical.

Ces documents sont envoyés au Service médical par le MK.

 **Attention : l'argumentaire médical rédigé par le MK est obligatoire. S'il n'est pas associé à la demande d'accord préalable et à la prescription, la caisse peut notifier un refus**

 **L'argumentaire médical peut être la fiche de synthèse du BDK ou tout autre support**

Nature du document	Support	Contenu
<p>Demande d'accord préalable (le rédacteur est le MK)</p>	<p><u>Formulaire cerfatisé</u> (peut être téléchargé sur Ameli.fr ou commandé auprès de la caisse)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans la rubrique « actes devant être dispensés », préciser : <ul style="list-style-type: none"> - nombre de séances soumises à accord préalable - cotation (lettre-clé et coefficient) - cocher « actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale » dans les situations de rééducation soumises à référentiel du Titre XIV ▪ Dans la rubrique « conditions de prise en charge », préciser le cas échéant le caractère urgent, la réalisation des actes à domicile, une maternité, le lien avec une ALD ou un AT/MP... ▪ Sur le volet B dans la rubrique « IMPORTANT – le praticien dispensant l'acte doit indiquer les éléments médicaux justifiant l'acte ou la série d'actes », préciser : nature et motifs de la rééducation
<p>Argumentaire médical (le rédacteur est le MK)</p>	<p>Fiche de synthèse du BDK ou tout autre support</p>	<p>Principaux points à mentionner :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la date de l'intervention ou du traumatisme ▪ le nombre de séances déjà effectuées en ambulatoire ▪ les incapacités fonctionnelles traduisant la non atteinte des objectifs initiaux ▪ les raisons de non atteinte des objectifs ▪ le bénéfice attendu à poursuivre la rééducation ▪ le nombre de séances demandé...
<p>Prescription médicale de la rééducation (le rédacteur est le médecin)</p>	<p>Ordonnance simple ou bizone (pour les rééducations en lien avec une ALD exonérante)</p>	<p>cf. rubrique « prescription médicale »</p>

6.4 A QUEL MOMENT FAIRE LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE ?

Le MK doit faire la demande d'accord préalable avant l'exécution des actes soumis à accord préalable et peut commencer les séances passé un délai de 15 jours sans réponse de la caisse. En effet, le silence de la caisse dans les 15 jours suivant la date de réception de la demande d'accord préalable par le Service médical vaut accord. Par contre, les séances sous le seuil peuvent être exécutées sans attendre.

En cas d'urgence manifeste (prescrite par le médecin ou constatée par le MK) : la rééducation peut être débutée sans attendre mais la demande d'accord préalable doit néanmoins être faite en portant la mention « acte d'urgence ».

6.5 LA FORMULATION DE L'AVIS DE LA CAISSE

- **En cas d'accord** : aucun courrier n'est adressé par la caisse. En effet, le silence de la caisse dans les 15 jours suivant la date de réception de la demande d'accord préalable par le Service médical vaut accord.
- **En cas de refus** : l'avis est notifié au patient, le MK et le médecin sont informés. Les voies de recours sont indiquées sur la notification, le recours est gratuit.
 - Si le refus intervient dans le délai de 15 jours, l'ensemble des séances soumises à accord préalable ne sont pas remboursables.
 - Si le refus intervient après le délai de 15 jours, seules les séances réalisées postérieurement au refus ne sont pas prises en charge (NGAP – Dispositions générales – Art. 7C).

Sommaire

7. QUELLE DURÉE DE LA SÉANCE ? POUR QUEL NOMBRE DE PATIENTS ?

Le remboursement des actes du Titre XIV de la NGAP est soumis au respect de conditions de durée de séance. Le préambule du Titre XIV prévoit trois situations selon le nombre de patients pris en charge. Les durées réglementaires ne concernent que la prise en charge directe par le MK (la seule qui est facturée) et non l'autorééducation.

7.1 TRAITEMENT INDIVIDUEL

Le MK prend en charge un seul patient auquel il doit se consacrer exclusivement.

La durée de la séance est « de l'ordre de 30 minutes » sauf trois exceptions :

- « Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique) » dont la durée de la séance est adaptée en fonction de la situation clinique,
- « Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes) »,
- « Rééducation pour un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphœdème » dont la durée de la séance est de l'ordre de 60 minutes.

7.2 TRAITEMENTS CONDUITS EN PARALLÈLE DE PLUSIEURS PATIENTS SÉPARÉS

Le MK prend en charge séparément plusieurs patients.

Le nombre de patients ne peut excéder trois.

Le temps consacré individuellement à chaque patient doit être de l'ordre de 30 minutes, par période continue ou fractionnée.

7.3 TRAITEMENT DE GROUPE

Le MK prend en charge plusieurs patients qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation.

Le nombre de patients par groupe ne peut excéder trois.

La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie 30 minutes, soit une durée de séance de 1h30 pour trois patients et de 1h pour deux patients.

Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations des articles 1 à 4 du Chapitre II du Titre XIV de la NGAP soit :

- « Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques » (Art. 1),
- « Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires » (Art. 2),
- « Rééducation de la paroi abdominale » (Art. 3),
- « Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires » (Art. 4).



Le MK ne peut pas facturer les actes pour plus de trois patients pris en charge simultanément



La rééducation de plusieurs patients en même temps n'est pas financièrement avantageuse pour les MK, mais peut l'être médicalement pour les patients qui nécessitent des séances plus longues que 30 minutes

[Sommaire](#)

8. LA PRESCRIPTION DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Les dispositions ci-dessous s'appliquent à tous les MK quel que soit le mode d'exercice.

8.1 PRESCRIPTION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

► Champ de prescription

Selon le Code santé publ. - Art. L4321-1, les MK peuvent prescrire des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par l'arrêté du 9/1/2006 modifié par l'arrêté du 29/6/2006 (liste ci-dessous).

Selon l'arrêté du 9/1/2006 :

- les MK ne peuvent pas prescrire :
 - les produits et matériels utilisés pendant les séances de rééducation,
 - s'il existe une indication contraire du médecin ;
- les MK ne peuvent prescrire des dispositifs médicaux :
 - qu'à leurs patients,
 - que dans le cadre de l'exercice de leur compétence.

Liste des dispositifs médicaux que le MK peut prescrire

1. Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève-malades ;
2. Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier ;
3. Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc ;
4. Barrières de lits et cerceaux ;
5. Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur ;
6. Fauteuils roulants à propulsion manuelle, à la location pour des durées inférieures à 3 mois ;
7. Attelles souples de correction orthopédique de série ;
8. Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série ;
9. Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série ;
10. Sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire ;
11. Collecteurs d'urines, étuis péniers, pessaires, urinal ;
12. Attelles souples de posture et ou de repos de série ;
13. Embouts de cannes ;
14. Talonnettes avec évidement et amortissantes ;
15. Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe ;
16. Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie.

► Remboursement

Parmi les dispositifs médicaux que le MK peut prescrire, seuls sont remboursables ceux qui sont inscrits à la LPP et prescrits dans les conditions de la LPP.

► Ordonnance

Le MK établit la prescription sur ordonnance simple en double exemplaire.

Si la prescription est en rapport avec une affection longue durée exonérante (ALD 30, hors liste ou polyopathie invalidante), un accident de travail (AT) ou une maladie professionnelle (MP), le MK le mentionne sur l'ordonnance (pour permettre les droits attachés).

Si les dispositifs médicaux sont inscrits à la LPP mais sont prescrits en dehors des conditions de la LPP, le MK appose sur l'ordonnance la mention « NR » (non remboursable) (C. séc. soc. - Art. L162-4

et Art.L162-8).

8.2 PRESCRIPTION DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Selon le Code santé publ. - Art. L4321-1, les MK peuvent prescrire des substituts nicotiniques. Certains substituts nicotiniques figurant sur une liste sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base d'un forfait annuel (consulter la rubrique « Substituts nicotiniques » de Ameli.fr). Le MK établit la prescription sur ordonnance simple en double exemplaire.

Prescription des sondes et électrodes cutanées périnéales pour électrostimulation

Le MK peut prescrire les « sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire » utilisées par la patiente dans le cadre de l'autotraitement, à l'exclusion du matériel utilisé pendant les séances. Le MK ne peut pas prescrire l'électrostimulateur neuromusculaire (achat et location).

Selon la LPP, les sondes et électrodes ne sont remboursables (forfait annuel) que si un centre reconnu compétent a fait un bilan urodynamique et a reconnu efficace le traitement après une période probatoire de 6 à 8 semaines. La prise en charge n'est pas cumulable sur une même période, avec la prise en charge du même traitement en centre, ni avec celle de toute autre technique de rééducation périnéale. En dehors de ces conditions, apposer la mention NR sur l'ordonnance.

Sommaire