

MEMO ORTHOPHONISTE

Mise à jour Janvier 2018

SOMMAIRE

PREAMBULE: Vos principaux repères dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Fiche n°1 : Contacter l'Assurance Maladie

Fiche n°2 : Actes à domicile et frais de déplacement

Fiche n°3 : AcBUS

Fiche n°4 : Bilan orthophonique

Fiche n°5 : Télétransmission

Fiche n°6 : Remplacement

Fiche n°7 : Tiers payant

Fiche n°8 : Facturation des honoraires

Fiche n°9 : Avantages Sociaux

Fiche n°10 : Cas des doubles prises en charge

Fiche n°11 : Développement Professionnel Continu

Fiche n°12 : Cotation des actes

Fiche n°13 : Pièces Justificatives

VOS PRINCIPAUX REPERES DANS LA NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels-version 15/06/13)

[Accédez à la lecture complète de la NGAP à partir du lien hypertexte en fiche 11](#)

Dispositions générales:

- Article 3 - Notation d'un acte
- Article 5 - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement
- Article 6 - Actes effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin
- Article 7 - Accord préalable
- Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade
- Article 13.1 - Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées
- Article 14 - Actes effectués la nuit ou le dimanche

Cotations:

TITRE IV- ACTES PORTANT SUR LE COU

- CHAPITRE II- LARYNX
 - Article2 Rééducation des troubles de la voix, de la parole, de la communication et du langage.

CPAM :

Vos interlocuteurs :

Services Administratifs : @ rpspau@cpam-pau.cnamts.fr
 Accueil physique :
 du lundi au vendredi
 de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h00

Pour les questions administratives et médicales : ☎ **0811 91 00 09**
Accueil téléphonique
 du lundi au jeudi
 de 08h30 à 17h30
 le vendredi de 08h30 à 17h

Les informations relatives aux droits des patients ne sont pas délivrées par téléphone, mais sont accessibles dans votre espace sécurisé « Espace Pro » sur www.ameli.fr

Site Internet : www.ameli.fr

(rubrique : Professionnels de santé/ Orthophoniste/ Accédez à Espace Pro/ Contactez-nous)

« **Espace Pro** » : cet espace vous permet également d'accéder à vos informations personnelles, vos remboursements, vos commandes d'imprimés.

RSI :

- Pour vos patients artisans commerçants :
 - @ contact.adm-prof.sante@aquitaine.le-rsi.fr
- Pour vos patients professions libérales :
 - @ contact.adm-prof.sante@plp.le-rsi.fr

MSA : ☎ 05.59.80.73.35

Site Internet : www.msasudaquaine.fr

Mise à jour disponible sur le site www.ameli.fr
 (rubrique : professionnels de santé/orthophonistes/Votre caisse/Vous informer)

L'indemnité forfaitaire de déplacement :

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du praticien sont situés dans la même agglomération ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire.

IFD (2,50 €) : facturable lorsque le médecin a expressément prescrit le déplacement en raison de l'état de santé du patient.

Les indemnités horokilométriques :

Elles peuvent être facturées en sus de l'indemnité de déplacement forfaitaire (déduction faite du nombre de kilomètres compris dans l'IFD), lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du praticien ne sont pas situés dans la même agglomération et si la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne.

Toutefois, le montant de l'indemnité remboursée par la caisse est limité au montant de l'indemnité calculé sur la base du praticien de la même discipline dont le cabinet professionnel est le plus proche de la résidence du malade.

IK (IK plaine : 0,24 €, IK montagne : 0,37 €, IK à pied/à ski : 1,07 €) :

⇒ cumulables avec l'IFD.

Pour connaître votre zone IK, regardez votre pavé d'identification figurant sur vos feuilles de soins :

- si vous avez un **1** dans la case IK, vous devez facturer des **IK plaine**
- si vous avez un **2** vous devez facturer des **IK montagne**

Si vous réalisez des soins pour plusieurs patients domiciliés à une même adresse, les frais de déplacement ne peuvent être facturés qu'une seule fois.

Mise à jour disponible sur le site www.ameli.fr
 (rubrique : professionnels de santé/orthophonistes/Votre caisse/Vous informer)

L'accord de bon usage des soins : AcBUS

Il formalise une architecture rédactionnelle du compte rendu du bilan initial et du bilan de renouvellement décrite à l'annexe IV à l'avenant n°6 à la Convention de 2004.

L'architecture rédactionnelle décrit les éléments suivants indispensables à reporter sur vos bilans :

- l'identification du patient et le destinataire du bilan
- l'anamnèse
- le bilan orthophonique
- le diagnostic orthophonique
- le projet thérapeutique

Le bilan orthophonique

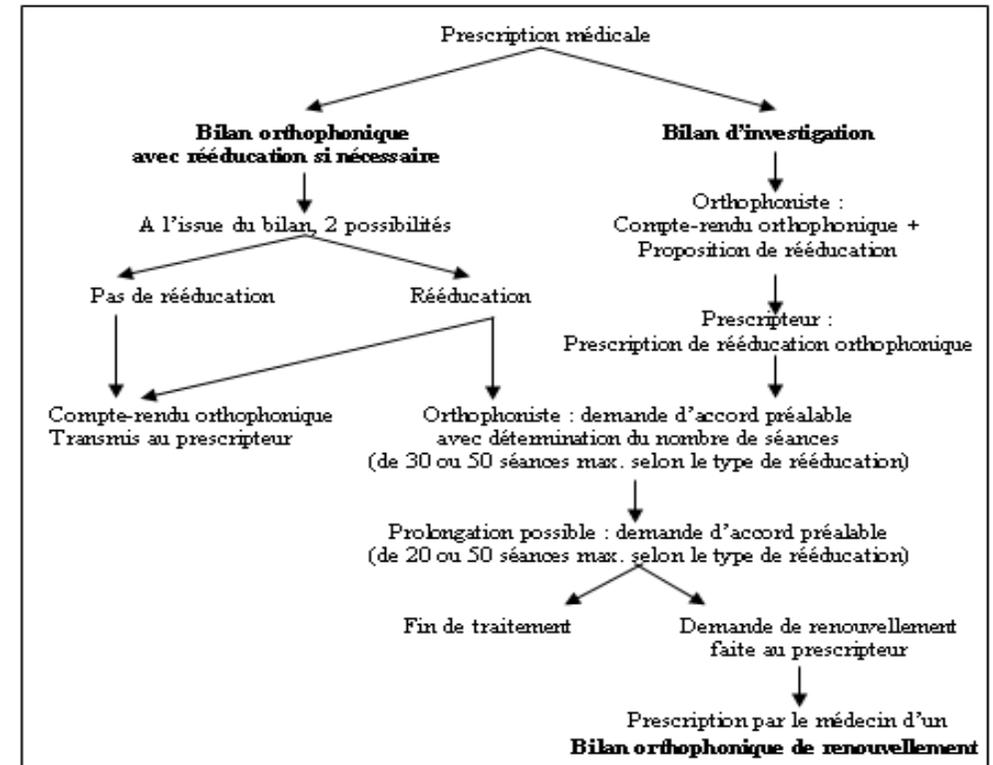
Il permet d'informer efficacement le prescripteur et le patient sur le compte rendu orthophonique, les objectifs et le plan de soins.

Il favorise ainsi la qualité des pratiques de soins d'orthophonie en améliorant la coordination des soins entre le médecin prescripteur et l'orthophoniste et en contribuant à l'amélioration de la prise en charge du patient.

Cotation : AMO 16, AMO 24, AMO 30 (Voir NGAP : titre IV - chapitre II - art 2)

Les bilans de renouvellement

Cotation : la cotation de ces bilans est minorée de 30% (AMO 11.2, AMO 16.8, AMO 21).

Tableau récapitulatif

C'est un engagement conventionnel

Télétransmission sécurisée :

- FSE élaborées avec la carte Vitale du patient et la CPS
- Avantage = fiabilité des informations contenues sur la carte Vitale, garantie de paiement même si la carte du patient n'est pas à jour (par exemple exonération du ticket modérateur), dans le cadre de la dispense d'avance des frais.

Aides pérennes à la télétransmission sécurisée (versements en mars de l'année N pour l'année N-1) :

- **Aide à la maintenance informatique (AMT)** : 100€ par an si au moins une FSE transmise.
- **Aide à la télétransmission** : 300€ par an si au moins 70% de factures en télétransmission sur l'année.

Télétransmission non sécurisée (sans carte vitale) (uniquement en cas d'absence ou de dysfonctionnement de la carte vitale) :

- Pas de garantie de paiement
- Envoi en parallèle des justificatifs : double de la facture imprimée sur feuille blanche (afin d'éviter toute confusion avec une feuille de soins originale) + bordereau + ordonnance si besoin.

Pièces justificatives : voir fiche n° 12

Règles relatives à la télétransmission :

- Obligation de télétransmission pour tous les soins (tiers payant et hors tiers payant).
- Intérêt : faciliter les démarches des patients dans le cas du paiement direct. Dans ce cas, vous n'êtes responsable que de l'envoi de la FSE ou de la facture non sécurisée, dans les conditions habituelles (bordereau + le cas échéant, ordonnances et factures papier non sécurisées).
- Vous devez impérativement télétransmettre sous :
 - ⇒ 3 jours ouvrés en cas de paiement direct
 - ⇒ 8 jours ouvrés en cas de dispense d'avance de frais
 (Art R161-47 du code de la sécurité sociale)

Le point de départ du délai correspond, soit à la date de paiement par l'assuré des actes effectués, soit à la date de réalisation du dernier acte lorsque sont en cause plusieurs actes rapprochés ou relevant d'un même traitement, soit à la date de fin d'hospitalisation du patient.

Depuis le 01/12/2015 les remplaçants peuvent également bénéficier d'une carte CPS de remplaçant

Mise à jour disponible sur le site www.ameli.fr
(rubrique : professionnels de santé/orthophonistes/Votre caisse/Vous informer)

L'orthophoniste remplaçant :

- Doit utiliser les feuilles de soins de l'orthophoniste remplacé en barrant son identité et en indiquant ses nom et prénom.
- Ne peut pas remplacer un orthophoniste interdit d'exercer ou de donner des soins, pendant la durée de la sanction.
- **Ne doit pas utiliser la CPS de l'orthophoniste remplacé pour télétransmettre. Depuis le 1er Décembre 2015, un remplaçant peut faire une demande de carte CPS de remplaçant.**
Contactez l'Agence Régionale de Santé, afin d'obtenir le formulaire de commande et la marche à suivre.
Cette carte permet au remplaçant de télétransmettre les actes réalisés dans le cadre du remplacement, sous réserve que le logiciel de l'orthophoniste remplacé soit à jour de la version SESAM-Vitale 1.40 addendum 7.

L'orthophoniste remplacé :

- Informe le remplaçant des dispositions législatives et réglementaires qui régissent l'exercice libéral sous convention.
- Vérifie que le remplaçant a effectué toutes les démarches nécessaires, notamment qu'il est en droit d'exercer.
- N'exerce aucune activité libérale pendant son remplacement.

Conditions d'un remplacement

- Détenir un Certificat de Capacité français ou délivré dans le cadre de l'accord sur l'Espace Economique Européen.
- Avoir une autorisation délivrée par la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS, anciennement DDASS).
(Contact : Délégation territoriale de l'ARS (DT64) - Cité administrative - Boulevard Tourasse - 64000 PAU - ☎ 05.59.14.51.79)
- Communiquer aux caisses son numéro d'inscription sur la liste préfectorale de son domicile ainsi que l'adresse du cabinet professionnel ou l'adresse du lieu d'exercice dans lequel il assure à titre principal son activité de remplaçant.

Mise à jour disponible sur le site www.ameli.fr
(rubrique : professionnels de santé/orthophonistes/Votre caisse/Vous informer)

Le tiers payant est de droit pour tout traitement :

Concernant :

- les bénéficiaires de la CMU-C
- les ex-bénéficiaires de la CMU pendant les 12 mois suivant la fin de droit (uniquement sur la part obligatoire)
- les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat (AME)
- les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.
- les soins pris en charge à 100% au titre d'une ALD
- les soins pris en charge à 100% dans le cadre de la maternité

Le tiers-payant intégral :

Les assurés qui bénéficient de l'ACS (Aide au paiement pour une Complémentaire Santé) à compter du 1^{er} juillet 2015 qui ont souscrit un contrat complémentaire santé sélectionné par le ministre de la santé (liste disponible sur info-acs.fr et sur ameli.fr), bénéficient du tiers payant intégral (TPI).

Dans le cas de situations sociales particulières, le tiers payant peut être pratiqué exceptionnellement et selon votre appréciation.

Actes remboursables :

La feuille de soins doit porter l'intégralité du montant des honoraires perçus.

Les dépassements éventuels pour exigence particulière du patient (DE) doivent donc être indiqués.

Actes non remboursables :

Ne pas établir de feuille de soins.

Dans ce cas, une facture doit être remise au patient.

Votre activité professionnelle non salariée a débuté il y a plus d'un mois.
Elle s'inscrit dans le cadre de la Convention Nationale du 31 octobre 1996.
Vous relevez donc du régime d'assurance maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (P.A.M.C).

Votre protection sociale :

Assurée par la CPAM de votre lieu d'exercice, elle comprend :

- le remboursement de vos soins,
- le versement d'indemnités (pour congé maternité, paternité ou d'adoption),
- le droit à un capital décès (pour montant : cf. site www.ameli.fr, rubrique : Assuré/Droits et démarches/Par situation personnelle /Vous avez perdu un proche)

Par contre, vous n'avez pas droit :

- aux indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie
- aux prestations des assurances invalidité et accident du travail (voir ci-après).

Le maintien de vos droits :

Si vous cessez votre activité pour convenance personnelle ou pour maladie, vous bénéficiez pendant un an :

- du remboursement de vos soins en cas de maladie ou de maternité,
- des prestations en cas de maternité, de paternité ou d'adoption, sous réserve d'avoir acquitté vos cotisations.

(Pour montant : cf. site www.ameli.fr, rubrique : Assuré/Droits et démarches/Vous changez de situation professionnelle)

Votre retraite complémentaire

En tant qu'orthophoniste, vous dépendez de la Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO).

Site Internet : <http://www.carpimko.fr>

Protection contre le risque accident du travail ou maladie professionnelle :

Le régime des P.A.M.C ne vous couvre pas contre ces deux risques

Toutefois, vous pouvez bénéficier d'une protection en souscrivant une assurance volontaire auprès de votre CPAM. (imprimé cerfa n°11227*03-réf S6101d)

Au 01/04/2017 : Base minimale : 18 336.64 €

Base maximale : 39 228,00 €

Le demandeur détermine sur quel salaire il souhaite cotiser. Ce choix a une influence sur le montant pris en charge en cas d'incapacité permanente ou de la rente.

Le taux applicable sera celui appliqué aux assurés ayant la même activité professionnelle diminué de 20 %, soit un taux de cotisation pour 2017 de : 1.92 %

Exemples :

Calcul de la COTISATION MINIMALE annuelle : 18 336.64 € x 1,92% = 352,06€

Calcul de la COTISATION MAXIMALE annuelle : 39 228,00 € x 1,92% = 753.18€

La participation des caisses aux cotisations :

- au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les orthophonistes libéraux conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.
La participation des caisses est assise sur le montant des revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires et des revenus tirés des activités non salariées réalisées pour des structures dont le financement inclut la rémunération.
Cette participation correspond à 9,7 % de ce montant total.
- au titre du régime allocations familiales pour les orthophonistes libéraux conventionnés exerçant en zone très sous-dotée et ayant adhéré au «CIO» (Contrat Incitatif Orthophoniste) : la participation des caisses est assise sur le montant des revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires, à hauteur de 5,4% de ce montant.
- au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse
la participation des caisses au financement de la cotisation annuelle obligatoire prévue à l'article L.645-2 du code de la sécurité sociale et due par les orthophonistes libéraux conventionnés est fixée aux deux tiers du montant de ladite cotisation.

La participation des caisses à la cotisation d'ajustement prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale, et due par les orthophonistes libéraux s'élève à 60% du montant de ladite cotisation.

Définition de la double prise en charge

Article 124-I du Code de l'action sociale et des familles

Il s'agit des cas pour lesquels un patient est suivi de manière concomitante et complémentaire, dans un établissement de soins (ou service médico-social) et dans un cabinet d'orthophonie libéral.

Ces soins peuvent être pris en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire en sus du tarif versé à l'établissement:

- soit lorsque leur objet ne correspond pas aux missions de l'établissement ou du service.

- soit lorsque bien que ressortissant aux missions de l'établissement ou du service, ces soins ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés de façon suffisamment régulière.

Dans ce cas, ces soins doivent faire l'objet d'une **prescription par un médecin attaché à l'établissement ou au service**, prescription présentant les motivations de cette demande de prise en charge.

Lorsque ces soins complémentaires sont liés au handicap ayant motivé l'admission dans l'établissement ou le service, leur remboursement est subordonné à l'**accord préalable du service du contrôle médical**.

Les préconisations de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, lorsqu'elles existent, sont jointes à la demande d'accord préalable.

le dispositif conventionnel de formation continue conventionnelle (ou formation professionnelle conventionnelle).

Le DPC a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Il comporte l'analyse, par les professionnels de santé, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences, et constitue donc une obligation à laquelle chacun doit satisfaire dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente, en participant chaque année à un programme de DPC.

Votre interlocuteur : l'Agence Nationale DPC

L'Agence Nationale du développement professionnel continu (Agence Nationale DPC) assure la gestion financière des actions de développement professionnel continu, et est notamment chargé de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux et des centres de santé conventionnés participant aux actions de développement professionnel continu.

Retrouvez l'actualité du DPC et téléchargez les fiches des forfaits DPC sur le site www.agencedpc.fr

Contactez l'Agence Nationale DPC :

- par téléphone : 01 48 76 19 05
- par courriel : infodpc@agencedpc.fr

par courrier : Agence Nationale du DPC - 93, avenue de Fontainebleau - 94276 Le Kremlin-Bicêtre Cedex

Nomenclature des actes d'orthophonieUne lettre-clé unique = AMOTarifs :

Les différents tarifs selon les cotations appliquées sont consultables sur le site www.ameli.fr (rubrique : professionnels de santé / Orthophoniste / les tarifs conventionnels)

La procédure d'AP (Accord Préalable anciennement Entente Préalable) :

Hormis les bilans orthophoniques et les bilans de renouvellement, tous les autres actes (rééducation individuelle et rééducation nécessitant des techniques de groupe) sont soumis à la procédure d'accord préalable du Service Médical.

La Caisse dispose de 15 jours à partir de la date d'envoi de l'accord préalable pour notifier son refus. L'absence de réponse vaut accord.

⇒ **Les soins ne doivent donc pas débuter avant ce délai de 15 jours, sauf situation d'urgence.**

❖ *Pour les actes cotés AMO 5 (rééducation en groupe) :*

La première série comporte un maximum de 30 séances et peut être prolongée par une 2^{ème} série de 20 séances maximum.

Chaque série est soumise à la procédure de l'accord préalable.

Si à l'issue des 50 séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandé au prescripteur.

❖ *Pour les actes cotés entre AMO 5,1 et 12,2 (rééducation individuelle) :*

La première série comporte un maximum de 30 séances et peut être prolongée par une 2^{ème} série de 20 séances maximum.

Chaque série est soumise à la procédure de l'accord préalable.

Si à l'issue des 50 séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur.

❖ *Pour les actes cotés entre AMO 13,5 et 15,6 (rééducation individuelle) :*

La première série comporte un maximum de 50 séances et peut être prolongée par une 2^{ème} série de 50 séances maximum.

Chaque série est soumise à la procédure de l'accord préalable.

Si à l'issue des 100 séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur.

Durée des séances :

Pour les actes cotés AMO 5 (rééducation de groupe) la durée minimale de la séance est d'une heure.

Pour les actes cotés entre AMO 5,1 et 14 (rééducation individuelle) : la durée minimale de la séance est de 30 minutes (sauf mention particulière).

A partir d'AMO 15 (rééducation individuelle) : la durée minimale de la séance est de 45 minutes (sauf mention particulière).

Pour bien remplir la demande d'accord préalable

Le prénom et la date de naissance doivent être indiqués quand la personne qui bénéficie des soins n'est pas l'assuré.

Indiquez le code Régime et le code Caisse

Case à cocher réservée aux masseurs-kinésithérapeutes.

Mentionner ici le nombre de séances de rééducation nécessaires et leur coefficient.

Les informations reportées doivent correspondre avec la prescription :

- en cas d'**ALD**, cochez les 2 cases correspondantes,
- en cas de **maternité**, n'oubliez pas la date présumée du début de grossesse,
- en cas d'**accident du travail**, indiquez obligatoirement la date.

Mentionnez ici votre nom, prénom et numéro d'identifiant.

Date de rédaction de la demande d'accord préalable.

Nom, prénom et identifiant du prescripteur libéral ainsi que le numéro d'établissement si le prescripteur est salarié de ce dernier.

Noter le nom et le numéro d'établissement si le prescripteur est salarié de ce dernier.

Indiquez les éléments suivants dans votre argumentaire médical :

- le motif de la rééducation,
- l'utilité de débiter ou poursuivre la rééducation.

cerfa
n° 12040*02
DIAD

demande d'accord préalable

assurances maladie, maternité ou
accident du travail/maladie professionnelle

VOLET B
à adresser et à conserver
au service médical

date de réception : _____

Liste des actes et des prestations visés à l'art L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale, art. L.315-2, L.442-5 et R.162-52 du Code de la sécurité sociale
(les 2 volets sont à compléter et à envoyer par le praticien au service médical - voir notice)

personne recevant les soins et assuré(e)

personne recevant les soins

nom et prénom
(naître, s'il y a lieu, du nom d'épouse(s))

numéro d'immatriculation

date de naissance

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(naître, s'il y a lieu, du nom d'épouse(s))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

actes devant être dispensés

(indiquer, ci-après, le code de l'acte ou la lettre-clé et son coefficient ainsi que le nombre de séances)

actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Urcam, en raison de la situation médicale

conditions de prise en charge des actes

date de la prescription médicale

acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui non acte urgent : oui non

maladie acte en rapport avec une ALD : oui non

maternité date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

accident du travail ou maladie professionnelle date

identification du praticien dispensant les actes et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

numéro d'identification de la structure (N° FINESS ou SIRET)

identifiant

date

signature

identification du prescripteur (à compléter lorsque la demande est établie par un(e) auxiliaire médical(e) - joindre la prescription ou sa copie)

nom et prénom

raison sociale

adresse

numéro d'identification de la structure (N° FINESS ou SIRET)

identifiant

avis du médecin conseil

accord convocation éventuelle refus - d'ordre médical

date

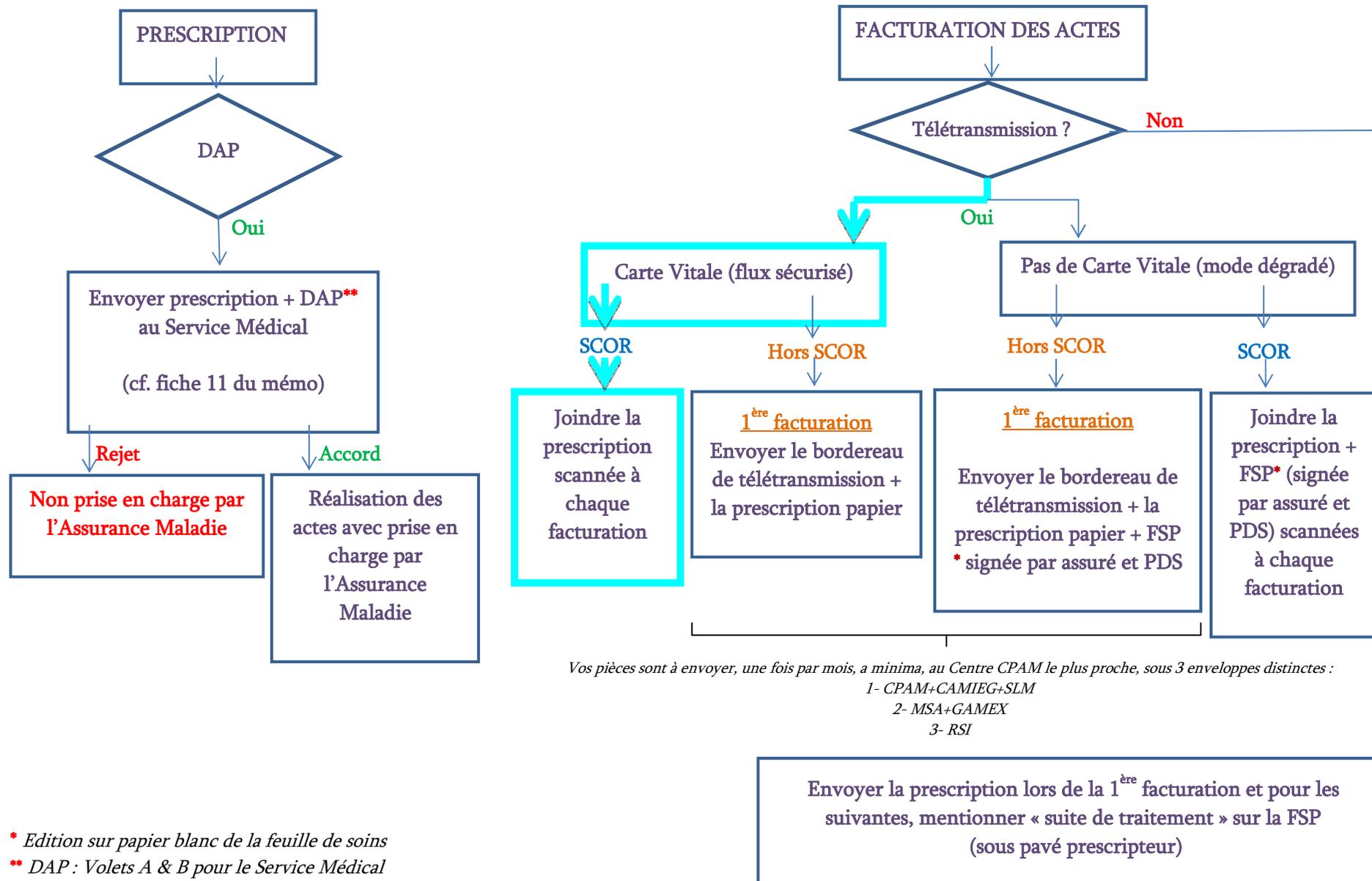
- d'ordre administratif - motif :

IMPORTANT

le praticien dispensant l'acte doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant l'acte ou la série d'actes
partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

(Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale) DIAD S3108d

FICHE N°13 PIÈCES JUSTIFICATIVES



* Edition sur papier blanc de la feuille de soins

** DAP : Volets A & B pour le Service Médical