

LA COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE
DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES
D'Auvergne-Rhône-Alpes
VOUS PROPOSE UN...

GUIDE PRATIQUE DE LA NGAP EN MASSO- KINÉSITHÉRAPIE



Préambule

La Commission paritaire régionale des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes vous propose un guide 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.

La dernière mise à jour du guide se trouve sur les pages locales des CPAM de la région Auvergne-Rhône-Alpes : ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur kinésithérapeute > Votre caisse (saisir un code postal d'un département de la région Auvergne-Rhône-Alpes). Le guide évolue en fonction des nouveautés réglementaires mais aussi des questions et des remarques des professionnels. Merci de nous en faire part...

POUR TOUTE QUESTION OU REMARQUE SUR CE DOCUMENT, S'ADRESSER AU SECRETARIAT DE LA CPR DES MK D'Auvergne-Rhône-Alpes

 par mail : cpr-region-aura.ersm-rhonealpes@assurance-maladie.fr

POUR EN SAVOIR PLUS...

- Les rubriques d'information professionnelle d'ameli.fr dédiées aux MK : ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur-kinésithérapeute
- Les tarifs conventionnels en vigueur : ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur-kinésithérapeute > Votre exercice libéral > Facturation et rémunération > Tarifs conventionnels

Documents utiles

- La dernière mise à jour de la NGAP : ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur-kinésithérapeute > Votre exercice libéral > Facturation et rémunération > Nomenclatures et codage > Nomenclatures : NGAP et LPP
- La dernière mise à jour de la LPP : ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur-kinésithérapeute > Votre exercice libéral > Facturation et rémunération > Nomenclatures et codage > Nomenclatures : NGAP et LPP
- La dernière mise en jour du Guide Références juridiques - Produits de santé : ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur-kinésithérapeute > Textes de référence > Références juridiques > Guide des références juridiques – Produits de santé
- La Convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes : ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur-kinésithérapeute > Textes de référence > Convention nationale et textes associés

1.	DE LA PRESCRIPTION À LA RÉÉDUCATION
1.1.	La prescription médicale Qui peut prescrire la rééducation ? Le contenu de l'ordonnance de rééducation La durée de validité de l'ordonnance
1.2.	Le bilan-diagnostic kinésithérapique Le BDK : un instrument d'évaluation, de diagnostic et d'élaboration du projet thérapeutique Le BDK : un instrument de coordination
1.3.	La rééducation
2.	LA FACTURATION DES ACTES
2.1.	Obligations d'information
2.2.	Les actes remboursables Principes généraux Application de la cotation, principales situations de rééducation, facturation du BDK, forfaits de prise en charge rapide de la rééducation en sortie d'hospitalisation, rééducation en balnéothérapie Règle de non-cumul dans la même séance Honoraires remboursables : feuille de soins, dépassement d'honoraires, tiers payant, assurance maternité, accident de travail/maladie professionnelle
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.	Conditions horaires
6.	LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE
6.1.	Les 14 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.	Cas général : traitement individuel, traitements conduits en parallèle de plusieurs patients, traitements de groupe
7.2.	Un cas particulier : la réhabilitation respiratoire des patients atteints de handicap respiratoire chronique en ALD atteint d'une BPCO
8.	LA PRESCRIPTION DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE
8.1.	Prescription des dispositifs médicaux Champ de prescription Remboursement
8.2.	Prescription des substituts nicotiniques
8.3.	L'ordonnance du MK Quel support ? Quel contenu ?

ABREVIATIONS

ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'Etat
AMK/AMS/AMC	Lettre-clés des masseurs-kinésithérapeutes
AT	Accident de travail
AVC	Accident vasculaire cérébral
BDK	Bilan-diagnostic kinésithérapique
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM(TS)	Caisse nationale d'Assurance Maladie (des travailleurs salariés)
CNOMK	Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
CPAM	Caisse primaire d'Assurance Maladie
CPR	Commission paritaire régionale
DE	Dépassement exceptionnel
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
LPP	Liste des produits et prestations remboursables
MCO	Médecine chirurgie obstétrique (séjours hospitaliers en soins de courte durée)
MK	Masseur-kinésithérapeute
MKL	Masseur-kinésithérapeute libéral
MP	Maladie professionnelle
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
N° AM	Numéro d'Assurance Maladie
NR	Non remboursable
Prado	Programme d'accompagnement du retour à domicile
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation

L'exercice de la masso-kinésithérapie est soumis à différents référentiels juridiques, notamment :



le Code de la santé publique, applicable quel que soit le mode d'exercice (salarié, libéral conventionné ou non), définit la profession et le champ de compétence du MK (article L4321-1 et articles R4321-1 et suivants) et comprend le Code de déontologie (articles R4321-51 à 145) ;



l'avenant 5 à la convention nationale des MK, conclu le 6/11/2017, régit les rapports entre les organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoires et les MKL conventionnés pour les soins dispensés au cabinet, au domicile du patient et dans les structures de soins dès lors que celles-ci facturent à l'acte ;



la NGAP notamment au titre XIV, répertorie les actes de rééducation remboursables par l'Assurance Maladie.

1. DE LA PRESCRIPTION A LA REEDUCATION

1.1 La prescription de la rééducation

Le MK effectue les actes de rééducation sur prescription médicale (article L4321-1 et articles R4321-1 et suivants du Code de la santé publique).



Qui peut prescrire la rééducation ?

Les professions médicales qui ont la compétence pour prescrire la rééducation sont :

- les médecins,
- les chirurgiens-dentistes uniquement dans le champ de l'art dentaire.



Le contenu de l'ordonnance de rééducation

La prescription est formulée avec toute la clarté indispensable (article R4127-34 du Code de la santé publique). « Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales de la NGAP [prescription médicale écrite qualitative et quantitative], 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 » (préambule du titre XIV de la NGAP).



La durée de validité de l'ordonnance

La durée de validité d'une ordonnance après la date de prescription n'a pas de limite réglementaire. Cependant, le MK confronté à une ordonnance ancienne juge de l'adéquation de la prescription avec l'état du patient et se coordonne autant que de besoin avec le prescripteur.

1.2. Le bilan-diagnostic kinésithérapique

La NGAP prévoit que dans le cadre des rééducations du titre XIV, le MK effectue le bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK).

Le BDK est un instrument de qualité des soins et de coordination.

La NGAP fixe les modalités de facturation du BDK (se reporter au chapitre 2).

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



Le BDK : un instrument d'évaluation, de diagnostic et d'élaboration du projet thérapeutique

Par le BDK, le MK évalue les déficiences et les incapacités fonctionnelles, établit le diagnostic kinésithérapique et élabore le projet thérapeutique.

La NGAP définit le contenu du BDK (titre XIV, chapitre I, section 2).

LE CONTENU DU BDK SELON LA NGAP

« Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :

- l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...);
- l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...).

Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés.

Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par :

- la description du protocole thérapeutique mis en œuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et/ou en groupe);
- la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement;
- les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial;
- les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient;
- les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...).



Le BDK : un instrument de coordination

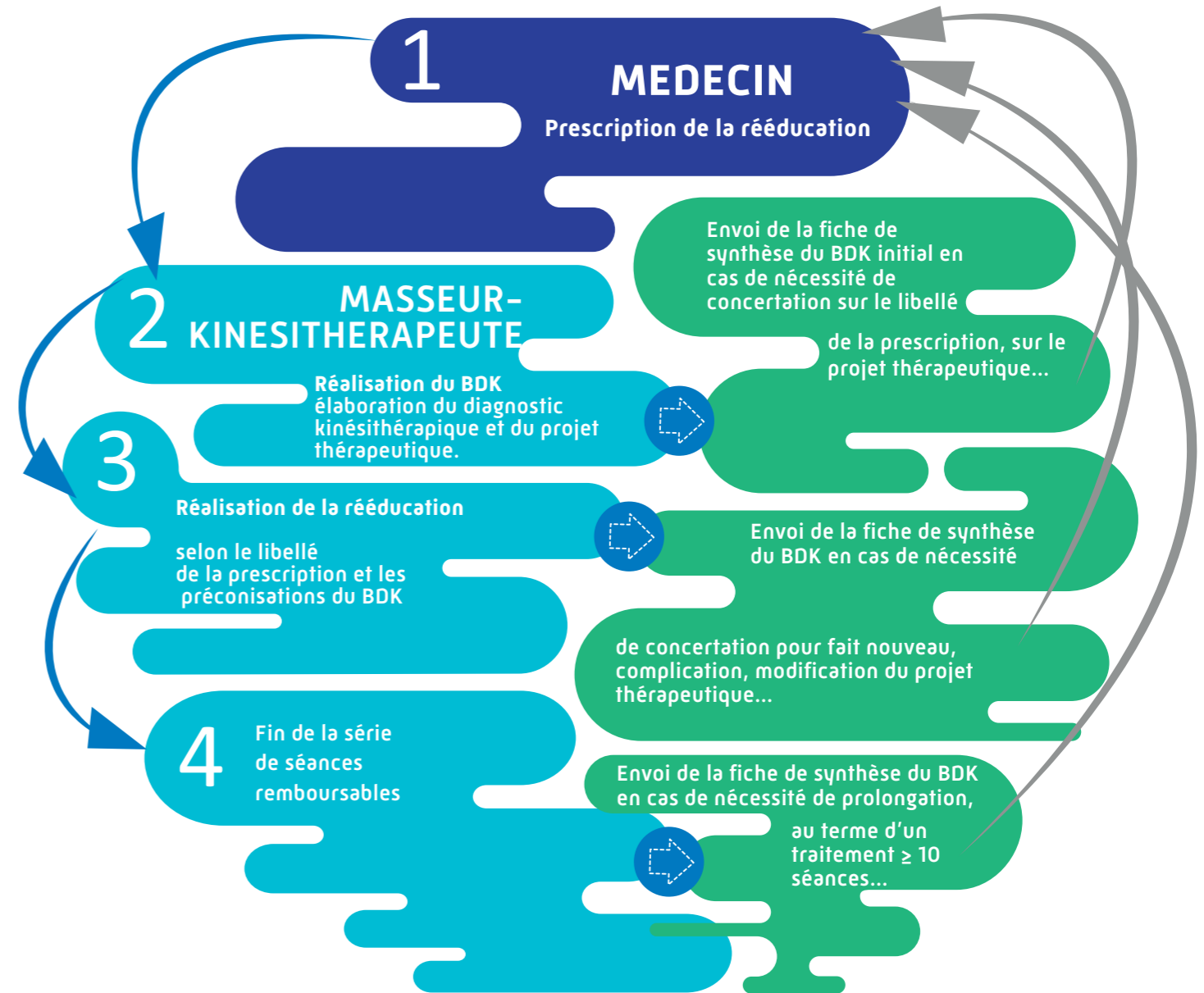
Le MK communique autant que de besoin avec le médecin (article R4321-2 du Code de la santé publique), notamment au travers de la fiche de synthèse du BDK qui est un extrait du BDK utilisé pour la coordination. Les partenaires conventionnels ont proposé un modèle de fiche de synthèse du BDK ainsi qu'un mode d'emploi. Le MK adresse une fiche de synthèse du BDK au prescripteur :

- autant que de besoin : nécessité de concertation (exemple : le BDK initial n'est pas cohérent avec la prescription), fait nouveau, complication, nécessité d'une prolongation...
- obligatoirement au terme de tout traitement d'au moins 10 séances (article R4321-2 du Code de la santé publique, avenant n°1 à la Convention nationale des MK, titre XIV de la NGAP).

L'envoi au prescripteur de la fiche de synthèse du BDK est obligatoire au terme de tout traitement d'au moins 10 séances.

1.3. La rééducation

- Si la prescription ne précise ni le contenu ni le nombre des séances, le MK élabore le projet thérapeutique selon le BDK puis le met en œuvre, le nombre de séances remboursables est celui fixé par le MK (titre XIV de la NGAP).
- Si la prescription précise le contenu et/ou le nombre des séances, celle-ci s'impose au MK.



2. LA FACTURATION DES ACTES

2.1 Obligations d'information

Le MK est soumis à des obligations d'information des patients en matière d'honoraires.

- Le code de déontologie des MK dispose « *Le MK répond à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues* » (article R4321-98 du Code de la santé publique).
- L'arrêté du 30 mai 2018 fixe des obligations d'information des patients sur les honoraires. Différentes mentions obligatoires doivent être affichées dans le lieu d'exercice (se reporter au modèle d'affiche des MK conventionnés proposé par le CNOMK). En cas de prestation de soins non remboursable, le MK informe préalablement le patient. En outre, une information écrite préalable est délivrée « *dès lors que les dépassements d'honoraires des actes et prestations facturés atteignent 70 euros* » (article 7 de l'arrêté du 30 mai 2018).

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,
- la rééducation ait fait l'objet d'une prescription médicale écrite,
- les actes soient de sa compétence (le champ de compétence du MK est défini par l'article [article L4321-1](#) et les [articles R4321-1 et suivants](#) du Code de la santé publique).

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 des membres inférieurs sans trouble trophique ni retentissement articulaire),
- les rééducations sans « *prescription écrite du médecin* »,
- les actes hors compétence (que de plus, le MK ne peut pas réaliser...),
- les actes non effectués...

Les soins non fondés sur les données actuelles de la science ne peuvent pas être proposés aux patients et ne sont pas remboursables. Les données actuelles de la science sont issues de la [Haute Autorité de Santé](#), des sociétés savantes, de la littérature internationale...

Le MK ne peut pas assurer des soins non fondés sur les données actuelles de la science tels que la [kinésiologie](#), la [microkinésithérapie](#), la [biokinergie](#), la [fasciathérapie](#) et l'[ostéopathie crânienne](#)... (suivre les liens vers les différents avis du CNOMK). Ces techniques ne peuvent pas être prises en charge par la caisse.



Application de la cotation

Le MK applique la cotation de l'acte de la NGAP.

Le MK utilise la lettre-clé AMS, AMK ou AMC (voir chapitre 3).



QUELQUES SITUATIONS DE REEDUCATION

► Rééducation d'un membre ou de plusieurs membres selon l'article 1

Référentiel : NGAP, titre XIV, chapitre II, article 1.

La cotation d'une rééducation de l'article 1 (cotations en AMS) n'est possible qu'en cas de conséquences d'affection orthopédique ou rhumatologique. Exemples pour les membres : situation post-chirurgicale (réparation de la coiffe des rotateurs, LCA, PTH, PTG...), tendinopathie (coiffe des rotateurs, épicondylite...), traumatisme (fracture du poignet, entorse de la cheville...), etc.

La durée de séance est de l'ordre de 30 minutes.

La cotation AMS 9,5 ne peut pas être utilisée pour :

- la rééducation de la déambulation du sujet âgé (voir par ailleurs),
- le réentraînement cardiaque à l'effort,
- l'activité physique adaptée (non inscrite à la NGAP)...

► Le drainage lymphatique manuel

Référentiel : NGAP, titre XIV, chapitre II, article 7.

Le drainage lymphatique manuel (DLM) est une technique de massage et non un acte remboursable. Les lourdeurs de jambes et/ou varicosités isolées, les indications de confort, l'esthétique ne correspondent pas à des situations dans lesquelles un acte de rééducation peut être remboursé.

La technique de DLM est utilisée dans les actes de :

- « *Rééducation pour lymphœdèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphœdèmes congénitaux) par drainage manuel* » (AMK/AMC 7 ou 9 - durée de l'ordre de 30 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* » (AMK/AMC 15,5, durée de l'ordre de 60 minutes).

En cas de bandage multicouche, le supplément AMK/AMC 1 (un membre) ou 2 (deux membres) peut être cumulé à taux plein avec la cotation de la première rééducation mais pas avec la cotation AMK 15,5 qui tient compte du bandage.

► Rééducation de la déambulation du sujet âgé

Référentiels : [article 9 du chapitre II du titre XIV de la NGAP](#), HAS « *Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile* » (avril 2005).

En absence d'une pathologie nécessitant une rééducation spécifique, la rééducation de la déambulation du sujet âgé est cotée :

- AMK/AMC 6 pour « *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)* », cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en œuvre de la rééducation suivante,
- AMK/AMC 8 pour « *Rééducation analytique et globale musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé* », il s'agit d'une rééducation plus complexe (le contenu correspond au libellé) qui concerne le patient polypathologique et/ou porteur d'une décompensation fonctionnelle, la durée de la séance est de l'ordre de 30 minutes.

FACTURATION DU BDK

Référentiel : NGAP, chapitre I, section 2.

Modalités de facturation des BDK :

- La cotation du BDK est AMK/AMC 10,7 pour « pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 30e séance, puis de nouveau toutes les 20 séances réalisées pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III [du titre XIV], sauf exception ci-dessous ».
- La cotation du BDK est AMK/AMS/AMC 10,8 « pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 60e séance, puis de nouveau toutes les 50 séances réalisées pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires ».

La cotation du BDK, facturable dès la 1ère séance quel que soit le nombre de séances, est cumulable à taux plein avec celle de la rééducation et ne nécessite pas de prescription spécifique autre que celle de la rééducation.

DEUX FORAITS DE PRISE EN CHARGE RAPIDE DE LA REEDUCATION EN SORTIE D'HOSPITALISATION

Référentiel : Avenant 5 à la convention nationale des MK.

► Forfait pour la prise en charge rapide liée à un AVC

Un forfait de 100€ est versé au MK qui prend en charge les patients sortant d'une hospitalisation pour AVC (MCO ou SSR, Prado AVC ou non) et nécessitant une rééducation kinésithérapique. Ce forfait complémentaire aux actes de rééducation habituels, est facturable une fois pour chaque patient, en tiers payant intégral pour la part obligatoire, 30 jours après la première prise en charge par le MK. Le code de prestation est FRD.

Le forfait comprend :

- la prise en charge rapide dans un délai de 3 à 4 jours, initialement à domicile, pluri hebdomadaire,
- la participation à l'éducation du patient et de son entourage,
- la coordination avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, attestée par la transmission du BDK,
- la transmission d'un point d'étape sur la rééducation en cours, au médecin traitant et à l'équipe médicale en vue de la consultation post AVC (hospitalière et/ou extra hospitalière) au moment de la facturation du forfait.

► Forfait accompagnement du retour à domicile post chirurgie orthopédique

Un forfait de 20€ est versé au MK qui prend en charge les patients dans le cadre des programmes d'accompagnement du retour à domicile après chirurgie orthopédique mis en œuvre par les régimes d'assurance maladie. Ce forfait complémentaire aux actes de rééducation habituels, est facturable une fois par patient et en tiers payant intégral pour la part obligatoire. Le code prestation est FAD.

Le forfait comprend :

- la prise en charge rapide dans un délai de 48 h après la sortie d'hospitalisation, initialement à domicile,
- la participation à l'éducation du patient et de son entourage,
- la coordination avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, attestée par la transmission du BDK.

Il comporte également une évaluation du domicile du patient dans l'objectif d'adapter la rééducation à ses besoins, ainsi qu'un contact préopératoire pour les interventions programmées qui le nécessitent.

REEDUCATION EN BALNEOTHERAPIE

Référentiel : NGAP, titre XIV, chapitre 4.

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.

Le MK est libre d'utiliser la balnéothérapie pour la mise en œuvre des traitements prescrits sauf indication contraire du médecin qui peut interdire ou bien imposer l'utilisation d'une technique (paragraphe 6 de la Circulaire CNAMTS 37/2001).



Je prends en charge un patient récemment opéré d'un LCA qui se présente avec une prescription de 25 séances en rapport, que dois-je faire ? :

- Vous élaborez le BDK (si besoin de concertation : envoi de la fiche synthétique du BDK initial au médecin) que vous pouvez facturer dès la 1ère séance (AMS 10,7).

Vers la fin de la série de 25 séances, je préconise une prolongation de 10 séances, que dois-je faire ?

- Vous adressez la fiche de synthèse du BDK au médecin proposant une prolongation.
- Le médecin prescrit une prolongation de 10 séances en accord avec vos préconisations.
- Vous poursuivez la rééducation et vous facturez un nouveau BDK à la 30ème séance (AMS 10,7).

À la fin des 35 séances, j'estime la rééducation terminée.

- Vous adressez une fiche de synthèse du BDK au prescripteur (c'est une obligation à la fin de tout traitement d'au moins 10 séances).



Règle de non-cumul dans la même séance

Les cotations du titre XIV ne sont pas cumulables entre elles. À chaque séance s'applique donc une seule cotation (préambule du titre XIV de la NGAP).

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%.



J'ai une prescription de rééducation respiratoire avec désencombrement urgent (exacerbation de BPCO) chez un patient hémiplegique dont j'assure la rééducation, puis-je cumuler les deux cotations ?

Oui, c'est la seule situation qui permet le cumul, le 2ème acte à 50% (soit AMK/AMC 9 + 8/2). La durée de la séance est de 30 minutes pour la rééducation de l'hémiplegie (selon le préambule du titre XIV de la NGAP), durée à laquelle s'ajoute celle du désencombrement bronchique qui est « adaptée en fonction de la situation clinique » (NGAP, titre XIV, chapitre II, article 5).



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 figurer sur la feuille de soins (Convention nationale des MK).

Pour permettre les droits attachés, le MK mentionne sur la feuille de soins si les actes :

- sont en rapport avec une ALD exonérante (ALD 30, hors liste ou polyopathie invalidante) (dans ce cas, le prescripteur de la rééducation utilise un ordonnancier bizonne),
- sont en rapport avec un AT ou une MP (dans ce cas, le prescripteur de la rééducation mentionne l'AT ou la MP sur l'ordonnance et le patient présente la feuille d'AT/MP qui est à compléter),
- relèvent de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité.

DEPASSEMENT D'HONORAIRES

Tout dépassement d'honoraires est interdit à l'occasion d'actes remboursables.

L'avenant 5 à la convention nationale des MK prévoit 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 masseur-kinésithérapeute, déplacement anormal imposé au masseur-kinésithérapeute à la suite du choix par le malade d'un masseur-kinésithérapeute

éloigné de sa résidence, etc.». Le DE ne peut pas être utilisé pour d'autres motifs, notamment pour une expertise particulière du MK, la nature des soins, la durée de la séance...

Selon l'[avenant 5 à la convention nationale des MK](#), le DE n'est pas remboursable mais doit figurer sur la feuille de soins. De plus, le DE doit être fixé avec « tact et mesure ».

Le dépassement d'honoraires est interdit lors de la facturation d'un acte remboursable (sauf le dépassement exceptionnel DE qui n'est pas remboursable).

TIERS PAYANT

Pour plus d'information, se reporter à la rubrique [Pratique du tiers payant d'ameli.fr](#).

Les principales situations légales de tiers payant en masso-kinésithérapie :

Soins en rapport avec un AT, une MP, une ALD exonérante (ALD 30, hors liste, polyopathie invalidante).	Tiers payant intégral obligatoire (1)
Bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME, de l'ACS ayant souscrit une complémentaire sur la liste (cette information figure dans la carte Vitale et dans l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés), de l'assurance maternité.	Tiers payant intégral obligatoire (2)
Forfaits pour la prise en charge rapide de la rééducation en sortie d'hospitalisation (AVC et Prado après chirurgie orthopédique)	Tiers payant obligatoire sur la part obligatoire (hors part complémentaire)
Les autres situations de rééducation	Tiers payant possible sur la part obligatoire (hors part complémentaire) (3)

(1) Le tiers payant intégral obligatoire ne concerne que les rééducations en rapport avec un AT, une MP ou une ALD exonérante.

(2) Le tiers payant intégral obligatoire s'applique aux bénéficiaires concernés pour toute rééducation remboursable.

(3) Le MK est libre d'appliquer ou non le tiers payant sur la part remboursée par l'assurance maladie.

En cas de tiers payant par feuille de soins électronique, la caisse dispose d'un délai de paiement de 7 jours ouvrés au-delà desquels une pénalité forfaitaire de 1 € est versée. À compter du 10ème jour ouvré, cette pénalité est portée à 10% de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La caisse fournit au MK les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

ASSURANCE MATERNITE

Les actes des MK réalisés au titre de l'assurance maternité sont pris en charge à 100% avec tiers payant intégral obligatoire.

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).

LES SITUATIONS DE REEDUCATION PRISES EN CHARGE AU TITRE DE L'ASSURANCE MATERNITE

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 ([article R4321-5 du Code de la santé publique](#)). L'examen postnatal doit être effectué par le médecin dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement ([article R2122-3 du Code de la santé publique](#)).

(4) Le MK ne peut réaliser la rééducation périnéale du post-partum qu'au-delà du 90ème jour après l'accouchement ([article R4321-5 du Code de la santé publique](#)).

ACCIDENT DE TRAVAIL / MALADIE PROFESSIONNELLE

Le prescripteur mentionne l'AT ou la MP sur l'ordonnance. Le MK consigne ses actes sur la [feuille d'AT/MP](#) que présente le patient.

Les actes des MK en rapport avec un AT ou une MP sont pris en charge à 100% avec [tiers payant intégral obligatoire](#). Le MK indique la procédure du tiers payant et mentionne l'AT ou la MP sur la [feuille de soins](#).

Les actes des MK sont pris en charge au titre AT/MP :

- à compter de la date de l'AT ou de la MP ou d'une éventuelle rechute jusqu'à la date de la guérison (aucune séquelle) ou de la consolidation (il existe des séquelles) ;
- après la consolidation en cas de séquelles nécessitant une rééducation, le médecin adresse au Service médical un [protocole pour soins après consolidation](#) mentionnant la rééducation.

Aucune prise en charge au titre AT/MP n'est possible après la guérison de l'AT ou de la MP.

2.3 Les actes non remboursables

Le MK peut réaliser des actes hors NGAP sous réserve notamment qu'ils soient de sa compétence (fixée par l'[article L4321-1](#) et les [articles R4321-1 et suivants du Code de la santé publique](#)) et « *fondés sur les données actuelles de la science* » ([article R4321-80 du Code de la santé publique](#)).

Les actes hors nomenclature ne sont pas remboursables.

Les honoraires non remboursables doivent être fixés avec « *tact et mesure* » ([article R4321-98 du Code santé publique](#)).

Les honoraires non remboursables ne doivent pas figurer sur la feuille de soins ([avenant 5 à la convention nationale des MK](#)).

INDEMNITÉ EN CAS DE RENDEZ-VOUS NON HONORÉ PAR LE PATIENT

Selon la [Circulaire N°01620151230 du CNOMK](#), les MK ne peuvent pas « réclamer à leurs patients une indemnité en cas de rendez-vous non honoré ». « *En cas d'absences réitérées de la part d'un patient, le masseur-kinésithérapeute pourra toujours invoquer la clause de conscience (prévue par l'article R. 4321-92 précité du code de la santé publique), garante de la liberté contractuelle du masseur-kinésithérapeute* ».

3. QUELLE LETTRE-CLE UTILISER ?

La NGAP fixe les conditions d'utilisation de la lettre-clé (AMS, AMK ou AMC) selon le type d'acte effectué par le MK et le cas échéant selon le lieu d'exécution (tableau ci-dessous).

Le montant des lettres-clés AMS, AMK et AMC est unique à 2,15€ (tarif en métropole).

Nature des actes	Lieu de réalisation des actes	Lettre-clé à utiliser
Rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques (NGAP, titre XIV, chapitre II, article 1)	Dans n'importe quel lieu de réalisation (cabinet, domicile, structure de soins, établissement...)	AMS
Tous les autres actes des MK à la NGAP	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 en EHPAD une rééducation de l'épaule pour périarthrite scapulo-humérale, quelle lettre-clé ?
AMS.

J'effectue en EHPAD une rééducation de la déambulation du sujet âgé, quelle lettre-clé ?
AMC.

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

4. LES FRAIS DE DEPLACEMENT

Les articles 13 et 13.1 des dispositions générales de la NGAP et l'avenant 5 à la convention nationale des MK fixent 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 ou dans un lieu dans lequel le malade a élu domicile (foyer logement, EHPAD...).

Les frais de déplacement ne peuvent être facturés qu'une seule fois par déplacement. Ainsi, 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 patients 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 selon les modalités au tableau 2 (avenant 5 à la convention nationale des MK).

Les indemnités forfaitaires ne sont pas cumulables entre elles.

L'indemnité kilométrique ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au MK 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).

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).	indemnité forfaitaire + indemnité kilométrique (IK) = 1 IK/km après déduction de 4 km aller-retour en plaine et 2 km aller-retour 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).	

(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. La zone IK figure dans la case IK du pavé d'identification sur les feuilles de soins : facturer des IK plaine en cas de 1 dans la case IK, facturer des IK montagne en cas de 2.

TABLEAU 2
Choix de l'indemnité forfaitaire

Nature de la rééducation réalisée à domicile	Indemnité forfaitaire
« Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres » (NGAP, titre XIV, chapitre II, article 1)	IFO
« Rééducations des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires » (NGAP, titre XIV, chapitre II, article 2)	IFR
« Rééducations des conséquences d'affections neurologiques et musculaires » (NGAP, titre XIV, chapitre II, article 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 » (NGAP, titre XIV, chapitre II, article 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 35ème jour après cette date. Cette limitation temporelle ne s'applique pas aux déplacements liés aux actes réalisés dans le cadre des Prado mis en œuvre par les régimes d'assurance maladie »	IFS
Tous les autres actes de MK	IFD

TARIFS DES INDEMNITES DE DEPLACEMENT



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

- Patient n°1 : rééducation d'une hémiplegie → 1 AMK 9 + 1 IFN (pas d'IK).
- Patient n°2 : rééducation d'une lombalgie → 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. DE possible.

5. LES MAJORATIONS NUIT ET DIMANCHE -JOUR FERIE

L'article 14 des dispositions générales et le préambule du titre XIV de la NGAP fixent les conditions de remboursement des majorations nuit et dimanche - jour férié.

5.1 Principes généraux

Les majorations nuit et dimanche - jour férié :

- ne sont prises en charge par l'assurance maladie qu'à l'occasion d'actes remboursables réalisés pour raison médicale dans les conditions horaires ci-dessous,
- sont cumulables avec les honoraires des actes de rééducation et 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 prescrite par le médecin, séance effectuée à 20h15.
Majoration nuit remboursable.

Je reçois un appel des parents à 17h15 pour rééducation respiratoire urgente d'une bronchiolite prescrite par le médecin, séance effectuée à 20h15.
Majoration nuit non remboursable.

J'effectue une rééducation au long cours d'une BPCO sévère 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).

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).

6. LA DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le chapitre V du titre XIV de la **NGAP** prévoit quatorze « *rééducations soumises à référentiel* » pour lesquelles il existe un nombre de séances au-delà duquel l'accord préalable est nécessaire pour permettre le remboursement. C'est la **Haute Autorité de Santé** 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 dans les quatorze « *rééducations soumises à référentiel* » concerne tous les risques (maladie, AT/MP, maternité).

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.

6.1 Les 14 situations de rééducation du titre XIV soumises à accord préalable

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 51ème 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 16ème séance post-opératoire
	Arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartmentaire	1 à 25 séances	à partir de la 26ème séance post-opératoire
	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	1 à 40 séances	à partir de la 41ème séance post-opératoire
	Ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	1 à 15 séances	à partir de la 16ème séance post-opératoire
	Entorse externe récente de cheville-pied (5)	1 à 10 séances	à partir de la 11ème séance

(1) La lombalgie commune correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse. Sont concernées 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.

(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, au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire*).

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

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 inclut les séances effectuées et à effectuer dans l'indication concernée dont il peut avoir connaissance.

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 le formulaire de demande d'accord préalable auquel est joint la prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le MK (préambule du titre XIV).

Ces documents sont envoyés au Service médical par le MK.



LE CONTENU DE LA DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Nature du document	Support	Contenu
Demande d'accord préalable (le rédacteur est le MK)	Formulaire cerfatisé (peut être téléchargé sur ameli.fr ou commandé auprès de la caisse)	<ul style="list-style-type: none"> Dans la rubrique « <i>actes devant être dispensés</i> », préciser : <ul style="list-style-type: none"> Le nombre de séances soumises à accord préalable, le libellé de l'acte, la cotation (lettre-clé et coefficient), -cocher « <i>actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale</i> ». Dans la rubrique « <i>conditions de prise en charge</i> », préciser le cas échéant le caractère urgent, la réalisation des actes à domicile, une maternité, le lien avec une ALD ou un AT ou une MP... Sur le volet B dans la rubrique « <i>IMPORTANT – le praticien dispensant l'acte doit indiquer les éléments médicaux justifiant l'acte ou la série d'actes</i> », préciser : nature et motifs de la rééducation...
Argumentaire médical (le rédacteur est le MK)	Fiche de synthèse du BDK ou tout autre support	Principaux points à mentionner : <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...
Prescription médicale de la rééducation (le rédacteur est le médecin)	Ordonnance simple (ou bizone pour les rééducations en lien avec une ALD exonérante)	cf. rubrique « <i>prescription médicale</i> » du chapitre 1

ATTENTION

L'argumentaire médical rédigé par le MK doit être suffisamment détaillé pour permettre au médecin conseil de prendre une décision éclairée. Il peut s'agir d'un document indépendant qui peut être la fiche de synthèse du BDK ou tout autre support.

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. 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.

« Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée [envoi au contrôle médical d'une demande d'accord préalable remplie et signée] en portant la mention : « acte d'urgence » » ([article 7C des dispositions générales de la NGAP](#)).

6.5 La formulation de l'avis de la caisse

- En cas d'accord : aucun courrier n'est adressé par la caisse. 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 remboursables (article 7C des dispositions générales de la NGAP).

Un nouveau patient se présente avec une prescription pour rééducation après libération du nerf médian au canal carpien, mon BDK confirme l'indication, dois-je faire une demande d'accord préalable ?
Oui, la demande d'accord préalable est nécessaire après libération du nerf médian au canal carpien. Il faut motiver votre demande par l'argumentaire médical.

Je vais 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 demande d'accord préalable ?
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 demande d'accord préalable ?
Non, car il s'agit de deux séries d'actes (pas de continuité dans le temps). Par contre, la demande d'accord préalable serait nécessaire pour les séances à partir de la 31ème si le nombre total de séances dépassait 30 dans les 12 mois précédents.

7. QUELLE DUREE DE LA SEANCE ? 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 et de nombre de patients.

7.1 Cas général

Traitement individuel

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

La durée de la séance est « de l'ordre de trente minutes » sauf quatre 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 soixante minutes,
- « Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique et prise en charge individuelle » (AMK/AMC 28) dont la durée de séance est de l'ordre de 1h30.

Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients

Le MK prend en charge simultanément plusieurs patients dont le nombre ne peut excéder trois.

Le temps consacré individuellement à chaque patient, par période continue ou fractionnée, doit être de l'ordre de trente minutes (sauf pour les exceptions mentionnées au paragraphe « Traitement individuel » dont les durées de séance sont particulières).

Traitements de groupe

Les traitements de groupe concernent des patients qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance.

Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois.

La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie trente minutes (soit 1h pour 2 patients et 1h30 pour 3 patients). La séance débute et se termine en même temps pour les patients.

Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1er, 2, 3 et 4 du chapitre II du titre XIV de la NGAP soit :

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

La cotation de l'acte correspondant des articles 1^{er}, 2, 3 et 4 du chapitre II est appliquée pour chaque patient.

7.2 Un cas particulier : « Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique en prise en charge de groupe de 2 à 4 personnes avec rééducation respiratoire en individuel »

Référentiel : NGAP, titre XIV, chapitre II, article 5

La séance d'une « durée de l'ordre de 1h30 » comprend :

- la prise en charge en groupe de 2 à 4 personnes comportant le réentrainement à l'exercice sur machine, le renforcement musculaire et l'éducation à la santé,
- la kinésithérapie respiratoire en prise en charge individuelle.



Le MK ne peut pas facturer les actes pour plus de trois patients pris en charge simultanément (sauf l'exception de la « Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique en prise en charge de groupe de 2 à 4 personnes avec rééducation respiratoire en individuel »).



8. LA PRESCRIPTION DU MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

Les MK peuvent prescrire certains dispositifs médicaux et des substituts nicotiniques.

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 l'article L4321-1 du Code de la santé publique, les MK sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par l'arrêté du 9/1/2006 modifié par l'arrêté du 29/6/2006.



LISTE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX QUE LES MK SONT AUTORISÉS À 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.

Selon l'arrêté du 9/1/2006 :

- les MK ne peuvent pas prescrire :
 - les produits et matériels utilisés pendant la séance,
 - 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.

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.

PRESCRIPTION

Selon l'arrêté du 9/1/2006, le MK peut prescrire les sondes et électrodes cutanées périnéales pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire utilisées 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).

REMBOURSEMENT

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 de l'autotraitement à domicile 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, le MK doit apposer la mention NR sur l'ordonnance (non remboursable).

8.2 Prescription des substituts nicotiques

Selon l'article L4321-1 du Code de la santé publique, les MK peuvent prescrire des substituts nicotiques. Depuis 2018, des substituts nicotiques sont remboursables (se reporter à la [rubrique dédiée de ameli.fr](#)).

8.3 L'ordonnance du MK

Quel support ?

Le MK prescrit sur ordonnance simple, manuscrite ou informatisée, en double exemplaire (original destiné au patient et duplicata à sa caisse).

L'ordonnance est consacrée uniquement aux dispositifs médicaux ou aux substituts nicotiques.

Quel contenu ?

L'ordonnance du MK comporte de manière lisible les mentions suivantes :

- l'identification du MK : nom, prénom, qualité, numéro RPPS*...
- l'identification de la structure d'exercice :
 - activité libérale : adresse et numéro d'assurance maladie (N°AM)** du cabinet libéral,
 - activité au titre d'un établissement de santé : dénomination, adresse et numéro FINESS*** de l'établissement,
- les nom et prénom du bénéficiaire,
- la date de rédaction de l'ordonnance,
- la signature obligatoirement manuscrite,
- si la prescription est en rapport avec un AT ou une MP ou une ALD exonérante (ALD 30, hors liste ou polyopathie invalidante) : mention de l'AT ou de la MP ou de l'ALD exonérante,
- pour les substituts nicotiques : formulation qualitative (désignation et dosage du substitut nicotinique et quantitative (posologie, durée de traitement ou nombre d'unités de conditionnement),
- pour les dispositifs médicaux :
 - désignation du dispositif médical, quantité ou nombre de conditionnements,
 - si les dispositifs médicaux sont inscrits à la LPP mais sont prescrits en dehors des conditions de la LPP : mention « NR » (non remboursable) ([article L162-4](#) et [article L162-8](#) du Code de la Sécurité sociale).

*identifiant personnel du MK attribué à vie par l'Ordre,

**numéro attribué par la caisse pour le cabinet libéral,

***numéro d'identification de l'établissement