

■ Les professionnels, en 2010 il est prévu d'ouvrir « Votre espace PRO » aux kinésithérapeutes sur ameli.fr avec une rubrique « le compteur d'actes de kinésithérapie », qui permettra aux masseurs-kinésithérapeutes de vérifier le nombre d'actes de kinésithérapie remboursés au patient et de traiter automatiquement en direct la DEP.

Comptabilisation des séances :

Qu'entend-on par « année filaire » pour déterminer le plafond de 30 séances ?

Le comptage des séances se fait non pas par année civile mais de date à date.

En ce qui concerne les Bouches-du-Rhône à partir de quelle date seront comptabilisées les séances, à compter du 15-07 ou du 01-01-2009 ?

A compter du 15 juillet 2009.

Date de prise en charge des soins :

Lors de l'établissement d'une DEP, à partir de quelle date seront pris en charge les soins qui en découleront : la date d'établissement de la DEP par le praticien, la date d'envoi de la demande par le patient (cachet de la poste), ou la date de réception de la réponse de la Caisse ?

La caisse dispose d'un délai de 15 jours pour se prononcer sur la DEP. A défaut de réponse dans ce délai, son accord est réputé acquis. Les refus sont notifiés à l'assuré avant l'expiration du délai de 15 jours. La date de prise en charge sera :

■ Dans le cas d'un accord, la date à retenir est celle de l'envoi de la DEP.

■ Dans le cas d'un refus de prise en charge, la date à prendre en compte est celle de la réception de la notification de refus.

En matière d'Accident du Travail quelle certitude de prise en charge des soins aura le praticien en cas de silence gardé par la Caisse ?

Si le professionnel commence les soins à partir d'une EP rédigée au vu de la déclaration AT, fournie par l'assuré, ces soins seront remboursés selon la prise en charge AT, en cas de non reconnaissance du caractère professionnel un indu sera fait à l'assuré.

Arrêt de travail :

Si le patient est en arrêt de travail à la fin de la série de soins, faudra-t-il qu'il demande au médecin traitant une prolongation d'arrêt de travail dans l'attente de la réponse de la Caisse (15 jours) à une DEP de poursuite des soins ?

Arrêt de travail et Demande d'Entente Préalable n'ont rien en commun. Ils sont traités séparément.

Soins urgents tels que la kinésithérapie respiratoire :

Comment faire une DEP pour des soins urgents de kinésithérapie respiratoire ?

Le délai de 15 jours ne s'applique pas pour le traitement des bronchiolites ou pour les prescriptions de masso-kinésithérapie concernant la rééducation respiratoire pratiquée sur des enfants de moins de 6 ans.

Le médecin doit-il marquer urgent sur la prescription ?

Oui, la mention « urgent » doit figurer sur la prescription si l'état de santé du patient le nécessite.

Traitement des ententes préalables et prescriptions

Au sommaire :

- ◆ *Le dispositif de l'entente préalable*
- ◆ *Formalités*
- ◆ *Prise en charge des soins*

Juillet 2009

Le dispositif de l'entente préalable

L'UNCAM par décision parue au J.O du 8 mars 2008, a mis en œuvre des nouvelles modalités concernant le traitement de l'EP qui modifient la NGAP en introduisant les dispositions suivantes :

« Les actes des chapitres II, III et VI du présent titre sont soumis à la formalité de l'entente préalable lorsqu'un patient en nécessite plus de trente séances sur une période de douze mois. Cette obligation est applicable pour toute prescription de plus de trente séances, ou lorsque cette prescription porte le nombre cumulé des séances réalisées au cours des douze mois précédents, quels qu'en soient le motif médical et la nature des actes, au-delà de trente ».

Dorénavant, il convient d'établir une demande d'EP dans les situations définies ci-après :

- lorsque l'ordonnance comporte plus de 30 séances de masso-kinésithérapie,
- lorsque, lors de l'établissement du bilan diagnostic kinésithérapique, il est prévu un nombre de séances supérieur à 30,
- lorsqu'une ordonnance porte à plus de 30 le nombre cumulé des séances réalisées au cours des 12 mois précédents, quels qu'en soit le motif médical et la nature des actes.

En tout état, ce nouveau dispositif s'applique à tous les actes de masso-kinésithérapie qu'ils soient pratiqués dans un cabinet libéral ou au sein de structures telles que les centres de rééducation fonctionnelle et autres établissements

Formalités

Transmission des pièces papier et règlement des prestations :

Le remboursement des prestations est-il systématiquement subordonné à la réception concomitante par les caisses de la DEP et de l'original de l'ordonnance qui doivent lui être adressés par l'assuré si ce dernier tarde à exécuter cette démarche ?

Le remboursement des soins est subordonné à la réception des pièces justificatives (DEP et original de l'ordonnance).

En cas de télétransmission, afin de faciliter le règlement au professionnel ou à l'assuré, le kinésithérapeute transmettra les ordonnances correspondant à la facturation à son UGE de rattachement, qu'il y ait eu ou non tiers payant.

Retour de l'original de la prescription :

L'original de la prescription doit-il être renvoyé à la Caisse dans tous les cas (par l'assuré ou le praticien), ou peut-il être conservé par le praticien en cas de FSE et Tiers payant puisque une copie de l'ordonnance a été jointe à la DEP, et alors seulement fourni sur demande de la Caisse a posteriori ?

En règle générale l'original de la prescription doit être renvoyé à la Caisse par le praticien.

En cas de feuilles de soins papier, et en l'absence de tiers payant, la prescription sera jointe par l'assuré à la feuille de soins papier en vue du remboursement

Prise en charge des photocopies d'ordonnances :

Tous les prescripteurs n'établissant pas de duplicatas lisibles de leur prescription, les frais supplémentaires de photocopie engendrés par l'application de cette nouvelle procédure d'échanges de documents seront-ils pris en charge par l'assurance maladie (à l'instar de ce qui est pratiqué pour les pharmaciens) ?

La convention en vigueur ne prévoit aucune prise en charge par l'Assurance Maladie.

Imprimés de demande d'entente préalable :

Comment faire pour se procurer ces imprimés ?

Ces documents, non pré-identifiés, peuvent être commandés via le site ameli.fr ou auprès du service des Imprimés de la CPCAM 131 par courrier au :

**Service des Imprimés
56 chemin Joseph Aiguier
13297 Marseille cedex 9
ou par fax : 04.91.83.71.94**

Prise en charge des soins

Suivi des 30 séances et information du Masseur Kinésithérapeute :

Si le patient n'informe pas le praticien dispensateur des soins de l'atteinte de son quota de 30 séances, l'assurance maladie réglera t'elle les honoraires réclamés de bonne foi par le praticien?

La CNAMTS a prévu d'informer :

■ les assurés sociaux ayant déjà été remboursés de plus de 30 séances au cours des 12 mois précédents. Ces derniers seront informés par la caisse que le remboursement des séances ultérieures sera soumis à entente préalable.