

NGAP 2024

LES ESSENTIELS



Février 2024

Edito

L'avenant 7 à la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes signé le 17 juillet 2023 va avoir, dès le 22 février 2024, un impact important sur votre quotidien.

Deux évolutions majeures sont issues de ce texte : une revalorisation des rémunérations et une nouvelle nomenclature des actes professionnels (NGAP). Celle-ci, plus complète, va vous demander d'acquiescer de nouveaux réflexes en matière de cotation.

Pour vous accompagner dans la prise en main de ce nouvel outil, Cegedim Santé et Santé Formapro vous proposent dans ce livre blanc les essentiels à retenir sur cette nouvelle NGAP, des exemples de cotations avant/après ainsi que des trucs et astuces pour utiliser les cotations au mieux pour assurer votre rémunération.

SOMMAIRE

1 PLUS DESCRIPTIVE ET PLUS RÉMUNÉRATRICE : LES ÉLÉMENTS CLÉS DE LA NGAP 2024

- a) Revalorisation des rémunérations – de 2024 à 2027
- b) Refonte des indemnités de déplacement
- c) La possibilité de facturer plusieurs actes le même jour
- d) 20 nouvelles lettres clés, 95 combinaisons de cotations
- e) Les actes spécifiques valorisés

2 EN PRATIQUE : UTILISER AU MIEUX LA NGAP

- a) Pour mémoriser les lettres clés
- b) Pour réaliser ses cotations efficacement
- c) Pour optimiser le bilan kiné
- d) Pour profiter de la période de transition

3 AVENANT 7 : AUTRES POINTS D'ATTENTION

- a) L'accès direct
- b) Le renouvellement autonome de l'ordonnance
- c) Les zones d'installation
- d) La télésanté encouragée

POUR ALLER PLUS LOIN

BIBLIOGRAPHIE



Les grandes étapes de l'avenant 7

**13 juillet
2023**

Signature de l'avenant 7 entre la FFMKR, Alizé et UNCAM faisant suite à la signature de l'avenant 5 signé le 6 novembre 2017 entre, UNCAM et UNSMKL

Août 2023

les premières mesures entrent en vigueur

- Renouvellement des prescriptions médicales de moins d'un an
- Création d'un plan de traitement en accès direct, sans prescription médicale
- La notion de soins à domicile n'est plus obligatoire sur la prescription médicale

**22 février
2024**

Mise en oeuvre de la nouvelle Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)

**22 février à l'été
2024**

Période de transition entre l'ancienne et la nouvelle nomenclature. La date de fin de la période de transition est encore en discussion entre l'Assurance Maladie et vos syndicats

**1er juillet
2025**

- Revalorisation de 0.6 point des anciens coefficients 7.5
- Revalorisation de 1.3 point des actes de balnéothérapie
- Valorisation de toutes les indemnités de déplacement à 4 €

**1er juillet
2026**

Revalorisation de 0.3 point des anciens coefficients 9.5

**1er juillet
2027**

Revalorisation de 0.3 point des anciens coefficients 7.5

**1er septembre
2027**

Revalorisation de + 1 % pour la rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires

PLUS DESCRIPTIVE ET PLUS RÉMUNÉRATRICE : LES ÉLÉMENTS CLÉS DE LA NGAP 2024

- a) Revalorisation des rémunérations – de 2024 à 2027
- b) Refonte des indemnités de déplacement
- c) La possibilité de facturer plusieurs actes le même jour
- d) 20 nouvelles lettres clés, 95 combinaisons de cotations
- e) Les actes spécifiques valorisés



PLUS DESCRIPTIVE ET PLUS RÉMUNÉRATRICE : LES ÉLÉMENTS CLÉS DE LA NGAP 2024

La nouvelle nomenclature des actes professionnels est entrée en vigueur le 22 février 2024. Elle a pour principales caractéristiques :

- La création de nouvelles lettres clés et de nouveaux actes
- La revalorisation des actes existants

Elle doit permettre aux masseurs kinésithérapeutes de disposer de cotations reflétant mieux la réalité de leurs interventions auprès de leurs patients.

REVALORISATION DES RÉMUNÉRATIONS

De 2024 à 2027

L'avenant 7 prévoit une revalorisation immédiate de la valeur de la lettre-clé et une augmentation progressive des coefficients.

Au 22 février 2024

Augmentation de 3 % de la cotation sur les lettres-clés. Passage de 2.15 € à 2.21 € (2,43 € dans les outre-mer)

En 2025

Anciens actes AMS 7,5 : + 0,6 point au 1er juillet. Actes de balnéothérapie : + 1,3 point au 1er juillet

En 2026

Anciens actes AMS 9,5 : + 0,3 point au 1er juillet. Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires : + 1 point au 1er septembre

En 2027

Anciens actes AMS 7.5 : + 0,3 point au 1er juillet

REFONTE DES INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT

Les cotations actuelles en matière d'indemnités de déplacement (IFO, IFR, IFN, IFP, IFS) ainsi que la ligne « indemnité forfaitaire autonomie de la personne âgée » disparaissent au 1er juillet 2025. Elles sont remplacées par la cote IFS.

Celle-ci est **valorisée à 4 € à compter du 1er juillet 2025.**

Il est désormais possible de facturer des indemnités kilométriques « montagne » si le domicile du patient ou le cabinet du masseur kinésithérapeute est situé en montagne.

**Bon
à savoir !**



LA POSSIBILITÉ DE FACTURER PLUSIEURS ACTES LE MÊME JOUR

La nouvelle NGAP vous **autorise à facturer deux séances à un même patient le même jour**. Il s'agit ainsi de répondre à la demande de la profession notamment pour la prise en charge de patients âgés ou ayant plusieurs pathologies. Désormais, et à condition d'avoir deux prescriptions et qu'il s'agisse de deux régions anatomiques distinctes et pour deux affections de causes diverses, vous pourrez facturer les deux séances à taux plein.

Deux exceptions :

Pour la rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique). Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour et la durée est adaptée en fonction de la situation clinique.

Pour la prise en charge en kinésithérapie respiratoire du patient atteint de mucoviscidose. La fréquence des séances de kinésithérapie dépend de l'âge et de l'état clinique du patient pouvant aller jusqu'à 2 séances par jour en cas d'encombrement important ou d'exacerbation

À noter

L'indication « soins à domicile » n'est plus obligatoire sur l'ordonnance pour réaliser et facturer les soins à domicile.

20 NOUVELLES LETTRES CLÉS

95 COMBINAISONS DE COTATION

L'AMS disparaît de la nomenclature. Quant aux lettres clés AMC et AMK, elles sont conservées pour toute la partie bilan. En revanche, **20 nouvelles lettres font leur apparition**. Chacune correspond à une cible de soins sur une zone anatomique ou domaine. Elle intègre la notion de prise en charge post-opératoire et garde la notion de traitements soumis à référentiel.

Les coefficients changent très peu. En revanche, il est possible de les combiner avec chacune des lettres clés, ce qui donne au final 95 codes actes tous critères confondus.

Soins soumis à référentiel :

Pour rappel, une demande d'accord préalable est nécessaire pour poursuivre un traitement pour 14 pathologies dites à référentiel. Elles correspondent à 36% de l'activité du masseur kinésithérapeute.

À retenir

Les cotations qui ne changent pas ! :

- Toute affection de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (figurant au chapitre II ou III, sauf conséquences des affections neurologiques et musculaires) - AMK / AMC 10.8
- Pour tout traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques, radiculaires ou tronculaires - AMK / AMC 10,7
- Les actes de kiné balnéothérapie restent également en AMK 1.2 ou 2.2 (bassin ou piscine) jusqu'au 1er juillet 2025

LES ACTES SPÉCIFIQUES VALORISÉS

L'avenant 7 valorise plus spécifiquement certaines prises en charges répondant à des enjeux de santé publique. Aussi, elles sont mieux rémunérées. Elles nécessitent le plus souvent **des formations supplémentaires ainsi que du matériel ou de l'équipement adapté**. Il peut ainsi être intéressant de se spécialiser pour mieux prendre en charge ces pathologies.

Voici quelques exemples :

- Rééducation à destination des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap valorisé en TER 16 remboursé 35,2 €. Attention cet actes est pour l'instant suspendu. Il sera soumis à référentiel (en attente d'une validation HAS)
- La création d'un bilan de repérage de la fragilité de la personne âgée : AMK 10, applicable au 1er septembre 2026. Il faut savoir que ce bilan peut être réalisé à l'initiative du masseur kinésithérapeute, souvent bien placé pour noter les changements de cette patientèle. Il peut aussi faire l'objet d'une prescription du médecin. Dans tous les cas, le compte-rendu doit être partagé avec le médecin traitant ou prescripteur
- Le choix de réaliser la consultation à domicile est de la responsabilité du kinésithérapeute. La possibilité de facturer des indemnités forfaitaires spécifiques pour la visite au domicile des patients dépendants – applicable au 1er juillet 2025.
- Pour rappel cette possibilité existe déjà, il s'agit d'une extension dont les modalités seront à préciser en 2025

Ces revalorisations s'inscrivent dans la démarche portée par les pouvoirs publics. Elles viennent compléter des actes déjà valorisés :

- Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique et prise en charge individuelle (=ARL 28 remboursé 61.88 €)
- 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 (=ARL 20 remboursé 44.2 € par patient)

EN PRATIQUE : UTILISER AU MIEUX LA NGAP

- a) Pour mémoriser les lettres clés
- b) Pour réaliser ses cotations efficacement
- c) Pour optimiser le bilan kiné
- d) Pour profiter de la période de transition



EN PRATIQUE : UTILISER AU MIEUX LA NGAP

Chaque professionnel va se créer sa propre manière d'utiliser la NGAP nouvelle mouture. Pour vous aider à vous l'approprier, nous vous proposons toutefois quelques astuces pratiques, issues de nos échanges avec nos partenaires masseurs kinésithérapeutes sur le terrain.

POUR MÉMORISER LES LETTRES CLÉS

Les nouvelles lettres clés sont conçues pour refléter mieux la réalité du quotidien des professionnels. Elles comprennent donc des **indications qui peuvent vous permettre de les mémoriser.**

Lettres RA pour les cotations concernant le Rachis

Lettres AMP - amputation

Lettres ARL - affections respiratoires

Lettres RAV - affections vasculaires

En 2ème position de la lettre-clé

Lettre S - membre supérieur

Lettre I - membre inférieur

En 3ème position de la lettre-clé

Lettre C - suite de chirurgie ou lettre O - opération

Lettre M - Médical

Exemples

RIM = Rééducation du membre inférieur non opéré soumis à référentiel

Ou, I = membre inférieur, M = Médical

VSC = Rééducation des conséquences d'une affection de l'épaule ou du bras opérée (hors référentiel)

Ou S= supérieur, C= chirurgie

Les nouvelles lettres clés

Lettre clé	Signification	Soumis à référentiel
Pathologies et affections du rachis		
RAM	Rééducation du rachis non opéré	
RAO	Rééducation du rachis opéré	
DRA	Rééducation pour déviation du rachis	
Pathologies du membre inférieur ou supérieur non soumises à référentiel		
VIC	Rééducation du membre inférieur opéré non soumis à référentiel	X
VIM	Rééducation du membre inférieur non opéré non soumis à référentiel	X
VSC	Rééducation du membre supérieur opéré non soumis à référentiel	X
VSM	Rééducation du membre supérieur non opéré non soumis à référentiel	X
Pathologies affectant plusieurs territoires, affections neuromusculaires ou rhumatismales inflammatoires		
TER	Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques sur au moins 2 territoires (membres, ou rachis et membres)	
NMI	Rééducation des affections neuromusculaires ou rhumatismales inflammatoires	
Pathologies du membre inférieur ou supérieur soumises à référentiel		
RSC	Rééducation du membre supérieur opéré soumise à référentiel	✓
RSM	Rééducation du membre supérieur non opéré soumise à référentiel	✓
RIC	Rééducation du membre inférieur opéré soumise à référentiel	✓
RIM	Rééducation du membre inférieur non opéré soumise à référentiel	✓
Autres codifications		
APM	Rééducation des amputations	
ARL	Rééducation dans le cadre des affections respiratoires, maxillo-faciales et ORL	
RAB	Rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne	
RAV	Rééducation des affections vasculaires	
RPB	Rééducation des patients atteints de brûlures	
RPE	Rééducation de la déambulation du sujet âgé	
PLL	Soins palliatifs	

POUR RÉALISER SES COTATIONS EFFICACEMENT

L'objectif de cette nouvelle NGAP est de pouvoir tracer les actes réalisés. Ainsi, elle comporte plus de lettres et les coefficients sont eux aussi modifiés pour permettre l'identification de chaque soin. Pour cela, les coefficients varient d'un maximum de +/- 0,03. Aussi, certains d'entre eux comptent aujourd'hui deux décimales après la virgule. Par exemple, au lieu d'un seul et unique coefficient 7,5, vous pouvez aujourd'hui avoir un 7,51 ou un 7,49.

Exemples sur plusieurs actes différents qui étaient tous facturés sur la cotation AMS 7,5. Ils deviennent à partir du 22 février 2024 :

- Rééducation des conséquences d'une fracture avec ou sans luxation, non opérée du coude chez l'adulte = RSM 7,52
- Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien = RSC 7.49
- Rééducation pour lombalgie commune = RAM 7.49 On entend par lombalgie commune une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte. Le terme lombalgie « commune » est préféré à celui de lombalgie « non spécifique » en pratique courante. ([source HAS](#))
- Rééducation des conséquences d'une fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus = RSM 7.5
- Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique = RAM 7,47

les nouvelles normes ont été adressées aux éditeurs de logiciel de gestion de cabinet. Les solutions Cegedim Santé Maïia Kiné et Kiné 4000 intègrent toutes les modifications apportées par l'avenant 7 et de façon ergonomique pour faciliter la cotation.

À retenir



Cotations fréquentes : quelques exemples

Avant

Après

Pathologies / Diagnostics	Ancienne cotation	Nouvelle cotation
Tendinopathie sus épineux	AMS 7.5 - Rééducation d'un membre	RSM 7.49 - Rééducation dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée
Rééducation lombalgie commune	AMS 7.5 - Rééducation du rachis et/ou des ceintures	RAM 7.49 - Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	AMS 7.5 - Rééducation d'un membre	RIC 7.48 - Rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou
Entorse de la cheville sans opération	AMS 7.5 - Rééducation d'un membre	RIM 7.5 - Rééducation d'une entorse externe récente de cheville-pied non opérée
Scoliose dorso-lombaire enfant -18 ans	AMS 7.5 - Rééducation du rachis	DRA 7.5 - Rééducation pour déviation portant sur au moins deux segments rachis
Bronchiolite du nourrisson	AMK 8.5 - Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent	ARL 8.49 - Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent
Parkinson	AMK 10 - Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives (plusieurs membres)	NMI 10 - Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives (plusieurs membres)
Hémiplégie	AMK 9 - Rééducation de l'hémiplégie	NMI 9 - Rééducation de l'hémiplégie
Suite de couches	AMK 8 - Rééducation abdominale du post-partum	RAB 8 - Rééducation abdominale du post-partum

POUR OPTIMISER LE BILAN KINÉ

Le bilan diagnostique kinésithérapique est une partie intégrante et structurante du travail du Kiné. Pour celui-ci les cotations ne changent pas. Il s'agit toujours des lettres AMK ou AMC. Surtout vous avez intérêt à utiliser au mieux cette phase de bilan pour programmer les soins et donc les cotations à appliquer.

Sauf indication contraire sur l'ordonnance du prescripteur, **c'est votre évaluation clinique du patient qui va déterminer quel type de soins réaliser**, sur combien de séances et avec quelles techniques. Ce bilan est donc votre guide pour suivre le patient mais aussi pour déterminer vos cotations.

Vous pouvez facturer un bilan dès la 1ère séance puis ensuite chaque bilan de suivi : à la 30ème séance, puis toutes les 20 séances supplémentaires pour le AMK 10.7. Et à la 60ème séance puis toutes les 50 séances pour le AMK 10.8.

Pour que votre facturation soit toujours la plus proche de la réalité mais aussi optimale en termes de rémunération, il est conseillé:

De coter les bilans initiaux même si vous ne faites qu'une séance

De coter systématiquement les bilans de suivi

Il est très important de **documenter son bilan et son tableau clinique**. Cela vous servira pour justifier vos cotations et **éviter ainsi les indus**. C'est d'autant plus important si votre bilan vous a conduit à préciser une prescription incomplète ou vague du prescripteur.

En
pratique

Comment le bilan kiné peut permettre d'adapter la prescription:

Exemple 1 : Une ordonnance mentionne "*massage/rééducation du genou*" sans préciser le contexte clinique : traumatisme, pathologie, post-opératoire, etc.

Votre bilan kiné va vous permettre d'affiner le diagnostic et après échange avec le patient, vous serez en mesure d'identifier par exemple qu'il s'agit d'une rééducation d'un seul genou après opération et donc de coter au mieux, à savoir VIM 7,51 dans la nouvelle NGAP.

Exemple 2 : L'ordonnance stipule "*massage rééducation du coude suite à une tendinite*". Or, lors du bilan symptomatique, votre constat est que le traitement doit cibler en premier lieu les cervicales. Dans ce cas, la bonne cotation sera d'une rééducation dans le cadre d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique car il n'y a pas de déficit moteur dans le territoire, mais les symptômes sont reproduits lors de la mobilisation des cervicales, soit la cotation RAM 7, 47 de la NGAP 2024.

Pour rappel, la fiche de synthèse du bilan doit être transmise au médecin traitant ou prescripteur. Vous pouvez tout à fait échanger avec lui en amont pour être en accord avec la réalité du soin et, le cas échéant, lui permettre d'éditer une prescription plus conforme.

POUR PROFITER DE LA PÉRIODE DE TRANSITION

Tout ne change pas du jour au lendemain. La nouvelle NGAP a été mise en place le 22 février 2024 mais vous avez jusqu'à l'été 2024 pour passer définitivement dans le nouveau système. Pendant la période de transition, il est possible de poursuivre les traitements en cours avec l'ancienne cotation. **Et la revalorisation de 3 % s'applique déjà à toutes les lettres clés**, même celles vouées à disparaître à l'issue de cette transition.

Règles de facturation conseillées

Selon l'article CNAM du 7 février 2024, à partir du 22 février 2024 et durant une période transitoire de prise en main de la nouvelle NGAP kiné (jusqu'au 1er juin 2024) :

Pour les soins en cours : les anciennes cotations peuvent être utilisées jusqu'au 1er juin 2024 (source CNAM)

Pour les nouvelles prises en charge et les renouvellements (actes réalisés à partir du 22 février 2024) : les nouvelles cotations peuvent être utilisées (indépendamment de la date de prescription, donc même si la prescription est antérieure au 22 février 2024).

Nous vous recommandons afin de sécuriser votre facturation et d'éviter tout rejet, durant la période transitoire de :

Facturer les actes de l'ancienne et de la nouvelle NGAP sur des factures distinctes

Privilégier les anciennes cotations de la NGAP, si la date de prescription est antérieure au 22 février 2024.

Remarque : Des ajustements sur les modalités d'applications de l'avenant 7 sont toujours en cours entre les instances officielles.

Pour tester en pratique la nouvelle NGAP et les nouvelles cotations, vous pouvez utiliser le simulateur en ligne Rhomboid disponible ici : <https://www.cegedim-sante.com/lp-ngap-kine/>



AVENANT 7 : AUTRES POINTS D'ATTENTION

- a) L'accès direct
- b) Le renouvellement autonome de l'ordonnance
- c) Les zones d'installation
- d) La télésanté encouragée

3

AVENANT 7 : AUTRES POINTS D'ATTENTION

Ce dernier avenant a également pour objectif de valoriser le rôle du masseur kinésithérapeute dans le parcours de soin du patient, dans les actions de prévention mais aussi dans l'accès aux soins sur le territoire. Aussi, il comprend plusieurs dispositions qui, sans être aussi structurantes que la NGAP, vont modifier votre quotidien.

L'ACCÈS DIRECT

Désormais le kinésithérapeute peut **exercer sans prescription médicale**. Il y a bien sûr des conditions à respecter :

Exercer dans une structure de coordination (équipes de soins primaires/équipes de soins spécialisés/Centre et Maison de santé) ou établissements de santé ou médico-sociaux

Le nombre de séances est limité à 8 maximum.

Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés doivent être adressés au patient et son médecin traitant

Cette consultation en accès direct est prise en charge par l'assurance maladie comme s'il y avait eu prescription.

LE RENOUVELLEMENT AUTONOME DE L'ORDONNANCE

Depuis le 26 mai 2023, et grâce à l'avenant 7, vous pouvez **renouveler une prescription médicale d'actes de masso-kinésithérapie de moins d'un an** (sauf indication contraire du médecin). Et vous pouvez réaliser ces séances dans un délai de plus d'un an.

Lors de ce renouvellement vous pouvez déterminer le nombre de séances et le type de séances à effectuer. Seule contrainte : vous devez en informer le médecin prescripteur initial.

Si les actes prescrits sont soumis à référentiel, le calcul des séances tient compte de la prescription initiale et de son renouvellement.

Lors de la facturation des séances, vous transmettez la copie de la prescription modifiée via SCOR sans oublier de remettre l'original à votre patient.

LES ZONES D'INSTALLATION

Les mesures déjà mises en place pour favoriser l'installation des professionnels dans les zones déficitaires sont renforcées par l'avenant 7. Pour **inciter les masseurs kinésithérapeutes à choisir d'exercer en zone manquant de praticiens**, il est prévu :

L'augmentation des aides en zone prioritaires sous-dotées et très sous-dotées (jusqu'à 49 000 € sur 4 ans soumis à conditions).

L'élargissement des territoires concernés par ces dispositifs incitatifs (15 % de la population en « zone très sous-dotée » et 15 % de la population en zone « sous-dotée »)

L'extension des zones non prioritaires (ex-sur dotées). Ce qui correspond aux bassins de vie qui couvrent 30 % de la population française.

L'obligation pour les étudiants en K1 en 2023 souhaitant s'installer en libéral sous convention, de justifier d'une première expérience professionnelle libérale de 2 ans dans une zone sous-dotée ou d'une première expérience en établissement sanitaire ou médico-social.

LA TÉLÉSANTÉ ENCOURAGÉE

La crise Covid a permis de mettre en lumière la possibilité pour les masseurs kinésithérapeutes comme pour les autres professionnels de santé de réaliser des actes à distance. L'avenant prend donc la mesure de cette tendance et crée le cadre permettant à tous l'exercice de la télésanté.

Téléexpertise

Vous pouvez, afin d'améliorer la prise en charge de votre patient, **solliciter une téléexpertise médicale**. Vous êtes **le seul juge de la nécessité de cette intervention extérieure**. Le médecin restant libre d'y répondre ou non. Il s'agit d'un échange asynchrone sans présence du patient et la confidentialité des échanges ainsi que la sécurité des données doivent être assurées. (via MSS ou tout moyen utilisant des serveurs agréés HDS). Cette mesure entrera en vigueur en mars 2024

Cette téléexpertise peut être cotée en un RQD valorisé à 10 €, limité à 2 demandes d'avis par an et par patient. En l'absence de la carte vitale du patient, la facturation se fait en mode SESAM sans vitale si votre logiciel le permet (logiciels agréés, ou en mode dégradée dans le cas contraire) avec interrogation du service ADRI.

La téléexpertise

La téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter l'avis à distance d'un ou de plusieurs professionnels médicaux (médecins et sages-femmes) en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières susceptibles de répondre à la question posée, sur la base d'informations de santé liées à la prise en charge d'un patient.

Définition



Télésoin

Le télésoin est un acte réalisé à distance en vidéo transmission entre vous et votre patient. Et il vous revient de déterminer si c'est pertinent. **Cette possibilité s'étend à toutes les séances sauf la première** au cours de laquelle est réalisé le bilan diagnostic kinésithérapique initial. Sont également exclus :

- Tout acte nécessitant un contact direct (exemple : acte de rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent)
- Tout acte nécessitant un équipement spécifique auprès du patient (exemple : balnéothérapie)

Le patient doit avoir donné son consentement à la réalisation d'un acte de télésoin. Et les séances doivent apparaître dans le bilan kiné du patient. Les actes en télésoin sont facturés avec la lettre-clé TMK affectée des mêmes coefficients que les actes réalisés en présence du patient et selon les règles de la NGAP.

Comme pour la téléexpertise, le télésoin nécessite des conditions qui garantissent la confidentialité des échanges entre le kiné et le patient et la sécurisation des données médicales échangées.

En l'absence de la carte vitale du patient, la facturation se fait en mode SESAM sans vitale si votre logiciel le permet (logiciels agréés, ou en mode dégradée dans le cas contraire), avec interrogation du service ADRI.

Forfait d'aide à la modernisation

Le FAMI permet de bénéficier :

- D'une aide de 490 euros définie dans l'avenant 5 (télétransmettre au moins 70% de vos FSE, disposer d'un logiciel compatible DMP, SCOR, MSS)
- D'une aide de 100 euros définie dans l'avenant 5 d'engagement dans une prise en charge coordonnée des patients

Auxquelles s'ajoutent une aide à l'équipement pour l'activité de télésanté :

- Une aide de 350 euros pour l'équipement de vidéo transmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposées en matière de recours aux actes de télésanté ;
- Une aide de 175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste sera établie sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année.

Il est important de noter qu'elle peut être perçue indépendamment de l'atteinte des indicateurs sociaux du FAMI (SCOR, taux de télétransmission, etc.).



POUR ALLER PLUS LOIN

Sur la NGAP au quotidien

- Pour retrouver l'essentiel des informations sur la NGAP 2024 et ses usages :
<https://www.cegedim-sante.com/lp-ngap-kine/>
- A consulter et télécharger le tableau complet des cotations avant/après la mise en œuvre de la NGAP ainsi que le détail du calendrier de revalorisation:
<https://www.cegedim-sante.com/wp-content/uploads/2023/12/NGAP-Kine-122023.pdf>
- Vous utilisez KINE+4000, retrouvez une démo vidéo de la nouvelle NGAP dans votre logiciel :
<https://youtu.be/bFRSkq4G47I?si=1PzspeNpLWvrlS4E>
- Vous utilisez Maiia Gestion, le logiciel de gestion de Maiia Kiné, retrouvez une démo vidéo de la nouvelle NGAP dans votre logiciel :
https://www.youtube.com/watch?v=IJpOCdzkvJU&embeds_referring_euri=https%3A%2F%2Fwww.cegedim-sante.com%2F&source_ve_path=OTY3MTQ&feature=emb_imp_woyt

Sur les prescriptions

- La Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK) et l'inter-syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale ont élaboré un livret de prescription pour aider généralistes et masseur kinésithérapeutes à mieux communiquer entre eux. Même s'il porte sur l'ancienne NGAP, il explique l'essentiel du rapport MG/MK :
<https://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2021/02/Livret-de-prescription-VF-1.pdf>



BIBLIOGRAPHIE

- Publication de la nouvelle NGAP au Journal Officiel :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049101979>

- Texte officiel de l'avenant 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs kinésithérapeutes libéraux et l'assurance maladie telle que publiée sur le site de l'Assurance Maladie (CNAM) :

<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Avenant%207%20à%20la%20convention%20nationale%20des%20masseurs-kinésithérapeutes.pdf>

- Introduction : La nouvelle nomenclature des actes de kinésithérapie (CNAM)

<https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/nouvelle-nomenclature>

- LA NGAP en version complète en date de février 2024 (CNAM)

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Nomenclature-generale-des-actes-professionnels_09022024.pdf

- La synthèse des modifications apportées par les avenants précédents à la convention ainsi que les liens vers les textes officiels (CNAM)

<https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/textes-reference/convention/avenants>