

Mémo à destination des masseurs-kinésithérapeutes

Accompagnement de l'Assurance Maladie lors de l'installation en secteur libéral

Juin 2026

1. RECEVOIR UN PATIENT ET ÉTABLIR LE BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE
2. CONDUIRE LA RÉÉDUCATION
3. FACTURER ET TÉLÉTRANSMETTRE
4. VOUS FAIRE REMPLACER
5. POUR EN SAVOIR PLUS
6. VOS INTERLOCUTEURS, CONTACTS UTILES



RECEVOIR UN PATIENT ET ÉTABLIR LE BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE

LA PRESCRIPTION DE LA RÉÉDUCATION

Tout acte doit être prescrit. Un acte prescrit n'est pas obligatoirement remboursable. Les actes non-inscrits à la NGAP sont facturables au patient mais non remboursables par l'Assurance Maladie.

À noter :

- la durée de validité d'une ordonnance après la date de prescription n'a pas de limite réglementaire. Cependant, sans obligation, **il est conseillé de ne pas initier un traitement en utilisant une ordonnance de plus d'un an**, dans une démarche de prévention d'actes non justifiés ou iatrogènes.
- La notion de soins « à domicile » sur la prescription médicale n'est plus obligatoire pour réaliser et facturer des soins au domicile du patient.
- Les prescriptions n'ont plus à être qualitatives ni quantitatives. En revanche, lorsque le médecin indique un nombre de séances, le kinésithérapeute ne peut pas aller au-delà.

Exceptions :

- Les actes réalisés dans le cadre de l'**accès direct** lorsque vous exercez **en établissement ou structures d'exercice coordonné** (équipes de soins primaires/équipes de soins spécialisés, centres de santé et maison de santé) ou dans le cadre de l'expérimentation de l'accès direct en CPTS (dans les 20 départements concernés).
 - Dans le cas où le patient n'a pas eu de diagnostic médical préalable, le nombre de séances que vous pouvez facturer en accès direct est limité à 8 par patient par épisode de soins (la durée d'un épisode de soins étant de 3 mois). Cette situation peut notamment concerner le premier épisode d'une situation aiguë.
 - À l'inverse, lorsqu'il existe un diagnostic médical préalable pour le patient, cette limitation du nombre de séances ne s'applique pas.
- **en cas d'urgence et en l'absence de médecin** (article L4321-1 du code de la santé publique).

Toutes les cotations des actes de masso-kinésithérapie et conditions de facturation sont accessibles sur **ameli.fr**



FOCUS : renouvellement des ordonnances

Dans le cadre d'un renouvellement, vous pouvez adapter les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, sauf indication contraire du médecin (vous devez cependant renseigner le numéro de prescripteur spécifique 291991123).

Les marges d'adaptation du traitement par le kinésithérapeute portent sur le nombre de séances renouvelées ou sur le type de séances à effectuer. Le changement de type de rééducation peut entraîner, s'il est justifié, un changement de cotation. Vous devez indiquer sur la prescription votre identification complète (nom, prénom, n°), la mention « renouvellement masseur-kinésithérapeute », la durée du renouvellement en nb de séances, le type de séance si adaptation, la date, votre signature.

LE BILAN DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE (BDK)

Le **Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK)** est l'acte visant à établir les **déficiences et incapacités fonctionnelles du patient**, le **diagnostic kinésithérapique** et le **projet thérapeutique**.

C'est un **instrument de qualité des soins et de coordination avec les autres professionnels** qui est réalisé au début de chaque prise en charge, pour toute rééducation et quel que soit le nombre de séances.



ZOOM : contenu et facturation du BDK

Ce bilan est le reflet des examens cliniques successifs que vous réalisez et comporte :

- L'évaluation initiale des déficiences ;
- L'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles.

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

Ce **BDK** est **enrichi au fil des traitements** par la description du protocole thérapeutique mis en œuvre (choix des actes et 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, les conseils éventuellement donnés au patient, les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...).

Vous communiquez autant que de besoin avec le médecin notamment au travers de la fiche de synthèse du BDK. La transmission du BDK initial au médecin prescripteur n'est pas obligatoire si le nombre de séances est inférieur à 10.

La cotation du BDK est forfaitaire : **AMK 10.7 ou AMK 10.8** selon le type de traitement (cf. NGAP chap I, section 2) :

- La cotation du BDK est AMK 10.7 « pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 30^e 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 10.8 « pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 60^e 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 1^{re} 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.

LA PRESCRIPTION DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire **certains dispositifs médicaux** (dont la liste est fixée par [l'arrêté du 9/01/2006](#) modifié par [l'arrêté du 29/06/2006](#)) et des **substituts nicotiniques** (se reporter à la [rubrique dédiée sur ameli.fr](#)).

Vous établissez votre prescription sur ordonnance simple, manuscrite ou informatisée comportant : votre identification, l'identification de votre structure d'activité, l'identification du bénéficiaire, la date, votre signature, ainsi que la durée du traitement le cas échéant (par exemple pour les substituts nicotiniques).



CONDUIRE LA RÉÉDUCATION

LA RÉÉDUCATION

Vous élaborez le projet thérapeutique dans le BDK et le mettez en œuvre. Le nombre de séances est déterminé par vos soins en fonction du BDK établi et de l'évaluation du patient.

→ **À noter : 14 situations de rééducation prévoient un nombre limité de séances au-delà duquel un accord préalable est nécessaire** pour permettre le remboursement (se reporter à la rubrique dédiée sur ameli.fr).

La demande d'accord préalable est à établir sur le formulaire dédié auquel est joint la prescription accompagnée d'un argumentaire médical puis à adresser au service médical de la caisse de rattachement du bénéficiaire. Cette demande doit être effectuée avant l'exécution des actes. 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.

La **durée d'une séance est de l'ordre de 30 minutes**, sauf exceptions prévues par la NGAP (rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent, rééducation pour un lymphœdème du membre supérieur, réadaptation respiratoire kinésithérapique).

Pour les **traitements de groupe** (qui concernent des patients qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation et pour lesquelles le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois), la durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie 30 minutes (soit 1h pour 2 patients et 1h30 pour 3 patients).

Si vous choisissez d'accueillir **en parallèle deux ou trois patients** (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps que vous consacrez individuellement à chaque patient doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée. Un acte est facturé par patient.

LES ACTES DE TÉLÉSANTÉ

- **Le télésoin :**

Tous les actes peuvent être réalisés en télésoin sauf les actes nécessitant un contact direct en présentiel avec le patient (est notamment exclu du télésoin l'acte de rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent) et des actes nécessitant un équipement spécifique non disponible auprès du patient. Le patient ne doit pas vous être inconnu (au moins un BDK ou un acte réalisé par vous pour ce patient dans les douze mois précédents). Le 1^{er} soin doit être réalisé en présentiel, de même que les BDK initiaux. 20% maximum de l'activité conventionnée globale peut être réalisée en télésoin.

- **La téléexpertise :**

Vous pouvez solliciter une téléexpertise auprès d'un professionnel médical. Le recours à cette téléexpertise est apprécié par vos soins au cas par cas.



LA FACTURATION DES ACTES

Seuls les actes inscrits à la NGAP et que vous effectuez personnellement dans le champ de vos compétences sont pris en charge par l'Assurance maladie.

En conséquence, ne sont pas remboursables : les actes non-inscrits à la NGAP ; les actes inscrits à la NGAP pour lesquels les conditions de prise en charge ne sont pas remplies (exemple : rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs sans trouble trophique ni retentissement articulaire) ; les actes hors compétence ; les actes non effectués...

Les honoraires non remboursables doivent être fixés avec « tact et mesure » et ne doivent pas figurer sur la feuille de soins.

Le dépassement d'honoraire est interdit lors de la facturation d'un acte remboursable sauf le dépassement exceptionnel (DE) (pour circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence du malade) qui n'est pas remboursable.

À noter : obligation d'information

- Vous êtes tenu d'informer votre patient sur les honoraires que vous pratiquez. Les mentions obligatoires doivent être affichées sur votre lieu d'exercice.
- Depuis le 1^{er} février 2009, en cas de dépassement d'honoraires, une information écrite préalable doit être remise au patient dès lors que le montant total des honoraires facturés est égal ou supérieur à 70 €, dépassement d'honoraires inclus.

La **NGAP** s'impose aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'Assurance Maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation.

- Tout acte est désigné par une lettre clé et un coefficient.
- La lettre clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.
- Selon le type de l'acte, les lettres clés à utiliser sont différentes et le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Exemples de rééducations des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques ([NGAP, titre XIV, chapitre II, article 1](#)) :

Lombosciatique :

Il s'agit de la « Rééducation des conséquences d'une affection du rachis lombo-sacré hors référentiel » :

sans chirurgie : RAM 8.11 ; avec chirurgie : RAO 8.09

La NGAP précise bien : « La cotation est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur ».

Rééducation du rachis et d'une épaule :

Si la gêne de l'épaule est la conséquence de la pathologie cervicale (névralgie cervico-brachiale), la cotation est RAM 8.12 ; en revanche si la pathologie de l'épaule est une tendinopathie de la coiffe, donc bien distincte de celle du rachis cervical, la cotation est TER 9.81.

- Le montant actuel des lettres-clés, hors télésoins (TMK) et téléexpertises (RQD) est unique à 2,21 euros en métropole et 2,43 euros dans les départements ou régions d'outre-mer.

Cumul de 2 actes

Il est possible d'effectuer deux séances le même jour à la condition d'avoir deux prescriptions distinctes, pour des affections en rapport avec des articles de la NGAP différents, portant sur deux régions anatomiques distinctes et réalisés lors de deux séances distinctes facturées à taux plein par dérogation à l'article 11B de dispositions générales.

Frais de déplacement

Les frais de déplacement s'appliquent aux **actes remboursables réalisés au domicile du patient**. Les frais de déplacement comprennent l'indemnité forfaitaire de déplacement, associée le cas échéant à une indemnité kilométrique. L'indemnité forfaitaire n'est facturable qu'**une seule fois par déplacement** pour les établissements soumis au CSAF, comme les EHPAD. Les indemnités kilométriques ne sont facturables qu'une fois par déplacement.

LA RÉSIDENCE DU PATIENT ET LE DOMICILE PROFESSIONNEL	LE MK FACTURE
• sont dans la même agglomération quelle que soit la distance. • ne sont pas dans la même agglomération et sont distants de moins de 2 km en plaine ou de moins de 1 km en montagne⁽¹⁾.	indemnité forfaitaire seule (pas d'indemnité kilométrique).
• ne sont pas dans la même agglomération et sont distants de plus de 2 km en plaine ou plus de 1 km en montagne⁽¹⁾.	indemnité forfaitaire + indemnité kilométrique (IK) = 1 IK/km après déduction de 4 km aller-retour en plaine et 2 km aller-retour en montagne ⁽¹⁾ .

⁽¹⁾ Le MK peut facturer des IK "Montagne" « Si l'un ou l'autre des domiciles du patient ou cabinet du MK se situe en zone montagne »

Il est possible de facturer l'**indemnité forfaitaire de déplacement spécifique (IFS)**, d'une valeur de 4€, en sus des cotations suivantes lorsque l'acte est réalisé à domicile :

- acte de l'article 1-D du titre XIV de la NGAP « Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres » (TER 9,49 ou TER 9,51) ;
- actes de l'article 2 du titre XIV de la NGAP « Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires » (NMI 8 ou NMI 9,01) ;
- actes de l'article 4 du titre XIV de la NGAP « Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires » (NMI 8,5 à 11,01 (hors 9,01) ou TER 16) ;
- actes suivants de l'article 5 du titre XIV de la NGAP : « rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) » (ARL 8,5) et « Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose » (ARL 10) ;
- actes de l'article 1 des paragraphes A, B, C, E, F après intervention pour motif orthopédique ou traumatologique, de la sortie d'hospitalisation au 35^e jour après cette sortie afin de permettre une meilleure adéquation de placement en établissement soins médicaux et de réadaptation (SMR). Pour ces actes, la limitation temporelle au 35^e jour ne s'applique pas aux déplacements liés aux actes réalisés dans le cadre des programmes d'accompagnement du retour à domicile ;
- actes de rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé du même article (RPE 8,5).

Pour les autres cotations c'est l'IFD de 2,50 € qui s'applique.

Majoration de nuit, dimanche et jour férié Les majorations nuit/dimanche/férié se justifient dès lors que l'acte est urgent ou justifié par l'état du patient.

En complément : Voir la rubrique d'aide à la facturation sur ameli.fr.

2. FACTURATION ET TÉLÉTRANSMISSION

Facturation et télétransmission des Feuilles de Soins Electroniques (FSE)

- Vous demandez à votre patient sa carte Vitale (physique ou application mobile) afin de signer la feuille de soins et de sécuriser votre facturation. À défaut, vous pouvez télétransmettre la FSE en mode dégradé (uniquement avec votre carte CPS), c'est-à-dire non signée électroniquement par le patient. Aussi, cela implique de transmettre la feuille de soins papier correspondante, signée via le téléservice SCOR (dématérialiser l'envoi des pièces justificatives papiers, ordonnances et feuilles de soins dégradées).

Votre facturation doit correspondre à des **actes prescrits et réalisés par vos soins**¹.

- Vous disposez d'un délai de 3 jours ouvrés² en cas de paiement direct de l'assuré ou de 8 jours ouvrés en cas de dispense d'avance de frais (donc de tiers payant) pour télétransmettre vos FSE à l'Assurance Maladie.
- Ce délai court à partir de la facturation de l'acte si celui-ci est unique, ou à partir du dernier acte présenté au remboursement dans le cadre de la prescription d'une série d'actes. Pour des actes en série, vous avez la possibilité de télétransmettre vos factures sans attendre le dernier soin, ce qui peut vous permettre un meilleur suivi des actes facturés auprès de l'Assurance Maladie.

Facturation et traitement des rejets



POUR ÉVITER DES REJETS, VÉRIFIEZ QUE LA PRESCRIPTION CONTIENT BIEN :

- **L'identification complète du prescripteur** (nom, qualification, numéro d'identification FINESS et RPPS du médecin pour les établissements, numéro Assurance Maladie et RPPS pour les libéraux)
- **Le nom et le prénom du patient**, éventuellement son âge, son sexe, son poids et sa taille
- **La date de rédaction** de l'ordonnance
- **Le type de soins**
- **Le rapport ou non du traitement avec une ALD** (ordonnancier bizone) ou avec un accident du travail (AT) ou une maladie professionnelle (MP) (avec la date de l'AT/MP)
- **La signature du prescripteur**

N'hésitez pas à contacter le prescripteur en cas de doute ou d'oubli de sa part.

¹ L'émission d'une facture vous engage personnellement, même si elle est réalisée par une société de facturation en votre nom.

² art. R.161-47 du code de la sécurité sociale

Les retours

Dès lors que vous lui transmettez les lots des factures électroniques en mode SESAM Vitale, l'Assurance Maladie met à votre disposition **un retour d'informations électronique**.

Vous recevez en retour **deux types de fichiers** :

- **L'accusé de réception logique** (ARL) qui vous confirme la bonne réception de vos fichiers par l'Assurance Maladie.
- Le **retour NOEMIE** (Norme Ouverte d'Echange entre l'assurance Maladie et les Intervenants Extérieurs) qui contient l'ensemble des informations relatives aux paiements et/ou rejets éventuels de vos factures et autres prestations, issu du traitement de vos factures par l'Assurance Maladie.

Le traitement de votre facturation

Dès la réception des lots par la CPAM, vous recevrez un **courriel** listant :

- les paiements,
- les rejets à traiter par vos soins accompagnés de consignes de traitement claires et adaptées,
- les rejets traités directement par la CPAM.

Pour ce faire, il est nécessaire d'informer la CPAM de votre adresse mail.

LE TIERS PAYANT

- Depuis le 1^{er} janvier 2017, les soins pris en charge au titre de l'assurance maternité ou en lien avec une affection de longue durée (ALD) bénéficient du tiers payant intégral.
- Vous devez pratiquer le tiers payant pour les **bénéficiaires** de la Complémentaire santé solidaire (**CSS**), et de l'Aide Médicale d'État (**AME**), ainsi que pour les patients victimes d'un accident du travail (AT), d'une maladie professionnelle (MP), victime de guerre ou attentat (SMG).
- Vous pouvez également pratiquer le tiers payant pour la part obligatoire pour l'ensemble de votre patientèle.

Comment facturer la part complémentaire pour les patients bénéficiaires de la CSS ?

L'identification des bénéficiaires de soins au regard de la CSS peut être faite :

- à partir de la carte Vitale,
- de l'attestation de droit à la CSS,
- d'ADRI (cf. 7.ADRI).

TÉLÉTRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES VIA SCOR

Intégré à votre logiciel métier, le service SCOR (SCannérisation des ORDonnances) permet, lors de la réalisation de la FSE (Feuille de Soins Electronique), de numériser la ou les pièces justificatives et de la (les) transmettre directement à la caisse de rattachement de l'assuré.

- Vérifiez régulièrement la présence et la qualité des fichiers PDF avant envoi pour éviter une créance pour manque de PJ ou pour PJ illisible.
- N'oubliez pas de vérifier vos confirmations de réception SCOR (ARL positif) car **si les PJ ne sont pas transmises, une créance pour absence de PJ pourrait vous être notifiée. En cas d'échec de l'envoi, une nouvelle transmission est possible.**

La transmission des pièces justificatives (prescription médicale, feuille de soins signée par l'assuré en cas de télétransmission en mode dégradé) doit s'effectuer simultanément à la télétransmission de vos factures.



PS



Caisse gestionnaire



- Le **respect du délai de transmission**, 3 jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré ou 8 jours ouvrés en cas de dispense d'avance de frais (donc de tiers payant), permet d'éviter des retards de paiement.
- Vous devez conserver vos **pièces justificatives** pendant 90 jours même en cas d'envoi via SCOR.
- Dans l'hypothèse d'un envoi papier de vos pièces justificatives, les documents sont à adresser mensuellement par voie postale avec le bordereau de lot récapitulatif des factures transmises. Le bordereau doit être positionné en première page, suivi des factures classées par ordre d'apparition sur le bordereau.

Pensez à indiquer sur l'enveloppe « **Pôle télétransmission MK** ».



ATTENTION

Les DAP accompagnées d'une copie de l'ordonnance doivent être adressées 15 jours avant le début des soins à l'attention du médecin conseil par voie postale.

MODES DE FACTURATION

TYPE DE FACTURATION	DISPOSITIF UTILISÉ	AVANTAGES	REMARQUES
Facturation SESAM-Vitale à privilégier		Respect de la garantie de paiement en Tiers Payant. Paiement habituel dans les 48 heures avec pénalités de retard payées par l'AMO si au-delà de 7 jours.	Les flux sont signés électroniquement et protégés de toute intervention par un tiers. La transmission des pièces justificatives (prescription médicale) est obligatoire pour les actes prescrits.
Facturation dégradée (en cas d'absence de carte ou d'appli carte Vitale)		Pas de garantie de paiement en Tiers Payant. Pas de pénalités payées par l'AMO en cas de paiement au-delà de 7 jours.	La facturation d'une facture dématérialisée sous norme B2 implique l'envoi des pièces justificatives (prescription médicale et feuille de soins).
Facturation B2 (à utiliser en dernier ressort)	Sans objet	Pas de garantie de paiement. Pas de pénalités payées par l'AMO paiement au-delà de 7 jours. Facturation avec des progiciels qui s'appuient sur la norme IRIS/B2 « Inter régime »	Ce type de facturation ne doit pas être privilégié et ne doit être effectuée que dans certains cas comme par exemple les patients bénéficiaires de l'AME, recyclage des factures rejetées. La facturation d'une FSE sous norme B2 implique l'envoi des pièces justificatives (prescription médicale et feuille de soins).
Facturation à l'aide d'une feuille de soin papier		Pas de garantie de paiement. Pas de pénalités paiement au-delà de 7 jours. Engagement de l'AMO d'un paiement à 20 jours.	Ce type de facturation ne doit pas être privilégié.

FORFAIT D'AIDE À LA MODERNISATION ET À L'INFORMATISATION DU CABINET

5 indicateurs obligatoires pour bénéficier de l'aide annuelle de 490 €

- Disposer d'un logiciel métier compatible DMP
- Disposer d'une version du cahier des charges SESAM-Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence
- Utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'Assurance Maladie des pièces justificatives numérisées
- Atteindre un taux de feuilles de soins électroniques (FSE) supérieur ou égal à 70 %
- Disposer d'une messagerie sécurisée de santé (MSS)

1 indicateur complémentaire (si atteinte des pré-requis) de 100 € pour l'implication dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients (MSP, CPTS, ESP, etc.)

2 indicateurs optionnels télésanté

Liste des indicateurs disponible sur ameli.fr.

ADRI

Avec l'utilisation du service ADRI (Acquisition des DRoits intégrée), c'est l'**assurance de facturer avec des droits à jour**, notamment pour les situations spécifiques telles que la CSS, l'ALD, la maternité.

Le service ADRI d'acquisition des droits en ligne est une source de référence des droits de pour les professionnels de santé libéraux. Il vous fournit l'ensemble des informations d'identification d'un bénéficiaire de soins, ainsi que :

- ses droits sur la part obligatoire,
- ses droits complémentaires réglementaires (C2S, AME, ACS),
- ses droits complémentaires en gestion unique.

Ce service permet de **fiabiliser les factures en limitant les situations de rejets** en lien avec des problématiques d'écarts concernant la situation médico-administratives. En effet, contrairement à la carte Vitale dont le contenu peut être obsolète à la date de réalisation de certains actes, le service ADRI permet de récupérer des informations à jour car récupérées au plus proche des référentiels.

Pour toute facturation, votre logiciel peut être paramétré pour qu'il y ait un appel automatique :

- Lorsque la carte Vitale est absente ou n'est plus à jour (droits de base expirés en carte).
- À tout moment, un appel manuel à ce service est toujours possible pour vérifier la situation de votre patient.

Vous connaîtrez également les coordonnées de l'organisme d'affiliation de vos patients ainsi que l'existence ou non d'un médecin traitant.

Pour obtenir et pouvoir utiliser ce service, contactez votre éditeur de logiciel de facturation SESAM-Vitale.



VOUS FAIRE REMPLACER

Avant de vous engager, vérifiez que le masseur-kinésithérapeute remplaçant :

- est titulaire d'un diplôme d'État en kinésithérapie et réunit toutes les conditions nécessaires à son exercice dans le cadre de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes ;
- a effectué ses démarches auprès de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de son lieu de résidence et dispose d'une autorisation de remplacement en cours de validité ;
- dispose d'un contrat de Responsabilité Civile Professionnelle ;
- dispose d'une carte CPS remplaçant.



Vous devez conclure un contrat de remplacement avec le masseur-kinésithérapeute qui vous remplace et le transmettre à l'Ordre.

→ Un contrat-type de remplacement est disponible sur le site du conseil de l'Ordre.

De votre côté :

- vous vous engagez à ne pas exercer en tant que masseur-kinésithérapeute libéral pendant la durée du remplacement ;
- si vous recourez à plusieurs remplaçants pour la même période de remplacement, ces professionnels ne peuvent pas intervenir sur les mêmes horaires.



POUR EN SAVOIR PLUS

→ [NGAP et LPP](#)

→ [ameli](#)

→ [amelipro](#)

→ [Déontologie des masseurs-kinésithérapeutes](#)

(Articles R4321-51 à R4321-145 du Code de la santé publique)

VOS INTERLOCUTEURS, CONTACTS UTILES

Numéro d'appel dédié :

3608

Service gratuit
+ prix appel

SERVICE RPS

SERVICE MÉDICAL

DNS / DAM

TÉLÉTRANSMISSIONS