

Convention Nationale des Masseurs-Kinésithérapeutes

extrait - 16 mai 2007 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 245 sur 413 - extrait

Fait à Paris, le 3 avril 2007.

Pour l'UNCAM :

Le directeur général,

F. VAN ROEKEGHEM

Pour la FFMKR :

Le président,

A. BERGEAU

Pour l'Union :

Le président délégué,

T. MARECHAL

Préambule

Afin de préserver le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie auquel elles sont attachées, les parties signataires entendent contribuer, chacune pour leur part, à la qualité des soins et au bon usage des ressources qui lui sont consacrées par la collectivité.

Conscientes de la situation financière de l'assurance maladie, les parties signataires ont pour objectif d'accroître l'efficacité du système de soins, de manière à participer à son équilibre économique tout en dégagant les ressources nécessaires à la juste rémunération des actes de masso-kinésithérapie.

L'UNCAM et les syndicats représentatifs des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont convenu, dans le courant de l'année 2006, de négocier une nouvelle convention nationale.

Les parties signataires se sont rencontrées à plusieurs reprises afin d'élaborer un nouveau texte.

Elles se sont engagées à concrétiser cette démarche par la conclusion d'une convention nationale innovante, intégrant notamment les thématiques suivantes :

- une vie conventionnelle renouvelée ;
- un accès aux soins préservé et amélioré ;
- une meilleure orientation des patients dans leur parcours de soins ;
- un développement de la prévention et de la coordination des soins ;
- une valorisation de la profession des masseurs-kinésithérapeutes au travers de la nomenclature de leurs actes et de la formation continue conventionnelle ;
- une amélioration des relations entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses.

Les parties signataires conviennent par ailleurs de la nécessité d'une relation conventionnelle de qualité reposant sur des relations régulières permettant de tenir compte rapidement de l'adaptation des pratiques et des techniques masso-kinésithérapiques aux besoins de la population, de la profession et aux moyens de l'assurance maladie.

TITRE Ier

QUALITÉ DES SOINS DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE ET MAÎTRISE MÉDICALISÉE

Les partenaires conventionnels, soucieux de répondre aux grandes problématiques de santé publique, souhaitent promouvoir, dans le cadre d'un régime fondé sur les preuves, la qualité et l'efficacité des soins en s'appuyant notamment sur les recommandations de la Haute Autorité de santé.

1.1. Les références et recommandations en masso-kinésithérapie

Les recommandations et les références professionnelles élaborées par la Haute Autorité de santé en matière de masso-kinésithérapie seront prises en compte par les partenaires au fur et à mesure de leur publication, afin de participer à l'amélioration des pratiques professionnelles.

Les partenaires veilleront à ce que la mise en application de ces recommandations et références place le patient au coeur du système de santé, et y associeront l'ensemble des acteurs concernés.

Ils s'accordent en premier lieu pour mettre en oeuvre, sans délai, les recommandations de la HAS du 29 mars 2006 déterminant une liste d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge de façon préférentielle en cabinet de ville par un masseur-kinésithérapeute libéral.

En second lieu, ils définissent comme prioritaire la mise en oeuvre des recommandations de la Haute Autorité de Santé de mai 2005 relatives à la prescription et à la prise en charge de la rééducation kinésithérapique dans la lombalgie commune.

1.2. Optimisation du placement en soins de suite et de réadaptation et en centres de rééducation fonctionnelle et engagements de maîtrise médicalisée

A la suite de la publication par la HAS, conformément à l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le 29 mars 2006, de recommandations déterminant une liste d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge de façon préférentielle en cabinet de ville par un masseur-kinésithérapeute libéral, des études médico-économiques ont été menées par l'UNCAM en fonction des données disponibles et des possibilités actuelles des systèmes d'information.

A l'issue de ces études, les parties signataires constatent que le respect de ces recommandations est de nature à accroître l'efficacité du système de soins, malgré l'absence de fongibilité à ce jour entre l'enveloppe des soins de ville et l'enveloppe hospitalière.

Elles constatent par ailleurs que la mise en oeuvre de ce dispositif d'orientation du patient adulte vers la prise en charge la plus adaptée à son besoin de soins, son contexte de vie et son état de santé nécessite la participation active des médecins prescripteurs. C'est pourquoi, les parties signataires ont engagé des discussions sur ce thème avec les syndicats représentatifs des médecins libéraux, et s'accordent pour rendre opérationnelles, sans délai, les recommandations de la HAS.

Les masseurs-kinésithérapeutes s'engagent à garantir la qualité de la prise en charge et la continuité des soins en sortie d'hospitalisation, en concertation avec le médecin prescripteur. La fiche de synthèse, reflet du bilan-diagnostic kinésithérapique, prend ici tout son sens comme outil de coordination entre le

masseur-kinésithérapeute et le médecin.

La HAS a été saisie, au début de l'année 2007, afin de parachever ses travaux relatifs à la liste complémentaire des actes qui pourraient relever d'une prise en charge en cabinet de ville par un masseurkinésithérapeute libéral.

Les parties signataires souhaitent évaluer, une fois par an, sur la base des indicateurs précisés ci-après, la portée des mesures mises en place.

Elles conviennent de la diminution de la part des séjours MCO des patients de 18 à 79 ans sans comorbidité ni multipathologies avec diagnostic principal appartenant à l'un des 6 groupes retenus (*) comportant au moins un acte des listes I ou II issues des recommandations HAS et poursuivis en SSR, sur la totalité des séjours MCO des patients de 18 à 79 ans.

Les partenaires conventionnels se fixent pour 2008 l'objectif suivant :

- de 4,9 % à 3,4 % pour le secteur privé ;
- de 8,7 % à 7,2 % pour le secteur public.

Au regard des résultats de ces évaluations annuelles, et sous réserve d'une concertation régulière avec les prescripteurs éventuellement concernés par ces thèmes, un bilan général sera réalisé pour permettre aux partenaires conventionnels de décider d'éventuelles mesures d'ajustement du dispositif.

(*) Les groupes retenus sont :

- arthroses, lésions et déformations articulaires, enthésopathies, ostéochondropathies ;
- mononévrites, affections des racines et des plexus nerveux ;
- traumatologie (membres supérieurs et inférieurs, rachis) et séquelles ;
- cervico-dorsopathies ;
- anomalies ou malformations congénitales ;
- complications, autres soins.

1.3. Prévention en masso-kinésithérapie

Dans le cadre des travaux réalisés au cours de l'année 2006 par l'UNCAM et les syndicats, il est apparu que les partenaires conventionnels estiment très important de développer le sujet de la prévention ; par ailleurs, la profession souhaite particulièrement voir son implication reconnue en ce domaine.

Conscientes de la place des masseurs-kinésithérapeutes comme acteurs de santé publique dans leur domaine d'intervention, les parties signataires s'engagent à poursuivre, en 2007, leurs travaux visant à définir et mettre en oeuvre des actions de prévention, notamment dans le domaine de la rééducation rachidienne, dont le champ serait délimité et qui favoriseraient une meilleure coordination avec le médecin traitant.

1.4. Masso-kinésithérapie et coordination des soins : promotion du bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK)

Les parties signataires entendent encourager l'utilisation du bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) en tant qu'outil privilégié de promotion de la qualité des soins et de favoriser la coordination entre le médecin traitant et le masseur-kinésithérapeute libéral, au service des patients, par le biais de la fiche

de synthèse. Conscients des difficultés actuelles de mise en oeuvre du BDK, les partenaires ont mis en place un groupe de travail visant à optimiser son fonctionnement à travers la simplification des circuits, une concertation préalable avec les prescripteurs et une normalisation des outils.

Les partenaires conviennent de mettre en oeuvre ses conclusions par voie d'avenant ou par tout autre moyen juridique pertinent.

Les parties signataires reconnaissent également, au vu de leur expérience, que la seule méthode efficace pour atteindre une généralisation d'emploi du BDK, chaque fois que cela est médicalement pertinent, repose sur un travail d'accompagnement de l'ensemble des acteurs concernés.

Elles mettront en place tous les outils nécessaires à la pleine réalisation de cet objectif, notamment en termes de formation des prescripteurs et des masseurs-kinésithérapeutes et d'information des assurés.

1.5. *Suivi médicalisé de l'activité*

1.5.1. Suivi de l'activité individuelle

a) Principes

Les parties conviennent de définir les modalités du suivi de l'activité individuelle des masseurs-kinésithérapeutes et notamment la méthodologie à observer pour assurer ce suivi en tenant compte des conditions spécifiques d'exercice de la profession.

Le dispositif de suivi mis en place est fondé sur une analyse quantitative et qualitative de l'activité individuelle (approche médico-économique) prenant en considération divers éléments concourant particulièrement à la bonne distribution de soins de qualité en masso-kinésithérapie et à l'amélioration de la pratique de la masso-kinésithérapie.

b) Suivi individuel de la promotion du BDK

L'objectif du suivi individuel du BDK, facteur de qualité et d'efficience des soins, est d'observer son développement au travers de la pratique de chaque professionnel, et du poids de la prise en charge individuelle de cet acte au niveau national et départemental.

Les caisses évalueront pour chaque masseur-kinésithérapeute la part de BDK réalisés dans son activité. De plus, le nombre de bilans-diagnostic kinésithérapiques facturé par le masseur-kinésithérapeute sera comparé à la moyenne du département.

La procédure le cas échéant applicable à la suite de ce suivi est précisée en annexe 7.2.

Ce suivi fera l'objet d'un bilan annuel par la CSPN qui fera parvenir ses conclusions aux CSPD.

Les modalités de la mise en oeuvre de ce suivi pourront être réévaluées dans le cadre du groupe simplification administrative et donner lieu à un avenant.

1.5.2. Suivi et évaluation de l'activité de masso-kinésithérapie

a) Principes

Les parties signataires considèrent que le suivi collectif et l'évaluation de l'activité doit être réalisé dans trois domaines, médical, économique et social.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à ce suivi, les masseurs-kinésithérapeutes s'engagent à conserver dans le dossier médical du patient les renseignements nécessaires au suivi et à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou du service

médical de l'assurance maladie réalisée selon les modalités définies entre les parties signataires. En contrepartie les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des masseurs-kinésithérapeutes les éléments analytiques pour le suivi.

b) *Suivi collectif de l'activité de rééducation des actes des listes I ou II issues des recommandations de la HAS du 29 mars 2006*

Le dispositif mis en place est notamment fondé sur une analyse qualitative de la prise en charge et de la continuité des soins dispensés aux patients par les professionnels dont l'activité porte sur la rééducation des actes des listes I ou II issues des recommandations HAS du 29 mars 2006.

Ce suivi sera réalisé sur un échantillon de patients ayant des soins de masso-kinésithérapie réalisés en ville suite à au moins un acte des listes suscités.

Les parties signataires conviennent de recueillir certains éléments permettant d'apprécier la qualité de la prise en charge et la continuité des soins en sortie d'hospitalisation, en faveur des patients :

- pour le domaine médical notamment :
 - la nature des actes ;
 - le délai entre date de sortie d'hospitalisation et début des séances ;
- pour le domaine économique notamment par l'évolution de la part de ces patients pris en charge par un masseur-kinésithérapeute ;
- pour le domaine social notamment par l'âge des patients, leur lieu de vie, la part de patients bénéficiant de la CMU, la part de patient exonérés du ticket modérateur.

La méthode utilisée, les critères retenus ainsi que les informations à recueillir à des fins d'évaluation médicale, économique et sociale dans le cadre du suivi et de la régulation médicalisée individuelle feront l'objet d'une validation par la commission socioprofessionnelle nationale. Les conclusions de ce suivi permettront aux parties conventionnelles d'adopter conjointement des mesures de régulation pour optimiser la qualité et l'efficacité des soins.

TITRE II

VALORISATION DE L'ACTIVITÉ DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

En cohérence avec les recommandations de la HAS du 29 mars 2006, les partenaires souhaitent aménager la nomenclature de manière à mieux valoriser les actes de rééducation ostéo-articulaires et rachidiennes.

A cet effet, ils s'entendent sur une revalorisation des cotations suivantes (affectées de la lettre-clé AMS) de l'article 1^{er} du chapitre II du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) :
Les parties conventionnelles s'engagent à mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour que ces mesures soient applicables dès le lendemain de la publication de la présente convention au *Journal officiel*.

LIBELLÉ DE L'ACTE selon nomenclature	COEFFICIENT	
	Actuel	Proposé
Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même, que la rééducation porte sur l'ensemble du membre ou sur un segment de membre)	7	7,5
Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres.....	9	9,5
Rééducation et réadaptation après amputation de tout ou partie d'un membre, y compris l'adaptation à l'appareillage : - amputation de tout ou partie d'un membre..... - amputation de tout ou partie de plusieurs membres	7 9	7,5 9,5
Les cotations afférentes aux quatre actes ci-dessus comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures.		
Rééducation du rachis et/ou des ceintures, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculaire n'entraînant pas de déficit moteur).....	7	7,5
Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis.....	7	7,5

Les mesures définies ci-dessus ne s'appliqueront que sous réserve de la publication préalable de la modification de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires conventionnels conviennent de se réunir régulièrement pour analyser les résultats obtenus et envisager les possibilités de revalorisations tarifaires, ou, le cas échéant, de nomenclature, c'est-à-dire, en termes de valorisation de la lettre-clé ou de cotations d'actes, dégagées notamment par les résultats de la maîtrise médicalisée et par les marges prévues par les lois de financement de la sécurité sociale.

Un premier point d'étape sera entrepris avant la fin de l'année 2007, au vu du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et des premiers résultats obtenus.

TITRE III

MODALITÉS D'EXERCICE CONVENTIONNEL

3.1. Champ d'application de la convention

La présente convention s'applique, d'une part, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses de mutualité sociale agricole et aux caisses du régime social des indépendants et, d'autre part, exclusivement aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral, pour les soins dispensés au cabinet, au domicile du malade et dans les structures de soins dès lors que ceux-ci sont tarifés à l'acte.

Pour être prises en charge dans le cadre de la convention, les prestations de masso-kinésithérapie doivent être facturées à l'acte et exécutées par un professionnel libéral conventionné.

Sont exclus du champ d'application de la convention :

- l'activité des masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans des locaux commerciaux ;
- les masseurs-kinésithérapeutes salariés exclusifs exerçant dans un établissement public ou privé d'hospitalisation ou dans un centre de santé.

Les masseurs-kinésithérapeutes sont tenus de faire connaître aux caisses leur numéro d'inscription à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de leur département d'exercice, ainsi que l'adresse de leur lieu d'exercice professionnel principal et/ou secondaire.

Il peut s'agir soit d'un cabinet personnel, soit d'un cabinet de groupe, soit d'une société. Les masseurs-kinésithérapeutes doivent faire connaître aux caisses les modifications intervenues dans leur mode d'exercice dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

Lorsqu'un masseur-kinésithérapeute a la qualité de salarié d'un professionnel de santé libéral, il doit faire connaître aux caisses : le nom, l'adresse et la qualification de son employeur et l'indication de son propre numéro d'immatriculation à la sécurité sociale.

Les masseurs-kinésithérapeutes placés sous le régime de la présente convention s'obligent à ne pas utiliser comme moyen de publicité (*) auprès du public la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie par les caisses d'assurance maladie.

Pour donner lieu à remboursement sur la base des tarifs conventionnels, les soins dispensés doivent être effectués soit à domicile en cas de nécessité médicale, soit dans des locaux distincts de tout local commercial et sans aucune communication avec celui-ci.

(*) La publicité s'entend de tout procédé visant par son contenu, sa forme, sa répétition, à attirer la clientèle vers un cabinet, une société ou un établissement de soins déterminés.

3.2. La démographie des masseurs-kinésithérapeutes

Les parties signataires soulignent que l'installation des masseurs-kinésithérapeutes libéraux – comme pour l'ensemble des professionnels de santé – est caractérisée par de fortes disparités géographiques. De ce fait, dans les zones à faible densité démographique, les patients peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins, tandis que les conditions de travail des professionnels de santé sont dégradées.

Afin de mettre en oeuvre une politique de gestion prévisionnelle de la démographie et de la répartition géographique de l'activité, en partenariat notamment avec l'Etat et les collectivités territoriales, les

parties signataires estiment nécessaire d'obtenir un constat détaillé de l'état de la démographie des masseurskinésithérapeutes au niveau local.

Les missions régionales de santé (MRS), créées par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, ont notamment pour mission de définir les zones rurales et urbaines déficitaires en offre de soins de massokinésithérapie.

Dès publication de l'arrêté déterminant les zones déficitaires, les partenaires conventionnels conviennent de proposer des mesures structurantes pour remédier aux difficultés rencontrées dans ces zones.

Les parties signataires mettront notamment en oeuvre des outils complémentaires qui permettront aux masseurs-kinésithérapeutes s'installant dans ces zones de bénéficier d'un accompagnement spécifique et adapté (développement des outils d'aide à l'installation inst@lsanté et c@rtosanté).

En outre, sur les zones considérées comme déficitaires, les partenaires mèneront des réflexions autour du :

- déploiement d'une offre de service globale dédiée à l'installation des jeunes masseurs-kinésithérapeutes ;
- soutien au développement de cabinets pluridisciplinaires dans les zones sous-dotées ;
- l'expérimentation de mesures liées aux dispositions législatives prévoyant la possibilité de moduler la participation des caisses aux avantages sociaux des professionnels installés en zone déficitaire.

Les parties signataires souhaitent évaluer la portée des mesures qui seront mises en place en terme de maintien et d'amélioration de l'offre de soins dans les zones déficitaires.

Ils définissent les indicateurs de suivi et d'évaluation à mettre en oeuvre.

Une première évaluation aura lieu au terme d'une année de mise en oeuvre : elle permettra aux partenaires conventionnels de décider d'éventuelles mesures d'ajustement du dispositif.

Les commissions socioprofessionnelles régionales, dans le cadre de leurs missions définies au point 5.3.2 de la présente convention, seront l'interlocuteur de la MRS pour la définition des zones ; ces commissions seront également chargées le cas échéant de suivre la mise en oeuvre des dispositifs relatifs à la démographie négociés au plan national.

Les parties conventionnelles conviennent également que ces travaux sur la démographie devront intégrer la problématique des zones à forte densité en masseurs-kinésithérapeutes, afin d'envisager les mesures permettant un rééquilibrage de la répartition des professionnels sur le territoire.

3.3. Délivrance des soins aux assurés

3.3.1. Modalités pratiques liées à l'activité du professionnel

a) Le libre choix du patient

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les masseurs-kinésithérapeutes légalement

autorisés à exercer en France et placés sous le régime de la présente convention.

Les caisses s'engagent à ne faire aucune discrimination entre les masseurs-kinésithérapeutes

placés sous le régime de la présente convention et les autres praticiens ou professionnels conventionnés, légalement habilités à dispenser les mêmes actes.

Les caisses s'engagent à donner à leurs ressortissants toutes informations utiles sur la situation des masseurs-kinésithérapeutes de leur circonscription au regard de la présente convention. Les syndicats locaux peuvent faire de même à l'égard de leurs adhérents.

b) La situation des remplaçants

Le remplaçant d'un masseur-kinésithérapeute placé sous le régime de la présente convention est tenu de faire connaître aux caisses son numéro d'inscription à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que l'adresse du cabinet professionnel dans lequel il assure son activité de remplaçant.

Durant la période effective de son remplacement, le masseur-kinésithérapeute remplacé s'interdit toute activité dans le cadre conventionnel, à l'exception toutefois du suivi d'une formation continue conventionnelle.

Les caisses pourront, en tant que de besoin, demander la communication de l'attestation de remplacement.

Le masseur-kinésithérapeute remplacé vérifie que le masseur-kinésithérapeute remplaçant remplit bien les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention. Ainsi, il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le remplaçant prend la situation conventionnelle du remplacé. En conséquence, le masseur-kinésithérapeute remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, un masseur-kinésithérapeute déconventionné.

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé dans le cadre des suivis d'activité et de dépenses.

Cette disposition sera annulée de plein droit dès que la reconnaissance des remplaçants dans les systèmes d'information de l'assurance maladie sera mise en oeuvre.

3.3.2. Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Les masseurs-kinésithérapeutes s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents sur support papier ou électronique conformes aux modèles prévus par les lois et règlements en vigueur.

Pour les actes dispensés dans un établissement ou une structure d'hébergement et non pris en charge par l'assurance maladie à un autre titre (forfait de soins,...), les masseurs-kinésithérapeutes doivent noter sur la feuille de soins, à côté du pavé d'identification, l'adresse et la raison sociale de l'établissement (maison de retraite, foyer logement...) ou de la structure où ont été effectués les soins.

L'UNCAM s'engage à consulter les organisations syndicales nationales signataires préalablement à toute création ou modification d'imprimés nécessaires à l'application de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

3.3.3. Rédaction des ordonnances

Le masseur-kinésithérapeute formule ses prescriptions sur une ordonnance portant, de façon lisible, son nom, son adresse et son numéro d'identification ainsi que le nom et le prénom du bénéficiaire.

Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision nécessaire ; elles doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

En application de l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale, lorsqu'il prescrit un dispositif médical non remboursable, le masseur-kinésithérapeute en informe son patient et porte la mention « NR » sur l'ordonnance, en face de la spécialité ou du produit concerné.

Les parties signataires à la présente convention s'engagent à porter à la connaissance des partenaires locaux toute information utile sur les modalités d'application du droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes.

3.3.4. Facturation des honoraires

Lors de chaque acte, le masseur-kinésithérapeute porte sur la feuille de soins ou le document de facturation toutes les indications prévues par la réglementation en vigueur :

- lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, le masseur-kinésithérapeute est tenu de mentionner ces actes sur une feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu ;
- lorsque le masseur-kinésithérapeute réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, ce dernier n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale ;
- dans les situations où le masseur-kinésithérapeute réalise des actes ou prestations remboursables (y compris le DE) et non remboursables au cours de la même séance, il porte uniquement les premiers sur la feuille de soins.

La prestation des soins, y compris lorsqu'il s'agit d'actes en série, doit être mentionnée au jour le jour, en utilisant la cotation prévue à la nomenclature générale des actes professionnels.

Le masseur-kinésithérapeute est tenu d'inscrire, sur la feuille de soins ou le document de facturation, l'intégralité du montant des honoraires (y compris le DE) qu'il a perçus au titre des actes remboursables et en donne l'acquit par sa signature.

Il ne donne l'acquit que pour les actes qu'il a accomplis personnellement, et pour lesquels il a perçu l'intégralité des honoraires dus, réserve faite des dispositions du point 3.3.6. En cas d'actes en série, sous réserve de respecter les dispositions prévues au présent point, le masseur-kinésithérapeute peut éventuellement donner l'acquit des honoraires lorsque la série des séances est achevée.

Sous réserve d'une modification éventuelle de la réglementation en vigueur, le masseur-kinésithérapeute remplit et signe les imprimés nécessaires aux demandes d'entente préalable dans les conditions prévues à la nomenclature générale des actes professionnels.

En aucun cas, la feuille de soins acquittée ne doit être conservée par le masseur-kinésithérapeute, sous réserve des dispositions réglementaires ou contractuelles particulières applicables à certaines catégories d'assurés.

3.3.5. Facturation des soins effectués par un masseur-kinésithérapeute salarié

Lorsque les actes sont effectués par un masseur-kinésithérapeute salarié d'un membre d'une profession médicale ou d'un auxiliaire médical :

- les feuilles de maladie sur lesquelles sont inscrits les soins doivent permettre l'identification nominale et codée de l'employeur, suivie de l'identification nominale du masseur-kinésithérapeute salarié ;
- le masseur-kinésithérapeute salarié atteste la prestation de l'acte et le professionnel de santé employeur le paiement des honoraires ; ils apposent respectivement leur signature dans la colonne réservée à l'exécution de l'acte et dans la colonne réservée à l'attestation du paiement des honoraires ;
- la signature du professionnel de santé employeur, sur la feuille de soins, engage sa responsabilité sur l'application, par le masseur-kinésithérapeute salarié, des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs en vigueur.

Ces différentes conditions doivent être obligatoirement remplies pour que ces actes donnent lieu à un remboursement par la caisse.

3.3.6. Modalités de paiement des honoraires

a) *Le règlement direct*

Le patient règle directement au masseur-kinésithérapeute ses honoraires. Seuls donnent lieu à un remboursement par l'assurance maladie les actes prescrits pour lesquels le masseur-kinésithérapeute atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés, conformément à la réglementation en vigueur.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, le masseur-kinésithérapeute peut porter, sur la feuille de soins, la mention « acte gratuit ».

b) *Modalités particulières*

Actes réalisés dans un établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier :

Pour les actes de masso-kinésithérapie effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier, la part garantie par la caisse peut, dans les conditions prévues par la législation en vigueur, être versée selon le choix du professionnel :

- soit globalement à un praticien, exerçant dans l'établissement, désigné par l'ensemble des dispensateurs de soins ;
- soit individuellement, à chaque masseur-kinésithérapeute.

Dispense d'avance des frais :

En dehors des cas de dispenses d'avance des frais légales (aide médicale d'Etat, CMU,...), le masseurkinésithérapeute libéral peut accepter, dans des cas exceptionnels justifiés par des situations sociales particulières, le paiement différé de ses honoraires.

Dans ce cas, le masseur-kinésithérapeute coche, sur la feuille de soins, la (les) case(s)

suivante(s) :

« l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et/ou « l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire ».

La procédure de paiement différé des honoraires s'applique pour les dépenses relevant des risques maladie et maternité, au sens du code de la sécurité sociale.

Tout assuré entrant dans l'un des cas visés au présent article et porteur d'une prescription de soins de massokinésithérapie peut, sur présentation de sa carte Vitale ou de son attestation d'ouverture de droit, solliciter le bénéfice du paiement différé des honoraires dus au masseur-kinésithérapeute.

La procédure de dispense d'avance des frais ne pourra cependant être utilisée que pour les actes effectués à l'occasion d'un traitement de longue durée dont le coût total est au moins égal à 30 AMK.

En l'absence d'ouverture des droits aux prestations, la caisse en avise le masseur-kinésithérapeute et l'assuré.

Elle restitue le dossier de l'assuré concerné au masseur-kinésithérapeute.

En cas d'erreur de transmission du dossier, la caisse précise, s'il y a lieu, l'organisme dont relève l'assuré afin que le masseur-kinésithérapeute le lui transmette.

En l'absence d'exonération du ticket modérateur constatée lors de la liquidation, la caisse règle la part due par l'assurance maladie au masseur-kinésithérapeute.

Le recouvrement de la participation de l'assuré est laissé à la diligence du masseur-kinésithérapeute. Le masseur-kinésithérapeute ne peut, lorsqu'il utilise cette procédure, appliquer les dispositions de la convention concernant les dépassements (DE).

Le règlement des dossiers s'effectuera directement par la caisse au masseur-kinésithérapeute, pour la part obligatoire, dans un délai qui ne saurait excéder quinze jours en cas de feuille de soins papier et cinq jours en cas de feuille de soins électronique.

3.4. Télétransmission des documents nécessaires au remboursement

Dans le cadre de la réglementation relative à la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les parties signataires ont défini comme suit les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement des actes de masso-kinésithérapie.

3.4.1. Télétransmission des feuilles de soins électroniques par les masseurs-kinésithérapeutes

Tout masseur-kinésithérapeute adhérent à la présente convention s'engage à offrir le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux.

Il met en oeuvre les moyens nécessaires à la réalisation et à l'émission des feuilles de soins électroniques conformément à la réglementation et à la dernière version du cahier des charges ou l'addendum du cahier des charges, publié par le GIE SESAM-Vitale.

Les parties signataires à la convention favorisent la procédure d'échange électronique des feuilles de soins sécurisées, notamment en menant des actions partenariales en direction des masseurs-

kinésithérapeutes qui ne facturent pas sous format électronique SESAM-Vitale.

Ces actions se traduisent notamment par l'identification des correspondants dans chaque organisme local de l'assurance maladie, de manière à apporter toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires, sur le dispositif SESAM-Vitale et sa mise en oeuvre.

Compte tenu des aides décrites ci-après, les parties signataires conviennent de faire progresser de manière significative le taux de télétransmission des feuilles de soins électroniques d'ici le terme de la convention. Ils s'engagent sur une progression annuelle du taux de télétransmission, avec pour objectif d'atteindre à terme un taux de télétransmission de l'ordre de 85 %.

Les parties signataires s'accordent pour considérer que c'est par l'incitation des praticiens à télétransmettre, et non par des sanctions conventionnelles, que cet objectif pourra être atteint.

3.4.2. Maintenance et évolution du système SESAM-Vitale

L'assurance maladie met en oeuvre les moyens nécessaires :

- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, contraintes par des changements techniques ou demandées par les usagers ;
- pour faciliter aux masseurs-kinésithérapeutes les opérations de mise à jour du système qui les concernent.

Le masseur-kinésithérapeute met en oeuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la dernière version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux et pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques, également en cas de dysfonctionnement de son équipement.

3.4.3. Aides à la télétransmission

a) Aide pérenne

Les masseurs-kinésithérapeutes reçoivent, à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention, une aide forfaitaire annuelle d'un montant de 300 euros.

Cette aide est octroyée pour les FSE élaborées, émises par le masseur-kinésithérapeute et reçues par la caisse conformément aux spécifications SESAM-Vitale, lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 70 %. Concernant les masseurs-kinésithérapeutes dont le taux de télétransmission se situe entre 65 % et 70 %, la commission socioprofessionnelle départementale examinera les situations individuelles et, en fonction des motifs de non-atteinte du taux de 70 %, pourra décider à titre dérogatoire du versement de l'aide pérenne.

Le taux de télétransmission est égal au ratio entre le nombre d'actes télétransmis et le nombre d'actes total établi selon les données issues du système national informationnel de l'assurance maladie. Le calcul s'effectue sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année considérée ou, lorsque le professionnel a démarré la télétransmission au cours de l'année, à compter du premier jour du mois qui suit sa date de première feuille de soins électronique sécurisée.

La télétransmission d'une feuille de soins non sécurisée ne peut faire l'objet d'une aide à la télétransmission.

b) Aide à la maintenance

En contrepartie de l'obligation de maintenance, une aide forfaitaire de 100 euros sera versée chaque année à la condition d'avoir transmis au moins une feuille de soins électronique sécurisée au cours de l'année considérée.

c) Aide CPS

Les coûts relatifs à l'attribution de la carte de professionnel de santé sont pris en charge par les caisses pour la durée de la présente convention. Il en va de même pour les coûts relatifs à la carte dite de personnels d'établissements (CPE) attribuée à leur salarié, dans la limite d'une CPE par masseur-kinésithérapeute libéral conventionné.

d) Modalités de versement

Chaque aide est versée annuellement par les caisses d'assurance maladie, au plus tard au mois de mars de chaque année au titre de l'année civile précédente.

Chaque aide est versée par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'installation du masseur-kinésithérapeute, pour le compte de l'ensemble des régimes.