



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES

6 février 2025

CPAM du Territoire de Belfort

19/03/2025

SOMMAIRE

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

04

POINTS DIVERS

DÉSIGNATION PRÉSIDENT ET VICE-PRÉSIDENT

PRÉSIDENCE 2025 SECTION SOCIALE

VALIDATION DU COMPTE- RENDU DU 26/09/2024

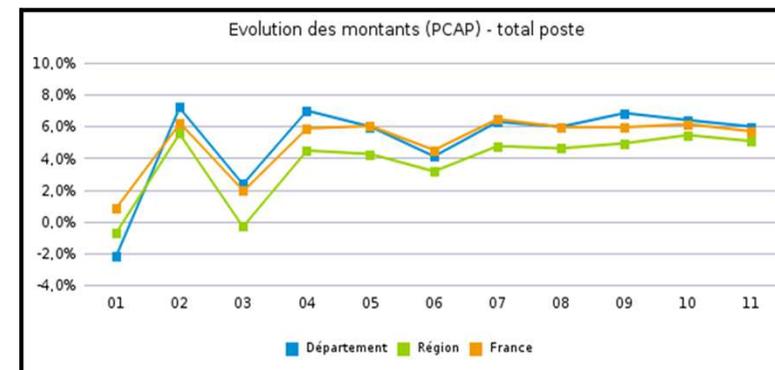
01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 30 NOVEMBRE 2024

Postes de dépenses	Territoire de Belfort			BFC	France
	Montants	Evolution (€)	Evolution (%)		
TOTAL	7 027 846 €	396 481 €	6,0%	5,1%	5,7%
Actes de rééducation (avenant 7)	3 490 581 €				
Rééduc. abdominale et périnéo-sphinctérienne	67 864 €				
Rééducation du rachis	608 645 €				
Rééduc. déambulation du sujet âgé	77 808 €				
Rééduc. des affections spécifiques	264 203 €				
Rééduc. des membres	1 154 913 €				
Rééduc. multi-territoriales	913 746 €				
Rééduc. neuromusculaire et rhumatismale	400 724 €				
Rééduc. soins palliatif	2 679 €				
Actes historiques	2 887 535 €	-3 157 337 €	-52,2%	-55,8%	-53,2%
AMC	50 241 €	-31 412 €	-38,5%	-60,4%	-55,4%
AMK	648 666 €	-612 411 €	-48,6%	-53,2%	-51,4%
AMS	2 188 628 €	-2 513 514 €	-53,5%	-56,5%	-53,9%
Bilan diagnostic kinésithérapique	348 014 €	34 025 €	10,8%	9,3%	10,7%
BDK	348 014 €	34 025 €	10,8%	9,3%	10,7%
Autres rémunérations	165 103 €	33 988 €	25,9%	21,1%	8,7%
Forfaits aide à l'informatisation	41 000 €	1 570 €	4,0%	5,8%	7,5%
Option démographique	124 103 €	32 418 €	35,4%	28,3%	10,1%
Frais de déplacements	135 472 €	-4 537 €	-3,2%	-4,0%	-2,7%
Frais de déplacements	135 472 €	-4 537 €	-3,2%	-4,0%	-2,7%
6 Forfaits spécifiques	1 140 €	-240 €	-17,4%	6,2%	-5,3%
FAD - Retour à domicile post chir. ortho.	1 040 €	-240 €	-18,8%	-12,2%	-15,8%
FRD - Forfait prise en charge AVC	100 €	0 €	0,0%	71,8%	19,4%

- Augmentation des dépenses plus forte dans le Territoire de Belfort (+396 481€ soit +6,0%) qu'en Bourgogne-Franche-Comté (+5,1%) et en France (+5,7%).
- Des évolutions des dépenses très dynamiques au 1^{er} semestre avant une hausse légère et régulière durant le 2^{ème} semestre.
- La mise en place de la nouvelle nomenclature à compter du 22 février 2024 et la possibilité de facturer conjointement les deux nomenclatures jusqu'au 5 juillet 2024 empêchent les comparaisons par rapport à 2023 pour de nombreux actes.



STATISTIQUES DE DÉPENSES

Comparatif régional :

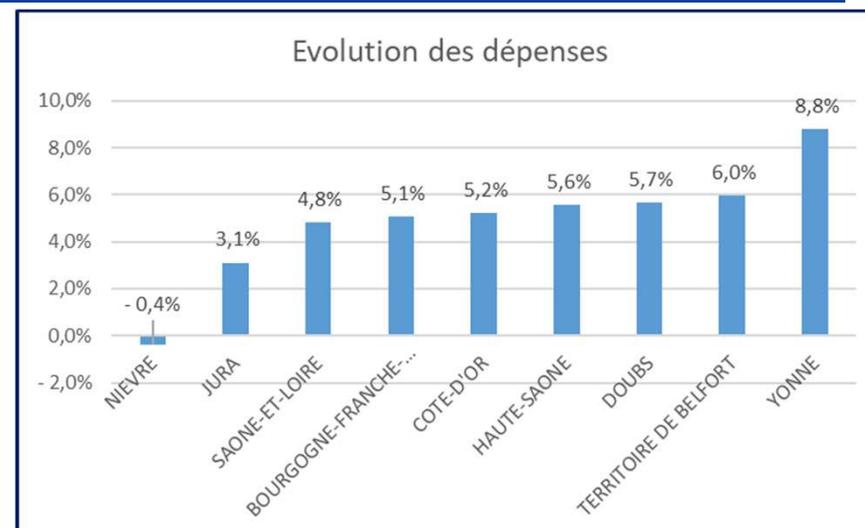
- Le Territoire de Belfort est le second département avec la plus forte hausse des dépenses derrière l'Yonne (+8,8%).
- Suivent ensuite le Doubs (+5,7%) et la Haute-Saône (+5,6%).
- La Nièvre est le seul département avec des dépenses en baisse.

Recours aux soins :

- 12 991 assurés ont bénéficié de soins de masso-kinésithérapie en 2024 (-0,1% par rapport à 2023).
- Le montant moyen versé par assuré est de 404,87€ (+1,4% ou +5,46€).

Actes historiques :

- La forte baisse des actes AMC, AMS et AMK s'explique par la mise en place de la nouvelle nomenclature.
- Depuis le 6 juillet, les anciennes cotations ne doivent plus être utilisées. La facturation de ces codes actes est encore réalisée même si elle diminue au fil des mois.



Postes de dépenses	Territoire de Belfort			Evolution BFC
	Montants	Evolution (€)	Evolution (%)	
Actes historiques	2 887 535 €	-3 157 337 €	-52,2%	-55,8%
AMC	50 241 €	-31 412 €	-38,5%	-60,4%
AMK	648 666 €	-612 411 €	-48,6%	-53,2%
AMS	2 188 628 €	-2 513 514 €	-53,5%	-56,5%

STATISTIQUES DE DÉPENSES

Actes de rééducation :

- 3490 581€ ont été versés pour des actes de rééducation en 2024.
- 33% des dépenses concernent la rééducation d'un membre suivi par la rééducation multi-territoriale (26%) et du rachis (17%).

=> Rééducation des membres :

- 51,9% des dépenses concernent la rééducation d'un membre sans opération et sans référentiel (339 721€ pour le membre inférieur et 259 643€ pour le membre supérieur).
- La part des actes suivants dans les dépenses est proche de 10% : membre supérieur opéré sans référentiel (10,9%), membre inférieur opéré sous référentiel (10,5%) ou avec référentiel (9,6%) puis pour les membres supérieurs non opérés sous référentiel (9,4%).
- En cumul, la répartition entre les actes réalisés sur les membres inférieurs et supérieurs est similaire avec 52% des dépenses contre 48%.
- 36% des montants sont réalisés suite à une opération et 28% sont définis par un référentiel.

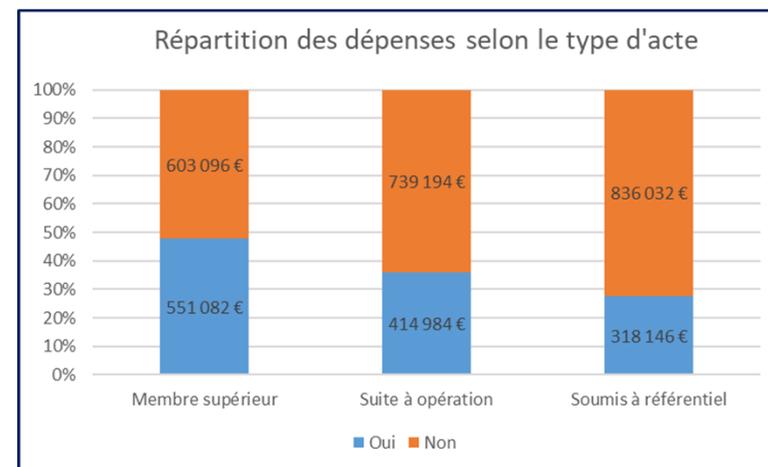
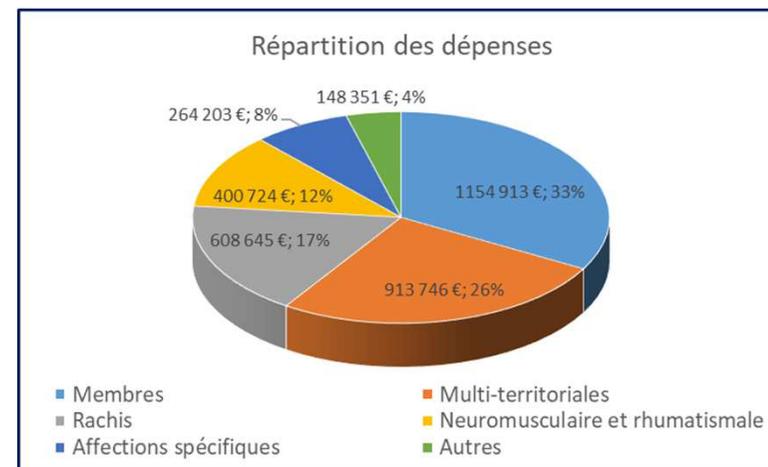
=> Rééducation du rachis :

- 89,2% des dépenses (542 805€) sont liés à des actes de rééducation du rachis non opéré.

=> Rééducation des affectations spécifiques :

- 70,5% des dépenses (186 318€) sont liés à des affectations respiratoires et ORL suivi par les affectations vasculaires (28,6% soit 75 558€).

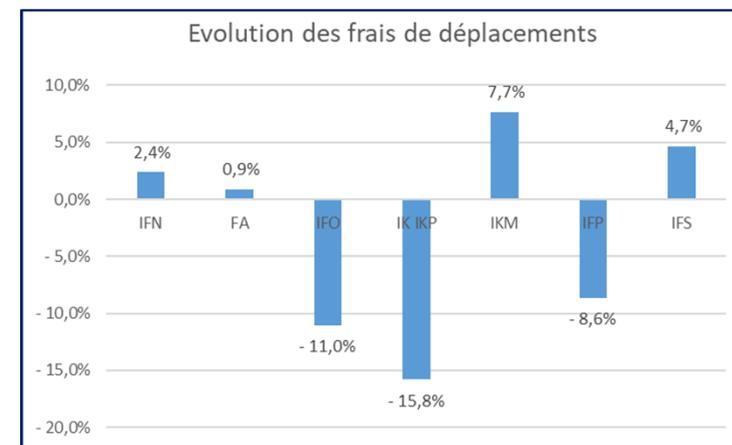
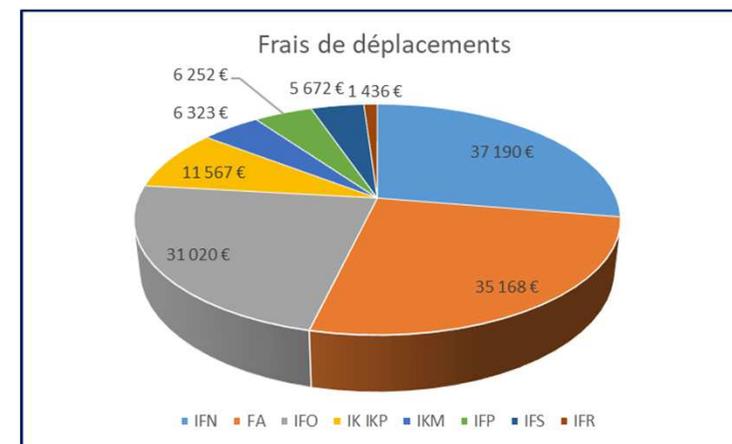
8



STATISTIQUES DE DÉPENSES

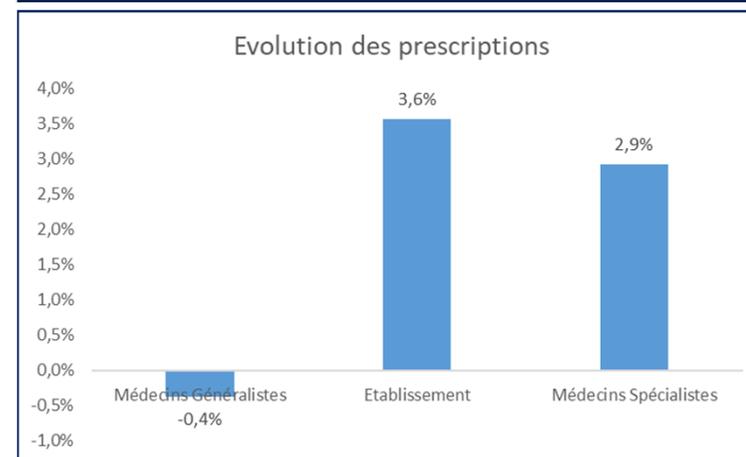
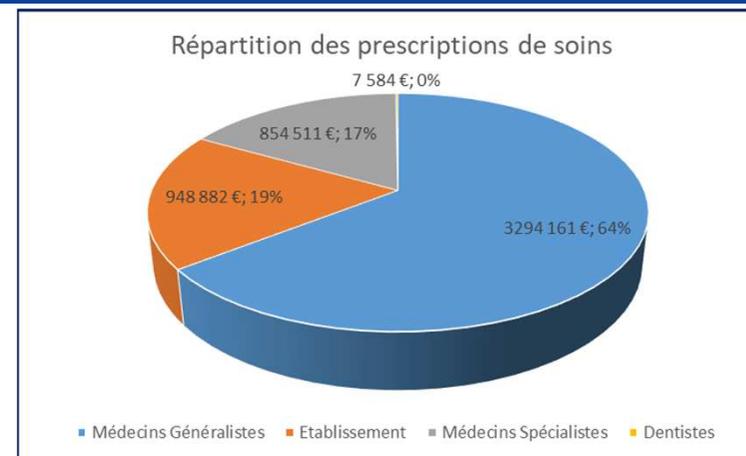
Frais de déplacements :

- 135 472€ ont été versés au titre des frais de déplacements. Ce montant est en baisse de -3,2% (-4 537€), situation similaire à la tendance régionale (-4,0%).
- Cette diminution est principalement due aux baisses des frais de déplacement pour les indemnités de déplacement orthopédique et rhumatologique (-11,0% soit -3 847€) et plaine (-15,8% soit -2 174€).
- Les indemnités de déplacement neurologique sont en légère hausse (+2,4% ou +859€) tout comme les IK montagne (+7,7% ou +450€).



STATISTIQUES DE DÉPENSES: LES PRESCRIPTEURS

- Les médecins généralistes représentent 64% des prescriptions de soins de MK suivis par les établissements (19%) et les médecins spécialistes (17%) (répartition similaire à 2023).
- Les prescriptions des médecins généralistes sont en légère baisse (-12 559€). Les prescriptions des établissements et des médecins spécialistes suivent eux la même tendance avec des hausses de +3,6% (+32 635€) et +2,9% (24 245€).
- Parmi les médecins spécialistes, les prescriptions des pneumologues (+26,2%) et des neurochirurgiens (+33,6%) augmentent. A l'inverse, les prescriptions des chirurgiens orthopédiques (première spécialité prescriptrice) diminuent (-1,5% ou - 398€).
- Les prescriptions de l'HNFC ont fortement augmenté (+14,2% ou +56 612€) compensées en partie par les baisses du CDS Léon Blum (-25,9% ou -25 527€) et du CMPR BRETEGNIER HERICOURT (-23,9% ou -9 211€)
- Les prescriptions de PS/établissements du Territoire de Belfort sont en légère hausse (+1,4%) au contraire des départements limitrophes : -4,3% pour le Doubs, -0,7% pour le Haut-Rhin et -6,5% pour la Haute-Saône.



02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

AVENANT 7- PRÉCISIONS- ACCÈS DIRECT

Une action de communication a été adressée le 17 décembre 2024 à votre profession afin de l'informer des modalités de mise en œuvre de l'accès direct

ACCÈS DIRECT : SCHÉMA GÉNÉRAL

CAS GENERAL



Dans le cadre de l'accès direct (MK exerçant en ETB,EMS,ESP,ESS,CDS,MSP + à venir CPTS)



* Dans le respect des référentiels HAS sur le nombre de séances

AVENANT 7- PRÉCISIONS- ACCÈS DIRECT

Modification de la circulaire de mise en œuvre à venir. Ci-dessous, synthèse des éléments actuels et des propositions formulées

Rédaction actuelle

Le masseur-kinésithérapeute peut réaliser ses actes en accès direct, sans prescription médicale préalable, s'il exerce dans les structures de soins et d'exercice coordonné suivantes :

- dans les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés;
- dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux ;
- dans le cadre des structures d'exercice coordonné suivantes : équipes de soins primaires/équipes de soins spécialisés, centres de santé et maisons de santé.

Cette limitation à huit séances s'entend comme le fait qu'un même masseur-kinésithérapeute ne peut réaliser plus de 8 séances à un même patient sans ordonnance médicale.

Ainsi en l'absence de prescription médicale, donc de diagnostic médical, l'accès direct est possible et le nombre de séances est limité à huit séances par patient et par MK sur un an à partir de de la 1^{ere} séance toutes pathologies confondues.

Proposition

Dans le cas où le patient n'a pas de diagnostic médical préalable, le nombre de séances pouvant être réalisées par le masseur-kinésithérapeute en accès direct **est limité à huit par patient**. Cette situation peut notamment concerner le premier épisode d'une situation clinique aiguë. Dans cette situation, le masseur kinésithérapeute peut réaliser au maximum **8 séances pour cet épisode de soins** (La durée maximale d'un épisode de soins est de 3 mois. Au-delà, la situation n'est plus considérée comme aiguë). En l'absence d'amélioration, le patient est réorienté vers son médecin traitant ou, le cas échéant, un autre médecin impliqué dans sa prise en charge, au plus tard à l'issue des 8 séances.

Dans le cas où le patient a un diagnostic médical préalable, le nombre de séances pouvant être réalisées par le masseur-kinésithérapeute en accès direct n'est pas limité (dans le respect des référentiels HAS) et le masseur-kinésithérapeute pratique son art dans le respect des recommandations de bonne pratique. Le masseur-kinésithérapeute devra tenir à la disposition du service médical de l'Assurance maladie au moins l'un des documents suivants justifiant du diagnostic médical préalable (en rapport avec la pathologie pour laquelle il prend en charge le patient): justificatif du motif de l'ALD du patient; CR opératoire, d'hospitalisation ou médical; information par le MT ou du médecin coordinateur (avec traçabilité); prescription médicale antérieure; Élément du dossier usager informatisé en établissement ou service social ou médico-social.

Conformément aux dispositions prévues dans l'avenant 7 à la convention nationale, les partenaires conventionnels s'engagent à réaliser **un suivi attentif de la montée en charge de ce dispositif** et de mettre en place le cas échéant les mesures appropriées. **Les indicateurs de suivi de ce dispositif pourraient notamment être les suivants** : part de l'activité du masseur-kinésithérapeute réalisée en accès direct; évolution de **la file active** des patients suivis et du nombre de séances; évolution des **caractéristiques de la patientèle prise en charge** (âge, ALD, patients en situation de handicap,...); **nombre moyen de séances** réalisées en accès direct par patient; **types de rééducation** réalisées en accès direct; Nombre de patients orientés vers un médecin (si cet indicateur est calculable)

AVENANT 7- PRÉCISIONS- ACCÈS DIRECT

En pratique:

- ❖ Vous devez renseigner votre propre numéro de professionnel de santé dans la case « prescripteur » de la facture
- ❖ Vous n'avez pas à télécharger de pièces justificatives dans votre logiciel de facturation. En effet l'accès direct ne nécessite pas de prescription médicale préalable.
- ❖ Un bilan initial et un compte-rendu des soins réalisés sont adressés au médecin traitant du patient ainsi qu'au patient et peuvent être reportés dans l'espace numérique de santé du patient.

AVENANT 7- PRÉCISIONS- FIN DE LA PHASE TRANSITOIRE

 **Été 24** : fin de la période de transition pour les soins réalisés à partir du 6 juillet 24

 **Sept. 24** : accompagnement personnalisé des professionnels qui, en sept. 24, n'utiliseraient pas encore les nouvelles lettres-clés.

 accompagnement DNS pour 31 PS identifiés au niveau national – Aucun dans notre département

 **1er oct. 24:** mise en place de rejet de facturation des actes AMS

- avec une date de soins postérieure au 30 septembre 2024
- pour les actes réalisés en cabinet ou à domicile

A noter : Pour les établissements la période de transition de cotations des AMC prend fin le 1er déc. 24

INFORMATIONS DIVERSES ISSUES DE LA DERNIÈRE COMMISSION NATIONALE

- ALDi : Diagnostic de l'ALD : travaux en cours pour ouvrir la consultation du motif d'ALD aux auxiliaires médicaux sous ameli Pro et dans ALDI solution intégrée (éditeurs) dans les prochains mois / cas des poly ALD

CONNAÎTRE L'ALD D'UN PATIENT DANS AMELI-PRO

1- Identifier un patient : lire la carte vitale ou saisissez son NIR

ACTIVITÉS

Mes services paiements
Convention - ROSP
Commande d'imprimés
Compensation perte d'activité

SERVICES PATIENTS

Affections de longue durée
Prescription de transport
Bilan de soins infirmiers
Pour afficher l'ensemble des services de cette rubrique, veuillez identifier votre patient.

IDENTIFICATION PATIENT

LIRE LA CARTE

Saisir son NIR :

VALIDER LE NIR

2- Cliquer sur « Affections longue durée »

ACTIVITÉS

Mes services paiements
Convention - ROSP
Commande d'imprimés
Compensation perte d'activité

SERVICES PATIENTS

Affections de longue durée
Prescription de transport
Bilan de soins infirmiers

INFORMATIONS PATIENT

Nom : MME FICTIVE I
Prénom : info
NIR : 810
Date de naissance : 02/03/1980
Régime :

3- Cocher la case « mon patient m'autorise ... »

AFFECTIIONS DE LONGUE DUREE

Statut : Assurée Régime Général
NIR : Caisse Primaire des YVELINES

Mon patient m'autorise à prendre connaissance des affections de longue durée le concernant.

CONNAÎTRE L'ALD D'UN PATIENT DANS AMELI-PRO

MON PATIENT PATIENTËLE EN ALD

AFFECTIIONS DE LONGUE DUREE DU PATIENT

POLYARTHRITE RHUMATOIDE EVOLUTIVE GRAVE (ALD 22) CIM 10 : M06 - AUTRES POLYARTHRISES RHUMATOIDES	ALD en cours de prise en charge
DIABETE DE TYPE 1 ET DIABETE DE TYPE 2 (ALD 8) CIM 10 : E11 - DIABETE SUCRE NON INSULINO-DEPENDANT Date de fin de prise en charge : 06/06/2034	ALD en cours de prise en charge

Imprimer l'état de prise en charge

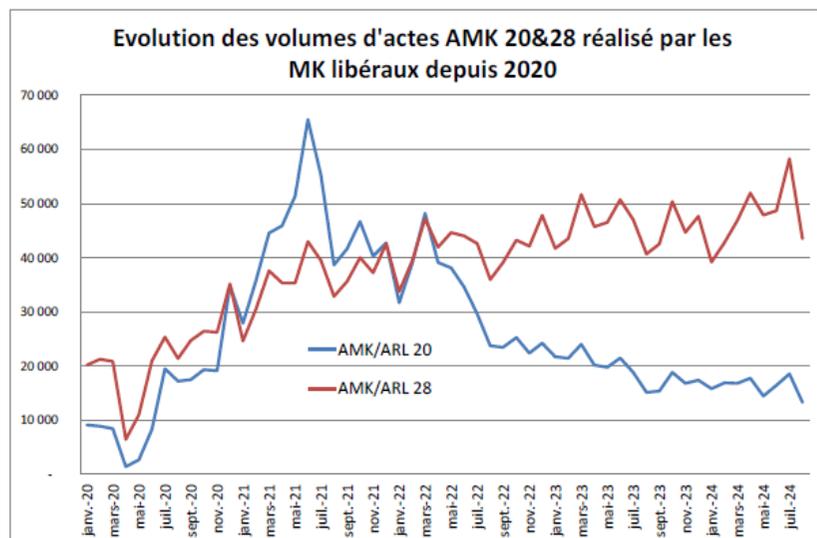
AVENANT 7- PRÉCISIONS- FIN DE LA PHASE TRANSITOIRE

AVENANT N°5 – RÉHABILITATION RESPIRATOIRE AMK & ARL 20 & 28

Rappel

- 2 actes de réhabilitation respiratoire des patients en ALD atteints d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) => Cotation **ARL 20 et 28** en nouvelle nomenclature
- Mesure dérogatoire : depuis le 02/06/2020, ces actes peuvent être réalisés dans le cadre de rééducation des patients après hospitalisation pour affections liées au Covid-19 => **AMK 20 et 28** maintenue pour ces actes dérogatoires en nouvelle nomenclature

- Diminution du volume global des AMK/ARL 20 (réhabilitation de groupe)
- Progression du volume global des AMK/ARL 28 (réhabilitation individuelle)

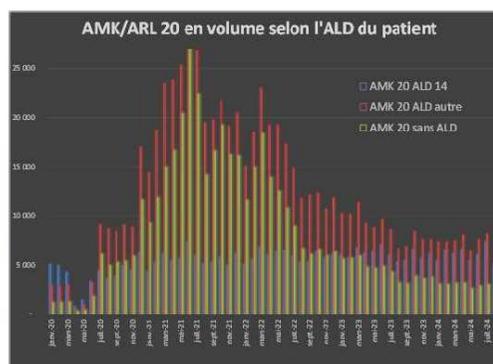
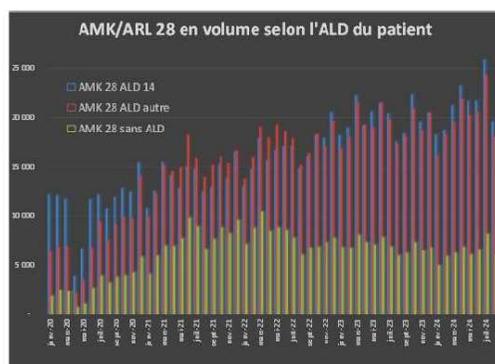


AMK & ARL 20 & 28

Suivi des prises en charge

- 1) L'apparition de la lettre clé ARL permet aujourd'hui un **suivi spécifique des prises en charge** de réhabilitation respiratoire pour les patients BPCO
- 2) Les kinésithérapeutes **vont prochainement pouvoir accéder aux motifs d'ALD** via l'espace Amelipro.
- 3) Dans l'attente, une **communication Osmose** aux prescripteurs a été réalisée, rappelant l'applicabilité aux seuls patients ALD14 « *Insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une bronchopneumopathie chronique obstructive* »

AMK & ARL 20 & 28



18

ACCOMPAGNEMENT PRIMO INSTALLÉ

Dans le cadre du programme « gestion du risque renouvelée », une action d'accompagnement spécifique aux primo installés va prochainement être mise en place (date non définie à ce jour nationalement mais annoncée courant 2025). Cette action s'appuie sur les contrôles à visées pédagogiques déjà initiés auprès des primo installés infirmiers.

Cette action a pour objectif d'ancrer les bonnes pratiques dès l'installation à travers divers axes :

- Un accompagnement au moment de l'installation par un DAM (**D**élégué **A**ssurance **M**aladie) sur la réglementation en lien avec la convention et ses avenants et par un DNS (**D**élégué du **N**umérique en **S**anté) en lien avec les téléservices et la facturation (remise d'un livret installation à venir)
- La mise en place d'un contrôle à visée pédagogique de 1^{er} niveau. Il s'agit de vérifier la qualité de la facturation transmise à la CPAM, d'arrêter avant paiement tous les flux non conformes puis d'accompagner le nouveau kiné pour une transmission conforme. A la fin de ce 1^{er} contrôle, un courrier/ mail récapitulatif devrait être transmis au nouvel installé
- Une 2^d contrôle de la qualité de la facturation pourra être réalisé dans l'année suivant la primo installation. Ce 2^d contrôle sera fonction du volume d'anomalies détectées lors du 1^{er} contrôle.

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

CONTRATS DÉMOGRAPHIQUES ET ZONAGE

Evolution du zonage ARS en juillet 2024+ 27 septembre pour Grand Est:

Année	AVENANT CAIMK	CAIMK	CAMCCK	CAMMK	Total
2019		2	1	12	15
2020		1			1
2021		2	2	2	6
2022		2			2
2024	2	2		1	5
Total	2	9	3	15	29

- Un contrat d'installation signé en 2019 a été prolongé par un contrat d'aide au maintien.
- 3 contrats d'installation ont été résiliés pour changement de département d'exercice.
- Un contrat de maintien a été résilié pour cause de cessation d'activité.
- Un contrat d'installation arrivera à échéance en novembre 2025.
- Pour rappel, les contrats de maintien sont prolongés tacitement.

CONTRATS DÉMOGRAPHIQUES PRÉCISIONS ET INFORMATION

A la suite de la mise en œuvre de l'avenant 7, les conditions de régulations démographiques ont évolué ainsi que les conditions d'accès aux contrats démographiques.

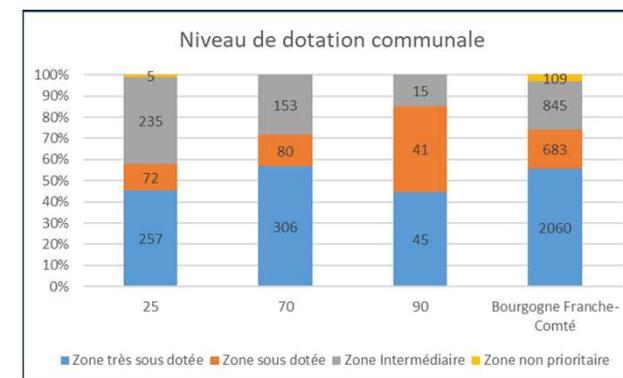
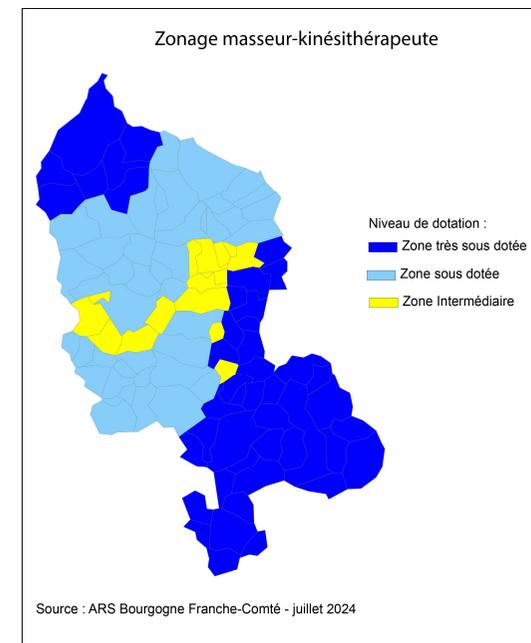
En effet, dorénavant seules les zones identifiées comme « très sous dotées » suite au zonage ARS de juillet 2024 (BFC) permettent de bénéficier d'un contrat démographique, les zones « sous-dotées » n'étant plus incluses. *Zonage Grand Est publié le 27 septembre 2024 pour certains bassins de vie*

Un contrat démographique a fait l'objet d'un versement alors qu'il n'aurait pas du l'être et plusieurs autres étaient dans le circuit de signature avant la détection de cette évolution.

La mention de zone très sous dotée est bien indiquée sur le contrat.

Aussi, l'aide versée à tort va faire l'objet d'une récupération auprès du MK et les contrats dans le circuit de signature ont été stoppés.

Un contact téléphonique de chacun des professionnels a été réalisé par nos équipes.



TÉLÉSERVICE RECLAPS- GÉNÉRALISATION

L'Assurance Maladie commence à déployer progressivement le nouveau téléservice amelipro « Réclamations Paiements ».

Celui-ci permet aux professionnels de santé de déposer leurs réclamations liées aux facturations et d'en suivre le traitement.

Ce déploiement sera réalisé en différentes phases, catégorie par catégorie conformément au tableau indiqué.

Votre profession bénéficiera de ce téléservice au plus tard à la fin avril 2025

Catégorie	Date butoir
Laboratoire d'analyses médicales	Mi-janvier 2025
Médecin	
Pharmacien	
Infirmier	Mi-mars 2025
Fournisseur	
Chirurgien-dentiste	
Transporteur sanitaire	
Taxi conventionné	
Masseur kinésithérapeute	Fin avril 2025
Orthophoniste	
Sage-femme	
Orthoptiste	
Pédicure-podologue	
Ergothérapeute	Fin mai 2025
Psychomotricien	
Psychologue	
Centre de santé	Pas d'obligation
Etablissement	

TÉLÉSERVICE RECLAPS-COMMENT UTILISER LE SERVICE?

Prérequis

Disposer d'un compte amelipro. Si ce n'est pas le cas, merci de procéder à sa création en vous rendant directement sur la page d'[accueil d'amelipro](#).

TÉLÉSERVICE RECLAPS- CONNEXION AU SERVICE

1- Saisie de l'identification du patient concerné (numéro de sécurité sociale, nom de l'assuré...).

2- Sélection du motif de la réclamation et des informations relatives aux actes et à la feuille de soins.

3- Dépôt de pièces jointes (PJ).

Les formats acceptés sont : pdf, word (.doc, .docx), excel (.xls, .xlsx, .csv), tiff, png, jpeg. Limites : 3 PJ maximum, **poids maximum total = 5 Mo.**

4- Envoi ou annulation de sa réclamation.

The screenshot shows the 'Assurance Maladie ReclAPS' web interface. The page is titled 'Assurance Maladie ReclAPS' and has a navigation bar with 'ReclAPS' and 'Assurance Maladie' logos. The main content area is divided into several sections:

- Assuré(e):** Fields for 'Numéro de sécurité sociale', 'Caf', 'Date de naissance', 'Nom de l'assuré(e)', and 'Statut de l'assuré(e)'.
- Bénéficiaire:** Fields for 'Nom du bénéficiaire', 'Prénom du bénéficiaire', and 'Date de naissance du bénéficiaire'.
- Votre réclamation concerne:** Radio buttons for 'Un remboursement non effectué', 'Une erreur dans le règlement', and 'Un refus de payer des soins ou des pièces justificatives attendues'.
- Nature de l'acte ou du soin:** A text area for 'Préciser la nature de l'acte ou du soin' and a 'Motif de l'acte' dropdown menu.
- Votre réclamation porte sur:** Radio buttons for 'Une télétransmission' and 'Une feuille de soins papier'.
- Déposer des pièces jointes:** A section for uploading files, including a 'Télécharger vos fichiers' button and a 'Ajouter' button.

At the bottom, there are buttons for 'Annuler' and 'Transmettre la réclamation'. The footer contains '2025' and 'Assurance Maladie' logos.

TÉLÉSERVICE RECLAPS- DÉPÔT DE LA DEMANDE

L'écran (capture d'écran ci-dessous) demandera de préciser la caisse de rattachement de l'assuré concerné (saisie du nom ou du numéro. du département).

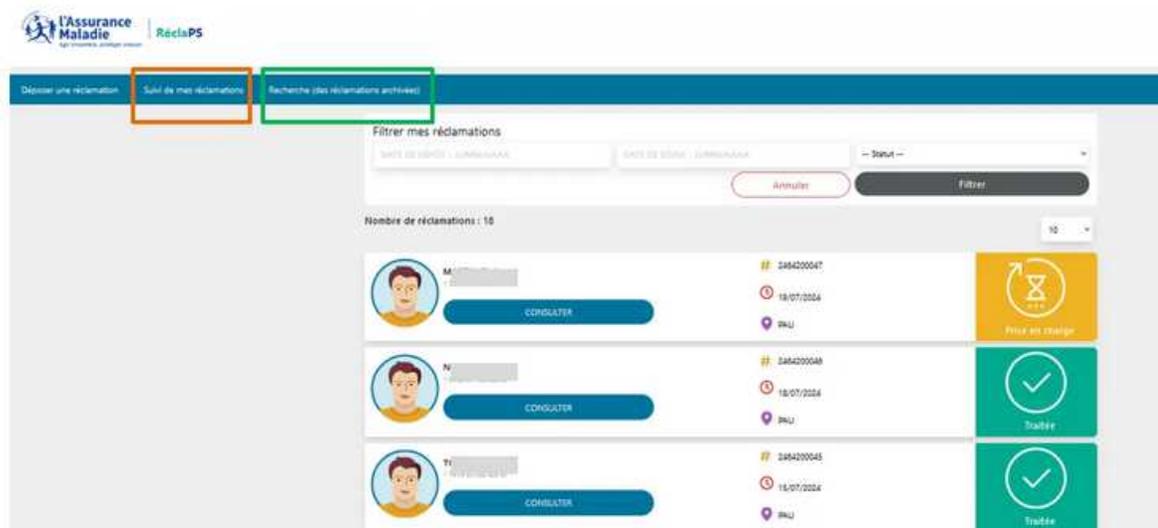
Si la caisse d'affiliation de l'assuré n'a pas démarré la mise en place du service, un message vous invitera à déposer votre réclamation dans la rubrique « Contact » d'amelipro.

- Si PS sélectionne une caisse non activée

TÉLÉSERVICE RECLAPS- SUIVI DES RÉCLAMATIONS

Ce nouveau service permet au professionnel de consulter l'état d'avancement du traitement de ses réclamations en cours et d'accéder à ses réclamations archivées (une réclamation est archivée 15 jours après son traitement).

Ces rubriques permettent également de consulter la réponse apportée par la CPAM et les éventuelles pièces jointes liées (consultables jusqu'à 15 jours après la date de la réponse).



Page d'accueil :

- Suivre les réclamations en cours : ouverture par défaut
- Déposer une réclamation
- Suivre les réclamations archivées (traitées + 15jours)

*Statut	Etat de la réclamation
A traiter	Non prise en charge
Prise en charge	Prise en charge
Traitée	Réponse adressée au PS

TÉLÉSERVICE RECLAPS- COMMENT UTILISER LE TÉLÉSERVICE

Ecran de suivi des demandes en cours / Consulter une réclamation :

Déposer une réclamation		Suivi de mes réclamations		Recherche (des réclamations archivées)	
 Gilbert Caroline 2 72 01 07 202 012 04 26/09/1972	 Potier Stéphane	Assurée			Bénéficiaire
1 Votre réclamation concerne <small>Nous avez identifié :</small> Une erreur dans le règlement		2 Reclamation n° 2433100054			
2 Nature de l'acte ou du soin acte 1 <small>Intervalle :</small> Du 05/03/2024		<small>Montant demandé :</small> 150,25 euros			
3 La réclamation porte sur une télétransmission <small>Numéro de facture :</small> 88996655		<small>Numéro de loi :</small> 2404160001	<small>Date de la télétransmission :</small> 02/04/2024		
4 Pièces jointes déposées					
Données renseignées par le PS			Données renseignées par la caisse		
5 Traite					
6 Réponse à la réclamation <small>Département traité :</small> GIRONDE <small>Date de réponse :</small> 16/04/2024 <small>Étendue de l'engagement :</small> Nous vous confirmons les termes du courrier d'indus du 06/04/2024 et nous vous informons que vous êtes redevable de la somme de 12€.					
7 Pièces jointes reçues  PRecl_BO.docx					

TÉLÉSERVICE RECLAPS- COMMENT UTILISER LE TÉLÉSERVICE

Ecran de suivi des demandes archivées :

- Recherche

Recherche (des réclamations archivées)

Recherche

NIR, NOM ASSURÉ, NOM BÉNÉFICIAIRE, NUMÉRO DE RÉCLAMATION

DU - JJ/MM/AAAA

AU - JJ/MM/AAAA

Annuler

Rechercher

- Résultats :

Recherche

NIR, NOM ASSURÉ, NOM BÉNÉFICIAIRE, NUMÉRO DE RÉCLAMATION

06/02/2024

AU - JJ/MM/AAAA

Annuler

Rechercher

Nombre de réclamations : 26

10



Marianne-Céline Tessier Gautier

2 83 22 22 055 309 3

CONSULTER

2433100026

🕒 02/04/2024

📍 GIRONDE



Archivée



Léon Le Sauvage Dupont

2 72 72 25 411 591 7

CONSULTER

2433100027

🕒 02/04/2024

📍 GIRONDE



Archivée

TÉLÉSERVICE RECLAPS- COMMENT UTILISER LE TÉLÉSERVICE

Ecran de suivi des demandes archivées / Consulter une réclamation :



Assurée

Reclamation n° 2433100026

Archivée

Votre réclamation concerne
Un remboursement non effectué

Nature de l'acte ou du soin
Frais
Du 04/09/2023
Monsieur Richard
euros

Réponse à la réclamation
Organisation
GRONDE
Date de réponse
16/04/2024
Réponse de l'organisme
Nous vous confirmons les termes du courrier d'indus du 09/04/2024 et nous vous informons que vous êtes redevable de la somme de 12€.

Pièces jointes reçues
Prest_80.docx

Le professionnel de santé ne peut pas télécharger les pièces jointes des réclamations archivées

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

Ce forfait est composé de 5 indicateurs obligatoires, dits socles, que le masseur-kinésithérapeute doit atteindre pour bénéficier de l'aide forfaitaire de 490 euros et d'un indicateur complémentaire permettant le déclenchement d'une rémunération supplémentaire de 100 euros (soit 590 euros).

Les dates d'ouverture du service sont du 13 janvier 2025 au 03 mars 2025. La vérification automatisée des autres indicateurs sera réalisée au 31/12/2024.

Nouveautés 2024 : Indicateur CDC SV : être équipé de la version 1.40 addendum 8 du cahier des charges SESAM-Vitale / Indicateur implication dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients : indicateur optionnel / Indicateurs télésanté : intégration de ce nouvel indicateur pour les masseurs-kinésithérapeutes

Champs	Indicateurs	Equivalent en €	Type d'indicateur	Justificatif	
Indicateurs obligatoires (prérequis)	Indicateur 1 : Disposer d'un logiciel métier compatible DMP	490	Déclaratif avec pré-alimentation	Facture/ attestation éditeur	
	Indicateur 2 : 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 pour le calcul de la rémunération		Automatisé	Pas de justificatif demandé	
	Indicateur 3 : Utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées		Automatisé	Pas de justificatif demandé	
	Indicateur 4 : Atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70%		Automatisé	Pas de justificatif demandé	
	Indicateur 5 : Disposer d'une messagerie sécurisée de santé		Déclaratif avec pré-alimentation	Pré-alimentation avec annuaire MSS ou attestation	
Indicateur complémentaire (si atteinte des pré-requis)	Implication dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients	100	Déclaratif	Attestation sur l'honneur	
Indicateurs optionnels Télésanté	Equipement en appareils médicaux connectés ¹	Nouveaux avenant 7	175	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Equipement en vidéotransmission		350	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
TOTAL au maximum		1115			

Liste des appareils médicaux connectés

Liste d'équipements pris en compte pour bénéficier de l'aide à l'équipement en appareils médicaux connectés de 175 € :

- Spiromètre connecté
- Impedancemètre connecté
- Podomètre connecté
- Dynamomètre connecté
- Plateforme stabilométrie connectée
- Oxymètre connecté
- Stéthoscope connecté
- Dermatoscope connecté
- Mesure pression artérielle connectée

PROPOSITION DE PROTOCOLE INDEMNITÉ KILOMÉTRIQUE

Une proposition de protocole indemnité kilométrique vous a été adressé par mail en date du 31 juillet 2024.

Cette proposition, basée sur le protocole mis en place au niveau des infirmiers libéraux, est de nature à définir de manière conjointe les modalités de facturation de ces indemnités et permettre la mise en place d'une dérogation « encadrée » à la règle du PS le plus proche dans des cas limitativement définis.

Il est à noter qu'une démarche similaire se met progressivement en place au sein des organismes de notre région.

Lors de la commission du 26/09/2024, vous avez émis un avis favorable pour avancer sur ce protocole (adressé par mail le 31/07/24)

Avez-vous des retours à nous formuler?

Date de rencontre pour finaliser le document?

DISPOSITIF PRADO : BILAN 2024

Bilan des interventions réalisés par votre profession dans le cadre des différents volets PRADO

- **Chirurgie: 126 interventions**
 - **58 participations MK du département 25**
 - **47 participations MK du département 90 – centralisé sur 23 kiné**
 - **19 MK du département 70**
 - **2 MK du département 68**

- **BPCO: 15 interventions**
 - **3 interventions MK du département 90 (MK différents)**
 - **2 interventions MK du département 70 (MK différents)**
 - **10 interventions MK du département 25 (8 MK différents)**

- **AVC: 20 interventions**
 - **10 interventions MK du département 25**
 - **4 interventions MK du département 90**
 - **5 intervention MK du département 70**
 - **1 intervention MK du département 68**

- **Cardiologie** : débuté le 19/11/2024 – 8 inclusions à ce jour - pas de soins de MK prescrit – uniquement infirmiers/ MT et cardiologue)

Au global, on peut noter que 54 sorties PRADO prises en charge par des MK de notre département

NUMÉRIQUE EN SANTÉ

- ✓ Taux de télétransmission en décembre 2024: 99,92% (99,87% dernière période- +0,05%) soit 83,10% (81,29%) de FSE et 16,82% (18,58%) de B2 dégradé
- ✓ SCOR: 100 % des kinés utilisent SCOR
- ✓ ADRI utilisation: 100 % des kinés équipés et 86,56% (87,36%-0,8%) d'utilisateurs
- ✓ MSSANTE 100% sont équipés
- ✓ DMP: 0% utilisateur

Avec l'avenant 7, nécessité d'alimenter le DMP de votre patient selon sa prise en charge

FAMI:

ouverture 13/01/2025

saisie des PS aux. Téléservice Ma convention- améipro - fin: 03/03/2025



Qualité facturation (sept- décembre 2024):



Taux de rejet moyen **1,34%**
(variable entre 1,09% et 1,75%)
Sur un total de
17 923 factures
Top 5 des anomalies

Modération du ticket modérateur non trouvée en base – 59 factures soit 0,33 % (26 factures soit 0,08%)

Les factures sont recyclées avec règlement du régime local pour les factures sécurisées sans indicateur de forçage

Facturation tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat - 34 factures soit 0,19% (67 factures soit 0,20%)

Les factures sont recyclées avec paiement de la part complémentaire dans le cas de factures sécurisées sans indicateur de forçage.

Le prescripteur est inconnu au fichier national des professionnels de santé – 25 factures soit 0,14% (36 factures soit 0,10%)

Il s'agit d'erreur de saisie des prescripteurs, en cas de présence de la prescription médicale via SCOR au moment du traitement des factures. Ces dernières sont recyclées (si factures sécurisées) et une information sur le numéro de prescripteur à utiliser est envoyée via le courrier COMPAGNON

L'exonération du ticket modérateur connu dans nos base n'a pas été transmise- 16 factures soit 0,09%

Le système a trouvé en base de donnée Assuré une exonération pour le bénéficiaire des soins et le professionnel ne l'a pas transmise.

Signalement - Date de soins hors dates accord soins– 12 factures soit 0,07%

La facture ou le dossier est signalé car l'assuré n'a pas d'accord pour des soins. Après consolidation où l'accord enregistré en BDO ne couvre pas la période de soins.

POINTS DIVERS

Plan d'action régional 2025 MK, avez-vous des idées d'actions?

LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA *LE 25 SEPTEMBRE 2025*

**À 9H POUR LA SECTION SOCIALE ET 9H30 POUR LA SECTION
PROFESSIONNELLE**