



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES

25 septembre 2025

CPAM du Territoire de Belfort

03/12/2025

# SOMMAIRE

**01**

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

**02**

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

**03**

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

**04**

POINTS DIVERS

# **VALIDATION DU COMPTE- RENDU DU 06 02 2025**

# 01

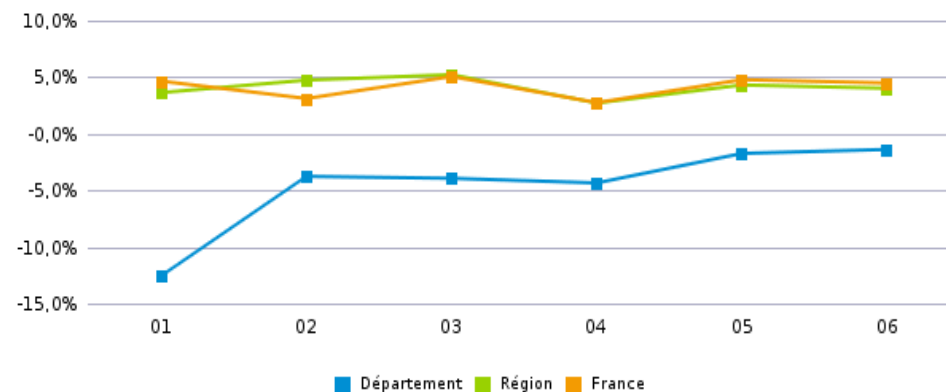
## ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

# STATISTIQUES DE DÉPENSES

Postes de dépenses	TOTAL		Evolutions Région	Evolutions France
	Montants	Evolutions		
<b>TOTAL</b>	<b>3 944 139 €</b>	<b>-1,4%</b>	<b>4,0%</b>	<b>4,5%</b>
<b>Actes de rééducation (avenant 7)</b>	<b>3 461 066 €</b>	<b>247,6%</b>	<b>238,9%</b>	<b>270,8%</b>
Rééduc. abdominale et périnéo-sphinctérienne	66 545 €	201,6%	185,9%	216,8%
Rééducation du rachis	586 017 €	224,2%	213,5%	246,0%
Rééduc. déambulation du sujet âgé	92 559 €	331,6%	242,2%	298,0%
Rééduc. des affections spécifiques	227 189 €	163,4%	227,6%	246,0%
Rééduc. des membres	1 084 777 €	220,3%	209,8%	225,9%
Rééduc. multi-territoriales	962 154 €	316,8%	291,8%	331,2%
Rééduc. neuromusculaire et rhumatismale	436 362 €	279,3%	254,0%	274,8%
Rééduc. soins palliatif	5 463 €	610,3%	307,3%	286,1%
<b>Bilan diagnostic kinésithérapique</b>	<b>210 730 €</b>	<b>12,2%</b>	<b>10,2%</b>	<b>9,7%</b>
BDK	210 730 €	12,2%	10,2%	9,7%
<b>Autres rémunérations</b>	<b>121 500 €</b>	<b>8,1%</b>	<b>39,0%</b>	<b>26,9%</b>
Forfaits aide à l'informatisation	50 395 €	22,9%	27,3%	29,1%
Option démographique	71 105 €	-0,3%	46,7%	23,5%
<b>Frais de déplacements</b>	<b>76 498 €</b>	<b>-4,2%</b>	<b>-5,0%</b>	<b>-4,6%</b>
Frais de déplacements	76 498 €	-4,2%	-5,0%	-4,6%
<b>Actes historiques</b>	<b>73 544 €</b>	<b>-97,2%</b>	<b>-97,2%</b>	<b>-96,6%</b>
AMC		-100,0%	-98,6%	-98,1%
AMK	56 513 €	-90,2%	-91,1%	-90,6%
AMS	17 031 €	-99,2%	-99,4%	-98,8%
<b>Forfaits spécifiques</b>	<b>800 €</b>	<b>11,1%</b>	<b>-5,4%</b>	<b>-3,5%</b>
FAD - Retour à domicile post chir. ortho.	700 €	12,9%	-10,5%	-15,6%
FRD - Forfait prise en charge AVC	100 €	0,0%	9,8%	21,6%

- Augmentation des dépenses moins forte dans le Territoire de Belfort (+3 944 139 € soit -1,4%) qu'en Bourgogne-Franche-Comté (+4,0%) et en France (+4,5%).
- Des évolutions de dépenses importantes sur les 1<sup>er</sup> mois avec une dynamique à partir de mars suivant la même tendance que le niveau régional et national.

Evolution des montants (PCAP) - total poste



# STATISTIQUES DE DÉPENSES

## Comparatif régional :

- Le Territoire de Belfort est le département avec la moins forte hausse des dépenses (-1,39%). il est le seul département avec des dépenses en baisse contrairement à l'Yonne (+8,31%), département avec la plus forte hausse des dépenses.

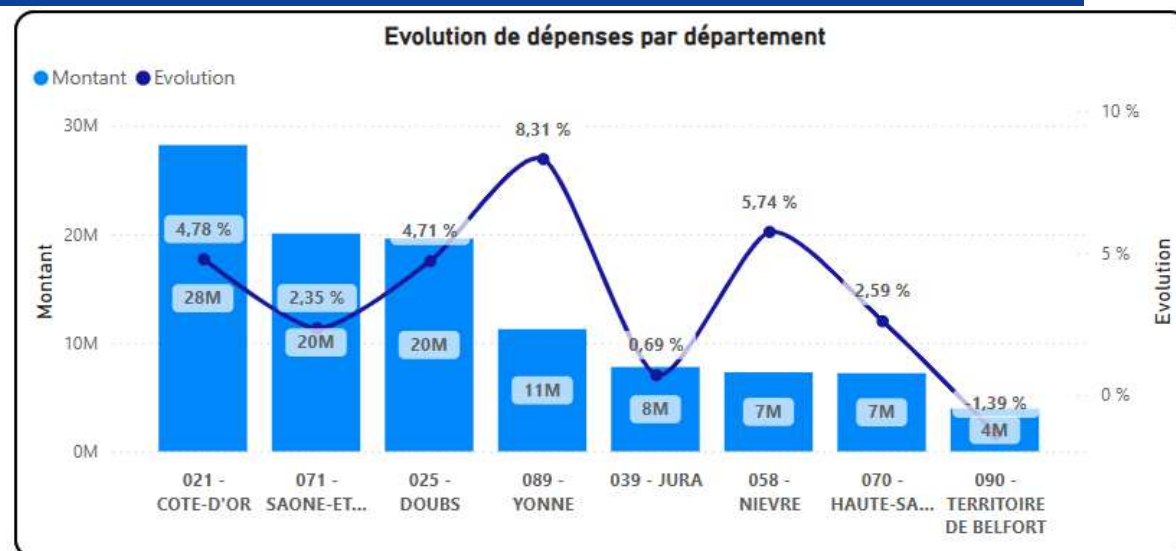
## Recours aux soins :

	30/06/2025	30/06/2024	Evolution (%)
Nombre assuré	9148	9134	0,15%
Montant moyen	319,00 €	320,00 €	-0,31%

## Actes historiques :

à l'instar de l'année dernière, une forte baisse des actes AMC, AMS et AMK.

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.



## Actes AMS-AMK-AMC :

Acte	Montant	Evolutions	Evolutions Région	Evolutions France
AMC		-100,00 %	-98,61 %	-98,08 %
AMK	56 513 €	-90,17 %	-91,11 %	-90,62 %
AMS	17 031 €	-99,15 %	-99,42 %	-98,77 %

# STATISTIQUES DE DÉPENSES

## Actes de rééducation :

- 3 461 066 € ont été versés pour des actes de rééducation en 2025
- 36 % des dépenses concerne la rééducation d'un membre suivi par la rééducation multi-territoriale (32%) et du rachis (19%).

## Rééducation des membres :

- 52,7% des dépenses concerne la rééducation d'un membre sans opération et sans référentiel (322 424€ pour le membre inférieur et 249 294€ pour le membre supérieur).
- Le reste des dépenses: membre supérieur opéré sans référentiel (8,8%), membre inférieur opéré sous référentiel (13,5%) ou avec référentiel (9,2%) puis pour les membres supérieurs non opérés sous référentiel (8,6%).

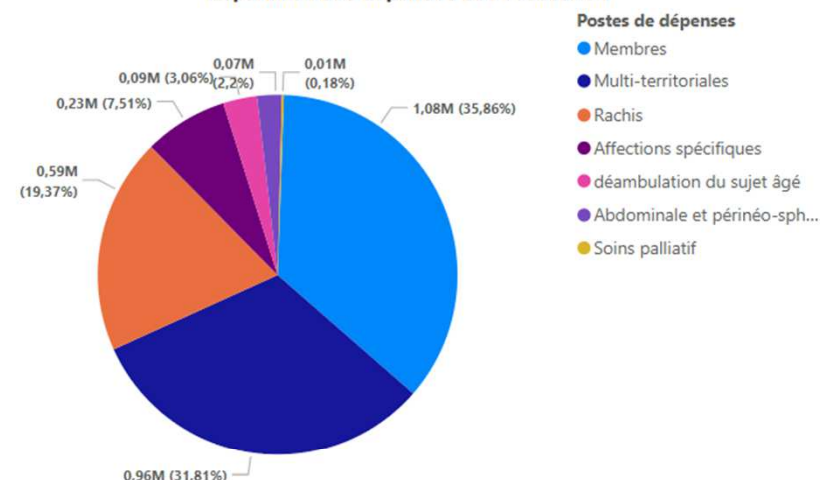
## Rééducation du rachis :

- 89% des dépenses (513 395€) est lié à des actes de rééducation du rachis non opéré.

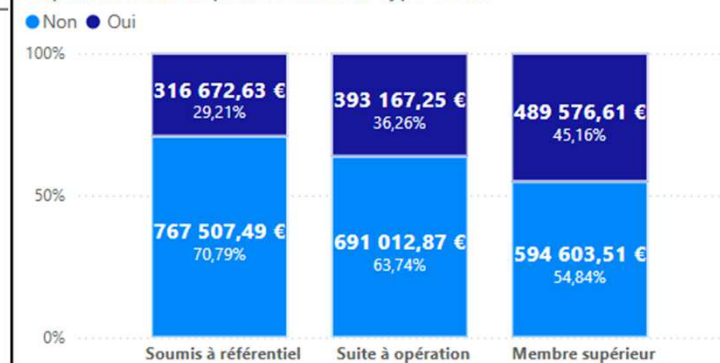
## Rééducation des affectations spécifiques :

- 61,72% des dépenses (137 062€) est lié à des affections respiratoires et ORL suivi par les affection vasculaires (61,05% soit 83 670€).

Répartition des dépenses de rééducation



Répartition des dépenses selon le type d'acte

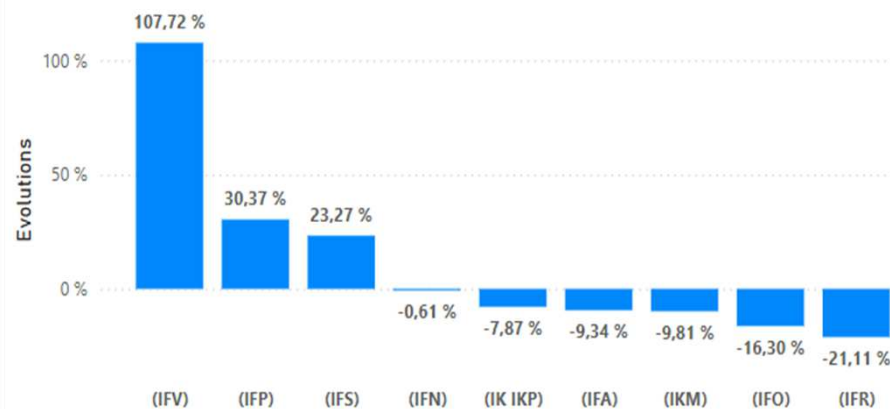


# STATISTIQUES DE DÉPENSES

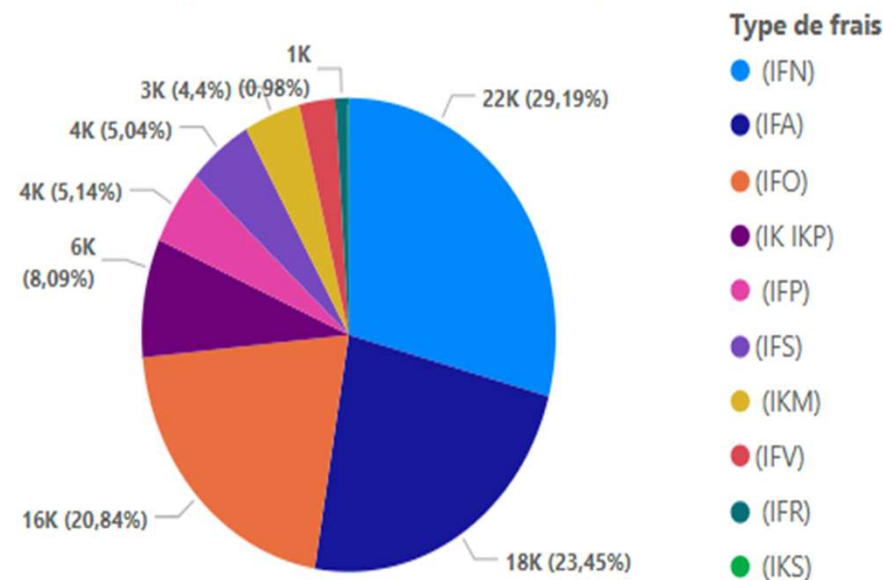
## Frais de déplacements :

- 73 298€ ont été versés au titre des frais de déplacements. Ce montant est en baisse de -4,2%, situation similaire à la tendance régionale (-5,0%).
- Cette diminution est principalement due aux baisses des frais de déplacement pour les indemnités de déplacement orthopédique et rhumatologique (-16,3% soit -3 847€) et déplacement des auxiliaires médicaux et assimilés (-9,3%).
- Les indemnités de déplacement neurologique sont en légère baisse (- 0,6%) au contraire des IK montagne (+9,8% ).

Evolution de dépenses de déplacement



Répartition des dépenses de déplacement

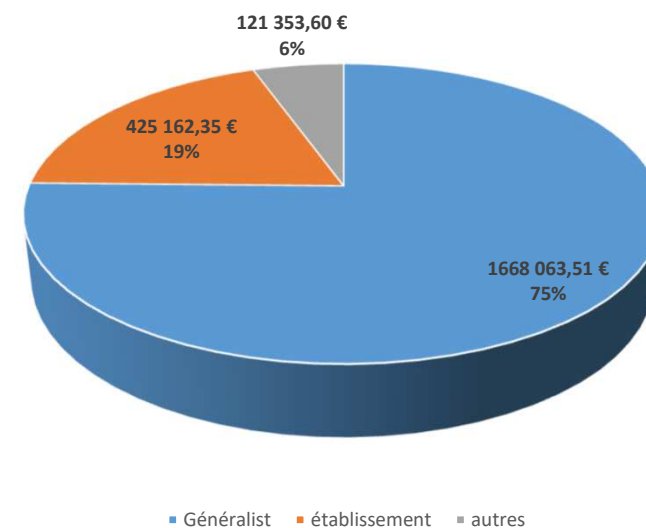




## STATISTIQUES DE DÉPENSES: LES PRESCRIPTEURS

- Les médecins généralistes représentent 75% des prescriptions de soins de MK suivis par les établissements (19%) et les médecins spécialistes (6%).
- Parmi les médecins spécialistes, les prescriptions des chirurgies orthopédiques et traumatologiques représentent 8% du total des prescriptions suivies des neurochirurgiens (4%) et rhumatologie (3%) .

Repartition des prescriptions de Soins



# 02

## ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

## COMITÉ D'ALERTE

A la suite de l'avis du comité d'alerte ONDAM du 18 juin 2025, les revalorisations conventionnelles qui étaient prévues au 1er juillet 2025 sont reportées au 1er janvier 2026.

**A noter:** Les codes IFO, IFR, IFN, IFP et IFV sont supprimés et remplacés par la cotation du code IFS au 1er juillet 2025

### **Mesures reportées :**

#### **Revalorisation de coefficients de certains actes et suppléments**

- + 0,6 point de coefficient pour les actes anciennement facturés AMS 7,5 de l'article 1: « Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques ».
- Les coefficients des actes décrits avec les nouvelles lettres-clefs introduites en 2024 évoluent de 8,07 à 8,13.
- +1,3 point de coefficient pour les suppléments de kiné-balnéothérapie « en bassin (dimensions minimales : 2 m × 1,80 m × 0,60 m) » et « en piscine (dimensions minimales : 2 m × 3 m × 1,10 m) ». Leurs cotations deviennent respectivement AMK 2,5 et AMK 3,5.

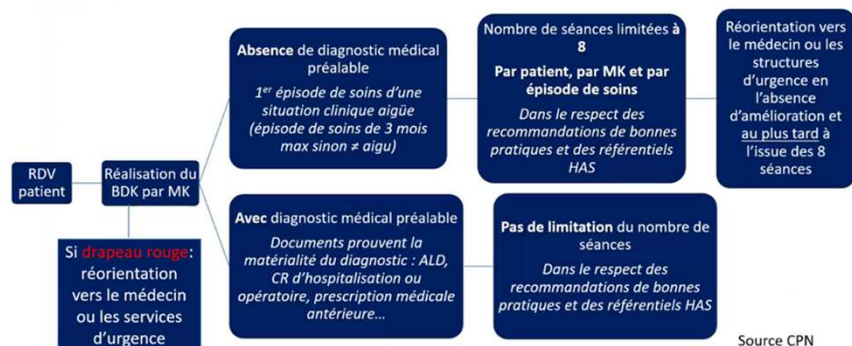
#### **extension de la cotation des indemnités forfaitaires de déplacement spécifique**

- La cotation des indemnités forfaitaires spécifiques IFS sera désormais facturable pour les 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 (RPE 8,5).
- Suppression de l'acte RPE 6 « Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée ».

# EXPÉRIMENTATION ACCÈS DIRECT

## Mise en œuvre de l'expérimentation

### En résumé



## Conditions de participation à l'expérimentation

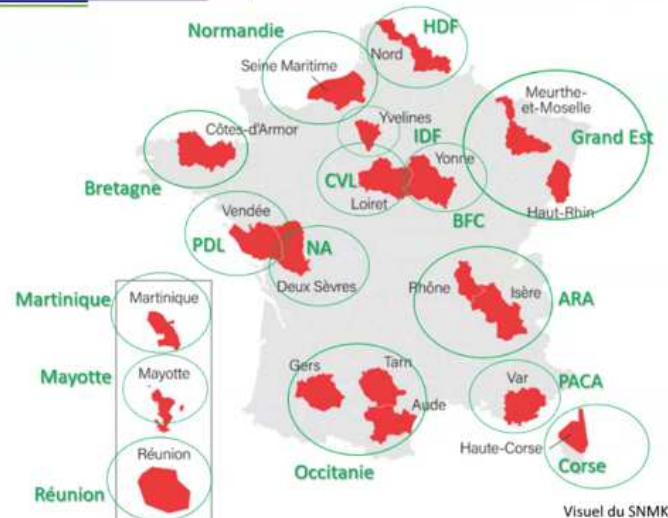
Masseurs-kinésithérapeutes adhérent d'une CPTS

- **Inscription** auprès de l'ARS via démarches simplifiées
- Inscription du MK jusqu'à **6 mois avant la fin de l'expérimentation soit le 31/12/2029**
- Remplissage des données permettant l'évaluation de l'expérimentation via démarches simplifiées

Périmètre géographique des 20 départements

- Conditions cumulatives :**
- **Lieu d'exercice (principal ou secondaire)** du MK dans le département expérimentateur
  - **CPTS dont le territoire** couvre un des départements listés dans l'arrêté de juin 2025

Arrêté du 6 juin 2025 relatif à l'expérimentation permettant aux masseurs-kinésithérapeutes regroupés au sein d'une communauté professionnelle de santé d'exercer leur art sans prescription médicale



En BFC, seul le département 89 participe à l'expérimentation. A noter que le département du Haut-Rhin y participe également. Il est donc possible que nos assurés utilisent cet accès direct

## ACCOMPAGNEMENT PRIMO INSTALLÉ

Pour faire suite aux éléments transmis à l'occasion de la dernière commission, un accompagnement spécifique aux primo installés va être déployé début 2026 après une phase d'expérimentation.

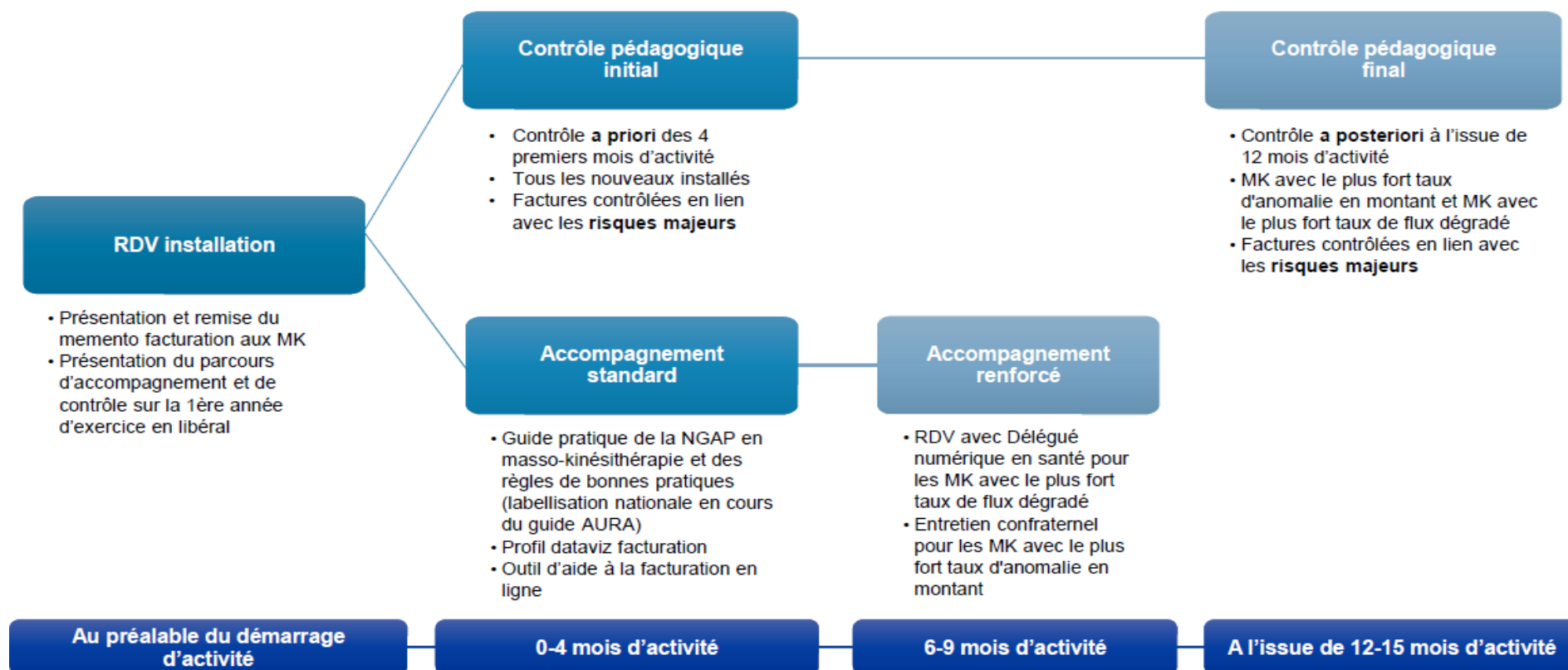
### Rappel du contexte et des enjeux:

Afin de favoriser la juste facturation des prestations d'assurance maladie par les professionnels de santé nouvellement installés, le déploiement d'une stratégie d'accompagnement et de contrôles pédagogiques, gradués et ciblés de la facturation a été engagé en 2021.

- Ce dispositif repose sur un parcours type déployé au cours de la 1ère année d'exercice du nouvel installé, qui est progressivement enrichi.
- Dans la continuité de ce qui est mis en œuvre pour les infirmiers, le dispositif va désormais être étendu aux masseurs-kinésithérapeutes nouvellement installés, en commençant par une phase d'expérimentation.

# ACCOMPAGNEMENT PRIMO INSTALLÉ

## PARCOURS TYPE D'ACCOMPAGNEMENT / CONTRÔLE DES MK NOUVELLEMENT INSTALLÉS À TERME



# ACCOMPAGNEMENT PRIMO INSTALLÉ

- ✓ **7 territoires expérimentateurs** : Calvados, Gard, Hainaut, Maine-et-Loire, Moselle, Seine-Maritime, Vaucluse
- ✓ Expérimentation du parcours type sur les aspects suivants :
  - **Accompagnement initial** : RDV installation,
  - **Contrôle initial a priori,**
  - **Accompagnement renforcé** : RDV avec un Délégué numérique en santé pour les MK avec le plus fort taux de flux dégradé à l'issue du contrôle initial
- ✓ Planning prévisionnel d'expérimentation :
  - Expérimentation de 6 mois environ, **entre T2 et T4 2025**
  - **REX fin 2025 en vue de dessiner les contours d'une généralisation courant 2026**



## Sommaire

### 1. Recevoir un patient et établir le bilan-diagnostic

kinésithérapique

- La prescription de la rééducation
- Le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK)
- La prescription du masseur kinésithérapeute

### 2. Conduire la rééducation

- La rééducation
- Les actes de télésanté

### 3. Facturer et télétransmettre

- La facturation des actes
- Facturation et télétransmission
- Le tiers payant
- Télétransmission des pièces justificatives via SCOR
- Modes de facturation
- Forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet
- ADRI

### 4. Vous faire remplacer

### 5. Liens utiles

### 6. Vos interlocuteurs : contacts utiles

# 03

## ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES



# CONTRATS DÉMOGRAPHIQUES- POINT

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

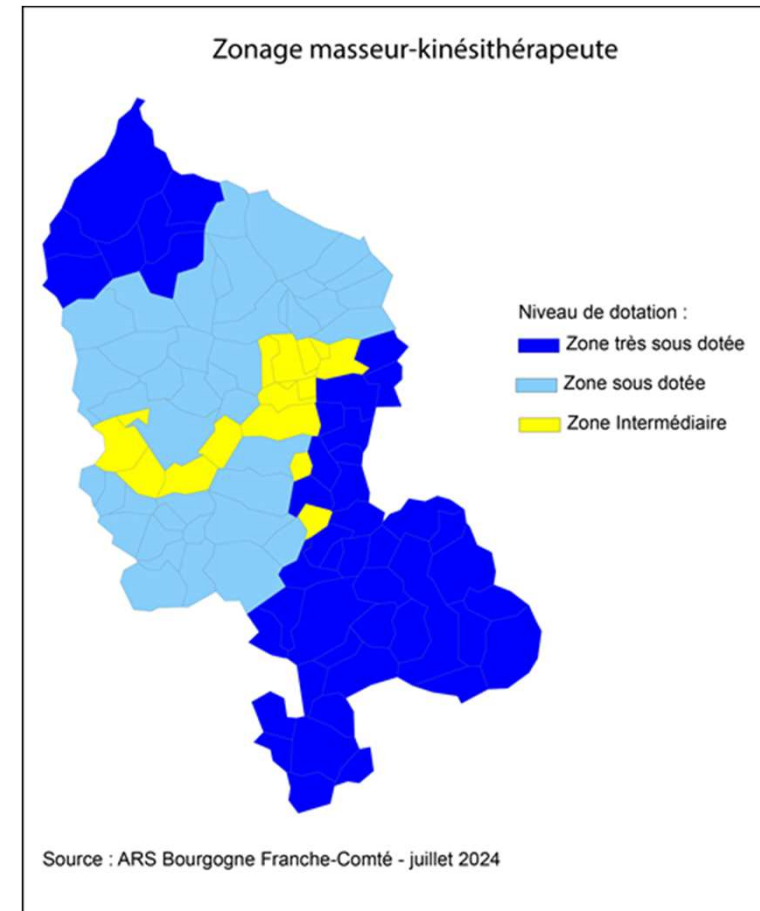
A la suite de la mise en œuvre de l'avenant 7, les conditions de régulations démographiques ont évolué ainsi que les conditions d'accès aux contrats démographiques.

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*

### ***A ce jour, nous recensons:***

- 11 contrats de maintien. 1 en attente de réception de l'avenant
- 3 contrats installation dont 1 qu'il faudra faire passer en maintien en novembre
- 2 contrats création de cabinet



# VERSEMENT FAMI 2025 AU TITRE DE 2024

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 <sup>1</sup>	175	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Equipement en vidéotransmission	350	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
<b>TOTAL au maximum</b>		<b>1115</b>		



**Dates de saisie des indicateurs : du 13/01/2025 au 03/03/2025**

Le paiement de cette rémunération a été réalisé le 13 mai 2025 pour un montant total de 46 075€ (contre 36 090€ en 2024)

- 80 MK ont perçu une rémunération contre 71 pour le FAMI 2024
- Rémunération comprise entre 490€ et 1115€ (max)

## CONTRÔLE NATIONAL FACTURATION: POINT DE SITUATION

Trois MK de notre département ont fait l'objet d'un contrôle de la qualité de leur facturation.

### Planning prévisionnel:

Les notifications d'anomalies seront adressées vers la fin septembre avec ouverture d'une période d'observation de 15 jours.

Envoi des notifications définitives d'indu avant la fin novembre.

Le contrôle annuel a permis d'identifier un montant de prestations induement facturées à hauteur de 16 795,66€.

### Les principales anomalies identifiées:

- Anomalie de la prescription (absence signature, imprécise, incomplète) : 5 137,10€
  - Erreur de facturation: 4,78€ (frais de déplacement à tort)
  - Erreur de facturation ou surcotation d'actes (facturation de soin au-delà du nombre de séances prescrites / cotation erronée ex: TER 9,49 et non 9,50- AMS 7,5 au lieu de VIM 7,5) : 10 559,10€
  - Taux de prise en charge erroné (Pm non prescrite en rapport avec ALD/ AT): 1 517,87 et rappel de 663,14€
- 19 Actes non remboursables au regard de la NGAP: 228,87€

# PLAN D' ACTIONS RÉGIONAL

## 1/ groupe de travail régional représentants MK:

Les représentants de la commission paritaire régionale MK ont sollicité la mise en place d'un groupe de travail sur la nomenclature avenant 7 afin d'identifier les actes ou regroupement d'actes à suivre lors de ces rencontres régionales.

La CPAM de Belfort y participera.

## 2/ Action à destination des prescripteurs de soins de MK à venir:

Le plan d'actions régional 2025 définit les actions socles devant être déclinées uniformément par l'ensemble des CPAM de la région BFC.

Les actions ciblent les auxiliaires médicaux et principalement les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

Pour cette année, il s'agit d'élargir l'action initiée dans le Territoire de belfort à l'ensemble des départements de BFC à savoir l'envoi régional des courriers de la qualité de la prescription.

Ces courriers seront adressés à l'ensemble des prescripteurs ayant été à l'origine d'un indu vers les MK du fait d'une prescription incomplète.


Le montant de l'indu sera défini en local au sein de chaque organisme.

Un courrier sera également adressé aux établissements de santé, la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement étant en charge de regrouper l'ensemble des anomalies détectées dans chaque département.

Les envois devraient avoir lieu vers octobre/ novembre.

# DISPOSITIF PRADO: ACTUALITÉ

- Evolutions du dispositif PRADO avec l'émergence de nouveaux acteurs territoriaux amenés à structurer les relations ville-hôpital
- L'offre Prado doit s'adresser, en priorité aux patients atteints de pathologies relevant du champ des maladies cardiovasculaires et associées (insuffisance cardiaque, AVC, BPCO) et renforcer l'orientation vers les personnes les plus « fragiles »
- Délégation de cette activité envisagée d'ici la fin 2026



## MEMO PRADO

### NOUVELLES ORIENTATIONS PRADO

Avec l'émergence des nouveaux acteurs territoriaux amenés à structurer les relations ville/hôpital, le dispositif Prado évolue.

L'offre Prado s'adresse, en priorité :

- Aux patients atteints de pathologies relevant du champ des maladies cardiovasculaires et associées (insuffisance cardiaque, broncho-pneumopathie chronique obstructive, accident vasculaire cérébral).
- Aux personnes « fragiles » qui requièrent une aide spécifique à cause d'une autonomie réduite, de difficultés d'organisation, d'isolement, d'un logement inadapté, d'une faible couverture sociale ou de ressources limitées.

Cette évolution formalisée par des critères indicatifs de "fragilité potentielle" vise à renforcer l'orientation déjà engagée par les équipes de soins des établissements dont la mission est l'organisation de la sortie de l'hôpital et qui sont les seules décisionnaires de l'orientation vers le service Prado.


① Les grilles d'éligibilité (critères médicaux, critères d'autonomie et critères de contexte social) existants actuellement dans Prado (quel que soit le volet) ne changent pas.

② Les critères de priorisation comprennent :

- Les maladies cardiovasculaires et associées
- Les situations de « fragilité potentielle » :
  - L'absence de médecin traitant
  - Situations de vie : personne vivant seule, ou avec un aidant en difficultés ; logement nécessitant des adaptations, besoin d'aide significatif pour la planification des soins et d'organisation de la sortie.
  - Les critères de prise en charge administrative : absence d'assurance complémentaire, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), personnes sous tutelle, en invalidité, avec ASI

### PENDANT L'HOSPITALISATION

**Adhésion au service Prado :**  
Lorsque le patient est éligible, les professionnels de santé de l'établissement transmettent une demande Prado avec l'outil Viatrajectoire. L'adhésion au dispositif peut alors être initiée par un conseiller de l'Assurance Maladie, lors d'un échange avec le patient, en chambre ou par téléphone.



## NUMÉRIQUE EN SANTÉ

- ✓ Taux de télétransmission à fin août 2025: 98,41% (99.92% à fin décembre)  
Soit 74,59% (83,10%) de FSE et 23,82% (16,82%) de B2 dégradé
- ✓ SCOR: 100 % des kinés sont équipés et 98,89% utilisent SCOR
- ✓ ADRI : 98,89% des kinés équipés et 86,67% ( 86,56%) d'utilisateurs
- ✓ MSSANTE: 96% sont équipés
- ✓ DMP: 6% utilisateur (+6%)

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


# SÉCURISATION DES CONNEXIONS EN LOGIN/MDP DÉPLOIEMENT DE LA VALIDATION EN 2 ÉTAPES (PROJET « TOTP »)

amelipro

## Rappel du fonctionnement de la validation en 2 étapes (TOTP\*)

1

Activation du dispositif de validation en deux étapes



L'activation du dispositif de validation en deux étapes **va lier** votre compte amelipro à une application TOTP(\*) de validation en deux étapes installée sur votre smartphone ou votre ordinateur

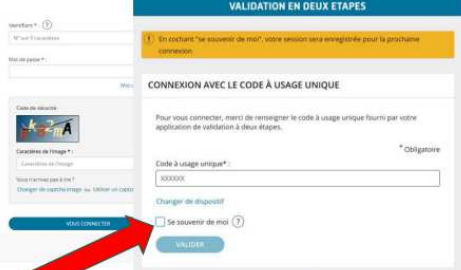
\*TOTP : Time based One Time Password  
(solutions gratuites du marché : Google authenticator, Microsoft authenticator, FreeOTP...)

4

2

Connexion et enrôlement

- Vous pourrez accéder en identifiant / mot de passe pendant 1 mois (durée expérimentale paramétrable) à votre compte amelipro **sans fourniture** du code à usage unique à chaque connexion



- Pour cela, vous avez possibilité d'enrôler le couple « poste de travail / navigateur » en sélectionnant « **Se souvenir de moi** »

### A noter :

- Pas d'application de validation en 2 étapes intégrées à amelipro ni d'application du marché préconisée
- L'application de validation en 2 étapes générant le code supplémentaire requis par l'accès en login/MDP peut être téléchargée et utilisée depuis un ordinateur ou un smartphone

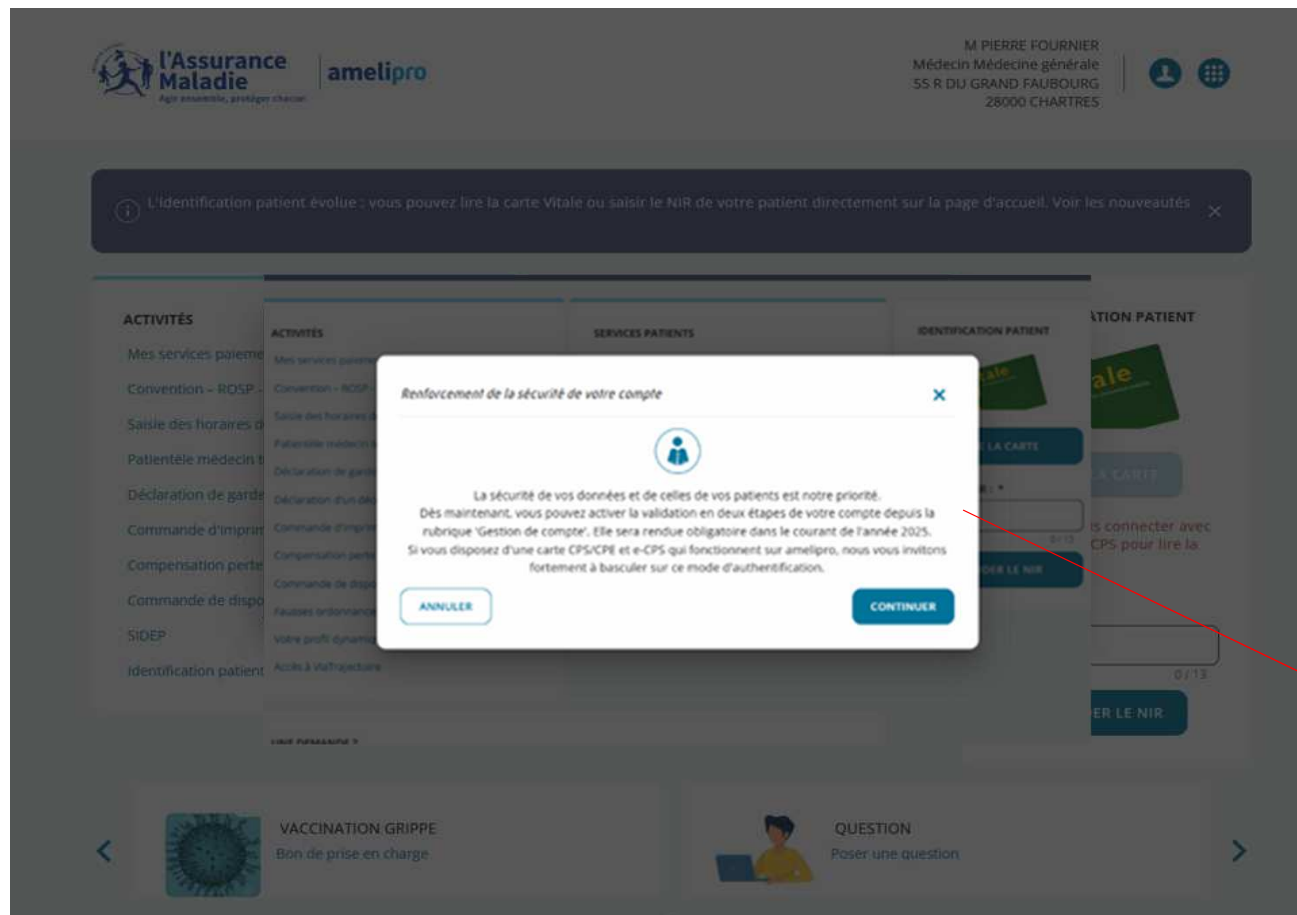
## Deux modes de déploiement :

**Phase transitoire** : l'utilisateur peut continuer à se connecter en login/MDP ou en CPX ; à l'arrivée sur la page d'accueil, il est informé de la mise en place de la validation en 2 étapes dans l'objectif de sécuriser son compte et peut choisir d'activer le dispositif ; il est alors redirigé dans la gestion de compte. A défaut, ce message s'affiche tous les 2 jours.

En **phase obligatoire**, l'utilisateur ne pourra plus se connecter en login / mot de passe s'il n'a pas appareillé de dispositif de validation en 2 étapes. Pour l'activer, il devra se connecter en authentification forte, afin de pouvoir par la suite utiliser la connexion login/MDP sécurisée par un code TOTP (à noter : le captcha perdure par ailleurs).



## VALIDATION EN 2 ÉTAPES – INFORMATION EN PHASE TRANSITOIRE UNIQUEMENT



Lors de la phase transitoire, le professionnel est libre d'activer ou non le TOTP



Cliquer sur « **CONTINUER** » pour accéder à la gestion de compte.

Cliquer sur « **ANNULER** » ou la petite croix pour ignorer et continuer la navigation sur amelipro.


Fréquence d'apparition : tous les 2 jours



# ACTIVATION DU DISPOSITIF PAR L'UTILISATEUR DANS LA GESTION DE COMPTE (1/4)



**GESTION DE COMPTE**

M. Jean-luc MAITRE 

Mon compte > Connexion et sécurité

**MON COMPTE**

Connexion et sécurité

Mes Identifiants ?

Numéro d'Assurance Maladie ou FINESS

391009727

E-mail

jlmaitre@test.fr

Mot de passe

.....

Validation en deux étapes

**Qu'est-ce que la validation en deux étapes ?**

La validation en deux étapes, également appelée « authentification à deux facteurs », vous permet d'ajouter un niveau de sécurité supplémentaire afin de protéger votre compte en cas de vol de votre mot de passe.

Vous avez l'habitude de vous connecter à ameli.pro avec votre carte professionnelle ou via votre e-CPS ? Pour vous, rien ne change, aucun code ne vous sera demandé à la connexion.

Il vous arrive de vous connecter avec votre identifiant et mot de passe ? Pour sécuriser votre compte, nous vous invitons à activer la validation en deux étapes.



Une fois ce dispositif activé, il sera nécessaire de saisir un code à usage unique pour se connecter à votre compte avec une authentification en login / mot de passe. Il vous sera demandé de renouveler cette opération au-delà de 90 jours.

ACTIVER


DÉCOUVRIR

Vous avez la possibilité d'activer ou de découvrir l'aide

## ACTIVATION DU DISPOSITIF PAR L'UTILISATEUR DANS LA GESTION DE COMPTE (2/4)



GESTION DE COMPTE

M. Jean-luc MAITRE 

Mon compte > Connexion et sécurité > Informations d'identification complémentaires

VALIDATION EN DEUX ÉTAPES

Informations d'identification complémentaires

\* Obligatoire

La validation en deux étapes est une clé de sécurité, fournie par une application tierce, qui vous permet de sécuriser la connexion à votre compte amelipro.

Pour activer la validation en deux étapes, veuillez renseigner votre numéro de Sécurité sociale et les 4 derniers caractères de l'IBAN professionnel de votre cabinet principal.

Numéro de Sécurité sociale \* :

Les 4 derniers caractères de votre IBAN Professionnel \* :

CONFIRMER

Sinon, connectez-vous avec votre [carte professionnelle](#) ou [Pro Santé Connect](#)

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit • prix appel

Aide et configuration • Mentions légales | CGU | Accessibilité : non conforme

Après le choix « Activer »  
Renseignez votre Numéro de Sécurité Sociale (NIR) sans la clé (13 caractères) et les 4 derniers caractères de votre IBAN.

Puis, cliquer sur « **Confirmer** ».

## ACTIVATION DU DISPOSITIF PAR L'UTILISATEUR DANS LA GESTION DE COMPTE (3/4)

amelipro

l'Assurance  
Maladie

GESTION DE COMPTE

M. Jean-luc MAITRE

Mon compte > Connexion et sécurité > Activation de la validation en deux étapes

VALIDATION EN DEUX ÉTAPES

Activation de la validation en deux étapes

\* Obligatoire

Pour activer la validation en deux étapes, vous devez avoir au préalable téléchargé une application disponible dans votre magasin d'applications.

Activez votre validation en deux étapes en scannant le code QR

1. Lancez votre application de validation en deux étapes.
2. Scannez le QR code ci-dessous avec votre smartphone ou reportez la clé secrète dans votre application de validation en deux étapes si vous n'avez pas de smartphone.
3. Reportez le code généré par votre application de validation en deux étapes dans le champ "code à usage unique" ci-dessous.

Vous ne savez pas comment l'activer ?



T7MOGICGKCHWA2V2XN24VDH8B6D023JD

Code à usage unique\*:

121584

VALIDER

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit + prix appel


Aide et configuration » Mentions légales | CGU | Accessibilité : non conforme

Pour l'activation de la validation en deux étapes, il faut au préalable installer / télécharger une application de validation en deux étapes.

Puis suivre les étapes 1,2,3 indiquées. Une aide est disponible en cliquant sur « **Vous ne savez pas comment l'activer ?** ».

Le code à usage unique demandé est celui généré par cette application pour lier ce dispositif à votre compte amelipro.

## ACTIVATION DU DISPOSITIF PAR L'UTILISATEUR DANS LA GESTION DE COMPTE (4/4)

amelipro  M. Jean-luc MAITRE

### GESTION DE COMPTE

Mon compte > Connexion et sécurité

#### MON COMPTE

✓ La validation en deux étapes a été activée avec succès.

##### Connexion et sécurité

Mes Identifiants ?

Numéro d'Assurance Maladie ou FINESS  
391009727

E-mail  
jlmaître@test.fr

Mot de passe  
•••••

Validation en deux étapes ?

Vous avez changé de smartphone ou d'ordinateur ? Vous devez relier ce nouvel appareil à votre compte amelipro. Pour activer la validation en deux étapes sur un autre dispositif, veuillez cliquer sur le bouton ci-dessous.

[CHANGER DE DISPOSITIF](#) [DÉCOUVRIR](#)

Mes derniers événements



20/09/2024 - 12:26 Activation de la validation en deux étapes  
20/09/2024 - 12:20 Accès à la page d'accueil  
20/09/2024 - 12:20 Connexion par carte CPS  
20/09/2024 - 12:17 Accès à la page d'accueil

Un message vous informe du succès de l'activation de la validation en deux étapes.

Pour information, vous pouvez **changer de dispositif** (choisir une autre application ou changer l'appareil sur lequel est installé l'application de validation en 2 étapes )

## CONNEXION RENFORCEE APRÈS ACTIVATION DU DISPOSITIF (1/2)

### Étape 1



Identifiant \* : ? \* Obligatoire

N° sur 9 caractères

Mot de passe \* :

Mot de passe oublié


Code de sécurité

Caractères de l'image \* :

Vous n'arrivez pas à lire ?  
Changer de captcha image ou Utiliser un captcha audio

VOUS CONNECTER

Connectez-vous avec vos identifiants où que vous soyez.






VOUS CONNECTER PAR CARTE CPS OU CPE

Ou s'identifier avec :



### Étape 2



VALIDATION EN DEUX ETAPES

En cochant "se souvenir de moi", votre session sera enregistrée pour la prochaine connexion

CONNEXION AVEC LE CODE À USAGE UNIQUE

Pour vous connecter, merci de renseigner le code à usage unique fourni par votre application de validation à deux étapes.

Code à usage unique\* :

Changer de dispositif

☐ Se souvenir de moi ?

VALIDER

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit • prix appel

Aide et configuration | Mentions légales | CGU | Accessibilité : non conforme

## CONNEXION RENFORCEE APRÈS ACTIVATION DU DISPOSITIF (2/2)

l'Assurance Maladie  
Agir ensemble, protéger chacun

amelipro

Aide ?

< VALIDATION EN DEUX ETAPES

! En cochant "se souvenir de moi", votre session sera enregistrée pour la prochaine connexion

CONNEXION AVEC LE CODE À USAGE UNIQUE

Pour vous connecter, merci de renseigner le code à usage unique fourni par votre application de validation à deux étapes.

\* Obligatoire

Code à usage unique\* :

XXXXXX

Changer de dispositif

☐ Se souvenir de moi ?

VALIDER

NOUS CONTACTER  
3608 Service gratuit + prix appel

Aide et configuration | Mentions légales | CGU | Accessibilité : non conforme

Il faut maintenant générer le code à usage unique avec votre dispositif de validation en deux étapes. Puis saisir ce code dans ameli.pro.

En cliquant sur, « Se souvenir de moi » vous enrôlez ce couple poste / navigateur pour ne plus fournir de code à usage unique pour une durée de **30 jours**, lors de vos prochaines connexions par identifiant et, mot de passe.

Cliquer sur « Valider » pour vous connecter.

# PLANNING PREVISIONNEL DE DEPLOIEMENT DE LA VALIDATION EN 2 ÉTAPES



Catégories	Phase transitoire	Phase obligatoire
<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychomotriciens (catégorie 96)</li> <li>Ergothérapeutes (catégorie 94)</li> <li>Psychologues (catégorie 93)</li> </ul>	21/07 (réalisé)	15/09 (confirmé)
<ul style="list-style-type: none"> <li>sages femmes (catégorie 50)</li> <li><b>masseurs kiné (catégorie 70)</b></li> <li>Pédicures podologues (catégorie 80)</li> <li>Orthophonistes (catégorie 91)</li> <li>Orthoptistes (catégorie 92)</li> </ul>	22/09	03/11
<ul style="list-style-type: none"> <li>Infirmiers</li> <li>Chirurgiens-dentistes</li> </ul>	03/11	Fin 2025
<ul style="list-style-type: none"> <li>Centres de santé (comptes administratifs)</li> <li>Taxis</li> </ul>	17/11	2026 (à définir)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins</li> </ul>	A définir	2026 (en attente délégation secrétaire)

Populations France entière

Expérimentation sur 1 département (groupe test PS)

En attente prérequis

# Qualité facturation (janvier à août 2025):



Taux de rejet moyen **1,40%**  
(variable entre 1,01% et 1,60%)  
Sur un total de  
34 328 factures  
Top 5 des anomalies

**Modération du ticket modérateur non trouvée en base – 143 factures soit 0,38 % (56 factures soit 0,33%)**

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 - 61 factures soit 0,16% (34 factures soit 0,19%)**

Les factures sont recyclées avec paiement de la part complémentaire dans le cas de factures sécurisées sans indicateur de forçage. **28% des rejets sur un PS (16 rejets)**

**Le prescripteur est inconnu au fichier national des professionnels de santé – 57 factures soit 0,15% (25 factures soit 0,14%)**

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- 39 factures soit 0,10% (16 factures soit 0,09%)**

Le système a trouvé une modulation du ticket modérateur dans la BDO Assuré pour ce bénéficiaire qui n'a pas été transmise par le tiers ou qui n'est pas compatible avec le code justificatif d'exonération transmis par le tiers..

**Situation d'exonération inconnue pour le bénéficiaire- 14 factures soit 0,04%**

Dans le cas de flux SESAM, si l'exonération est sur la carte vitale mais n'est pas trouvée en BDO à la date des soins, la facture est rejetée..



# 04

## POINTS DIVERS

**LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA *LE 6 FÉVRIER 2026***

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