



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES ORTHOPHONISTES

08 janvier 2026

CPAM du Territoire de Belfort

17/02/2026

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

PRÉSIDENTE 2026: SECTION PROFESSIONNELLE

VALIDATION COMPTE-RENDU DU 09 JANVIER 2025

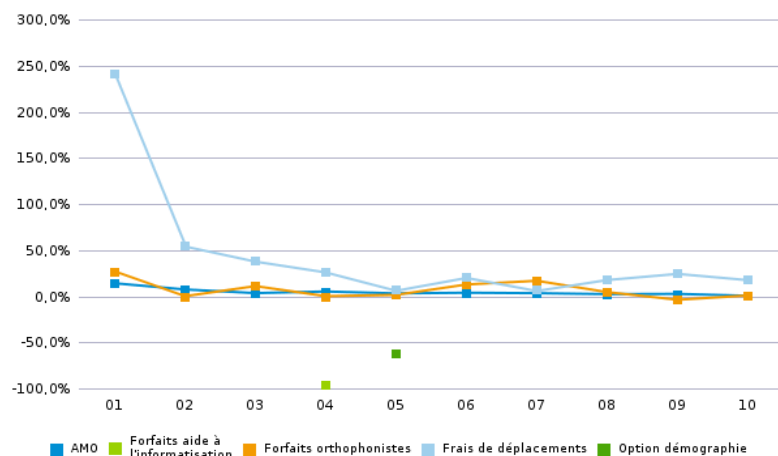
01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU 31 OCTOBRE 2025

Postes de dépenses	Montants	Evolutions	Evolutions Région	Evolutions France
TOTAL	1 203 133	-0,9%	5,4%	3,2%
Actes des orthophonistes	1 160 626	0,4%	4,9%	3,2%
AMO	1 149 542	0,4%	4,9%	3,2%
Forfaits orthophonistes	6 800	0,7%	19,9%	18,5%
Majoration enfant orthophonie	750	-54,7%	-2,0%	-0,3%
Téléconsultations	3 534	9,6%	2,4%	-2,9%
Autres rémunérations	38 635	-29,7%	25,0%	7,1%
Forfaits aide à l'informatisation	15 385	12,5%	2,0%	3,4%
Option démographie	23 250	-43,6%	44,3%	16,6%
Frais de déplacements	3 873	18,7%	-0,4%	-1,8%
Frais de déplacements	3 873	18,7%	-0,4%	-1,8%

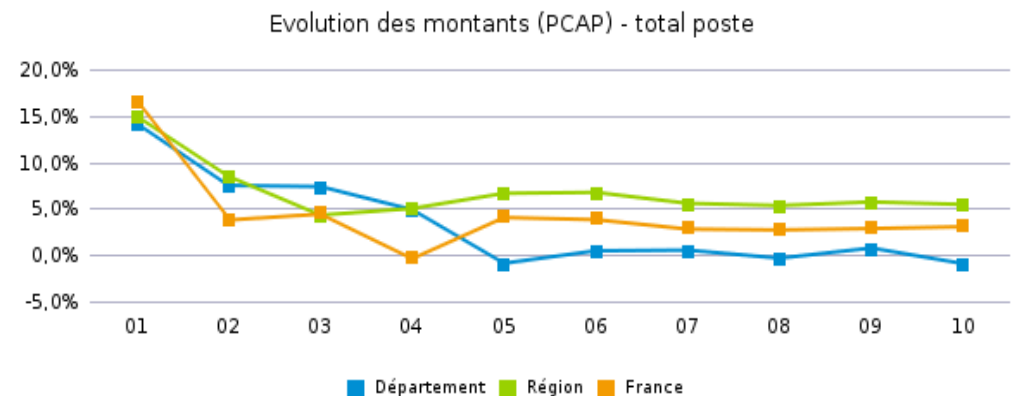
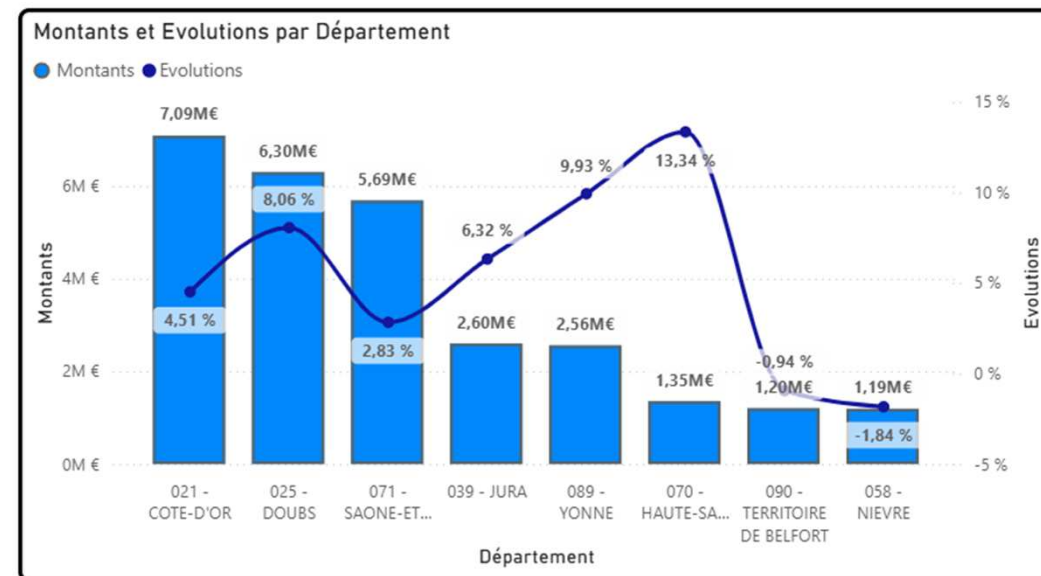
Evolution des montants par prestation (PCAP)



- Au 31 octobre 2025, 1 203 133 € ont été versés aux orthophonistes dont le cabinet principal est situé dans le Territoire de Belfort.
- Ce montant est en légère baisse : -0,9%. Cette tendance diffère des évolutions régionales (+5,4%) et nationales (+3,2%).
- En 2024, les dépenses avaient augmenté de +13,5% (+6,2% en BFC).
- Des éléments à prendre en compte:
 - Le nombre d'assurés recule légèrement de 0,84 %.
 - Malgré quatre nouvelles installations en 2025, trois d'entre elles ont eu lieu tardivement, en septembre et en novembre et ne sont donc pas prises en compte dans les tendances observées

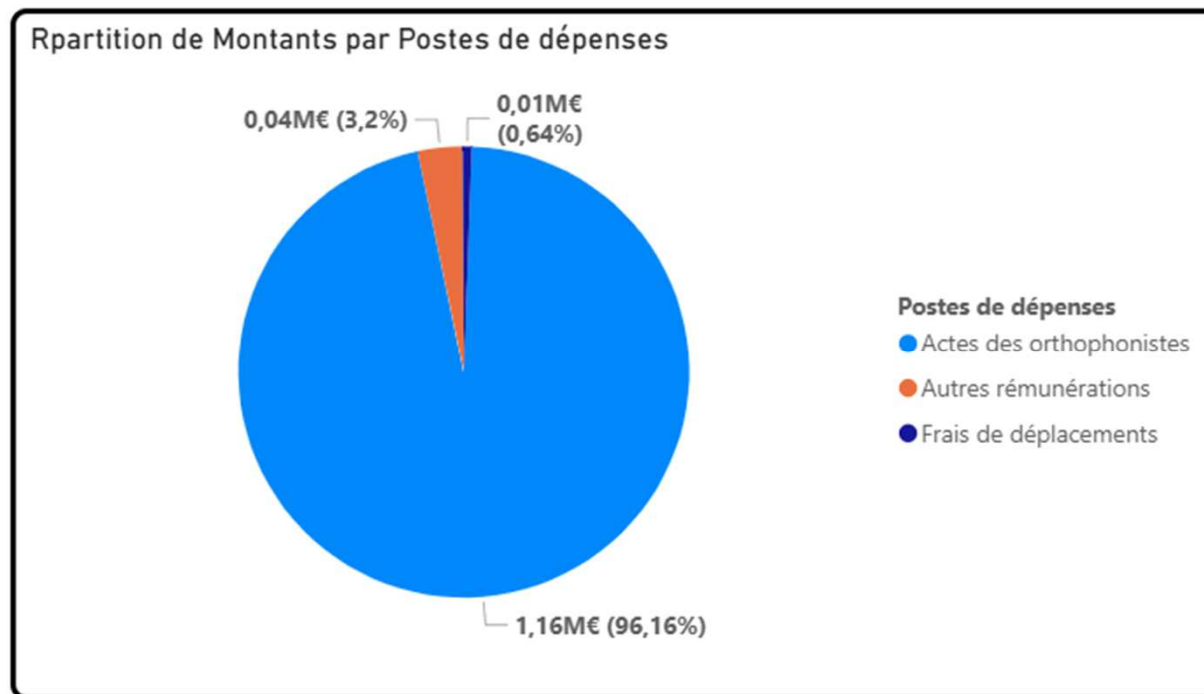
ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

- Avec une diminution de -0,94 %, le Territoire de Belfort se positionne juste après la Nièvre (-1,84 %) parmi les départements connaissant les baisses les moins marquées.
- Par rapport aux autres départements de Bourgogne-Franche-Comté, la Haute-Saône est le département avec la plus forte hausse (+13,34%) suivi par le Doubs (+8,06%) puis le Jura (+6,32%)
- Après une forte augmentation en début d'année 2025 (environ +15% en janvier 2025), une forte baisse a eu lieu en mai 2025. Sur les cinq mois suivant, les dépenses sont restées stables.



ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

RÉPARTITION DES MONTANTS PAR PRESTATION



ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Actes AMO (+ 0,4%) :

- Les principaux coefficients facturés sont en baisse 11,6 -12,1 -12,6 (les actes de rééducation). Malgré tout, les actes de rééducation pour des patients âgés de 3 à 6 ans sont en forte baisse (-28,4%). Les montants versés pour les bilans (AMO 40) sont stables (-0,7%). D'autres actes sont en baisse mais avec un impact financier moins important.
- Les plus fortes hausses concernent:
 - les actes de rééducation liés à des troubles de la communication et du langage oral dans le cadre des troubles du neurodéveloppement par séance AMO 14 (+20,21%)
 - puis les actes de rééducation chez les patients atteints de pathologies neurodégénératives, AMO 15,6 (+3,69%)
 - 9 - ou le Bilan AMO 34 (6,89%).

Coefficient	Nombre assurés 2024	Montant 2024	Nombre assurés 2025	Montant 2025	Taux_Evolution
10,1	4	540,35 €			-100,00 %
10,8	5	1 159,92 €	2	224,64 €	-80,63 %
11,4	38	10 477,74 €	29	8 980,92 €	-14,29 %
11,5	1	621,00 €	1	89,70 €	-85,56 %
11,6	330	197 377,48 €	337	190 550,88 €	-3,46 %
11,7	53	28 672,02 €	49	27 104,22 €	-5,47 %
12	2	1 056,00 €	3	1 060,80 €	0,45 %
12,1	156	84 376,93 €	164	71 381,53 €	-15,40 %
12,2	16	5 594,92 €	12	3 330,60 €	-40,47 %
12,6	178	86 214,24 €	160	78 067,08 €	-9,45 %
12,8	12	1 529,60 €	4	765,44 €	-49,96 %
13	3	3 602,30 €	2	2 737,80 €	-24,00 %
13,5	64	27 560,25 €	62	26 640,90 €	-3,34 %
13,8	52	38 261,88 €	57	36 561,72 €	-4,44 %
14	133	108 278,80 €	167	130 163,60 €	20,21 %
14,1			1	62,92 €	
15,4	12	7 609,14 €	13	9 009,00 €	18,40 %
15,6	56	53 979,12 €	60	55 972,80 €	3,69 %
15,7	71	90 714,60 €	80	91 600,08 €	0,98 %
16,8			1	43,68 €	
20	1	52,00 €	1	52,00 €	0,00 %
23,8	167	10 826,62 €	179	12 004,72 €	10,88 %
26	14	941,20 €	10	676,00 €	-28,18 %
28	29	2 105,60 €	46	3 348,80 €	59,04 %
34	365	35 230,80 €	381	37 658,40 €	6,89 %
40	65	6 912,00 €	65	6 864,00 €	-0,69 %
8			1	145,60 €	
9	2	90,00 €	20	5 311,80 €	5802,00 %
9,7	5	2 436,64 €	8	1 992,38 €	-18,23 %
9,8	5	1 318,10 €	6	611,52 €	-53,61 %

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ : LES ASSURÉS

Entre 2024 et 2025, le nombre d'assurés recule légèrement de 0,84 %. Dans le même temps, le montant moyen remboursé par assuré diminue plus nettement, de 2,07 %. La baisse des dépenses s'explique donc davantage par la diminution du montant moyen que par l'évolution du nombre d'assurés.

2025

Nombre_assurés

1,179K

Moyen_Montant...

470,89 €

2024

Nombre_assurés

1,189K

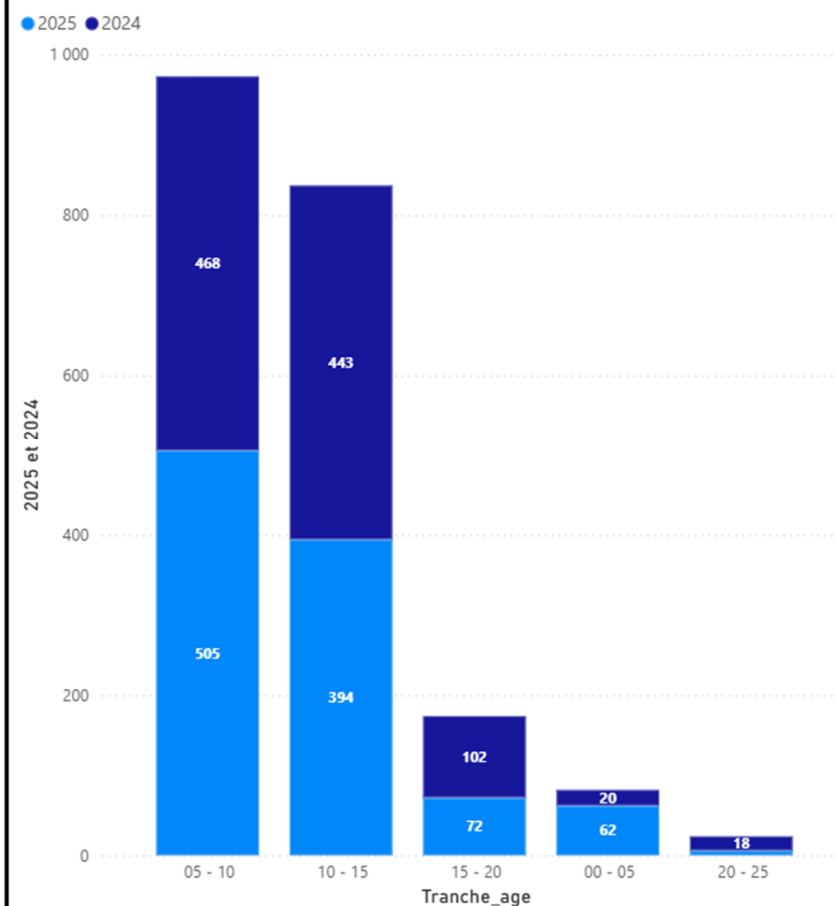
Moyen_Montant...

480,84 €

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ : LES ASSURÉS

- La répartition des assurés par tranche d'âge montre une forte concentration chez les plus jeunes. Les tranches 5–10 ans et 10–15 ans regroupent à elles seules la majorité des assurés, aussi bien en 2024 qu'en 2025. Cette concentration est cohérente avec la nature des soins analysés, les actes d'orthophonie concernant principalement des troubles du langage et des apprentissages, majoritairement pris en charge durant l'enfance.
- Les autres tranches d'âge présentent des effectifs nettement plus faibles, traduisant un recours beaucoup plus marginal à ces soins à l'âge adulte.

Nbr assurés en 2025 et 2024 par Tranche_age



2024-2025

Tranche_age	Nombre 2024	Nombre 2025
00 - 05	20	62
05 - 10	468	505
10 - 15	443	394
15 - 20	102	72
20 - 25	18	0
25 - 30	6	4
30 - 35	6	2
35 - 40	3	4
40 - 45	7	9
45 - 50	11	12
50 - 55	13	7
55 - 60	18	15
60 - 65	21	25
65 - 70	28	27
70 - 75	19	22
75 - 80	43	33
80 - 85	16	26
85 - 90	10	9
90 - 95	7	6
95 - 100	1	1
Total	1189	1179

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ : LES PRESCRIPTEURS

➤ Répartition des montants

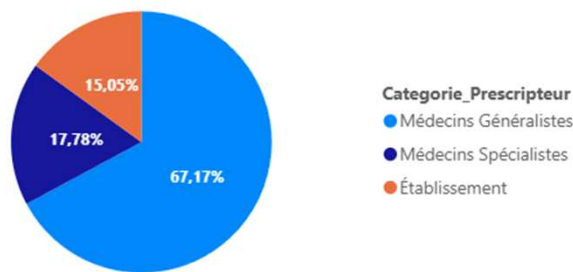
En 2024 comme en 2025, les médecins généralistes restent les principaux prescripteurs, représentant environ deux tiers des montants remboursés.

En 2025, ils concentrent 67,2 % des remboursements, contre 65,6 % en 2024, soit une légère progression de leur poids dans la prescription.

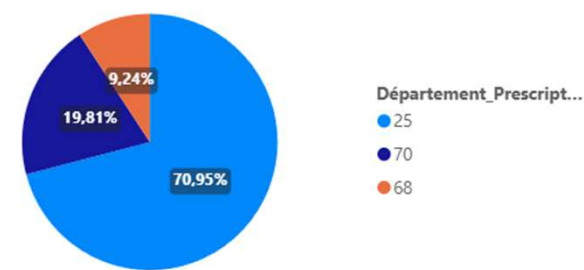
➤ Origine géographique des prescriptions (départements limitrophes)

La majorité des montants prescrits provient du Doubs (25), qui concentre 70,9 % des prescriptions en 2025, contre 54,4 % en 2024. En parallèle, la part des départements limitrophes diminue, notamment : la Haute-Saône (70), qui recule de 26,1 % à 19,8 %, et la Haut-Rhin (68) de 19,5 % à 9,2 %.

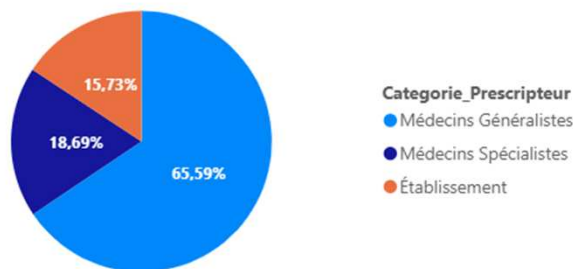
Total_Remboursement par Categorie_Prescripteur 2025



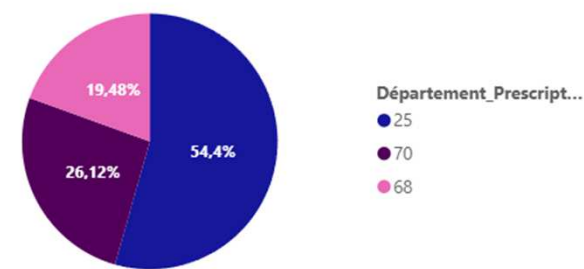
Répartition des limitrophes par le montant prescrit 2025



Total_Remboursement2024 par Categorie_Prescripteur 2024



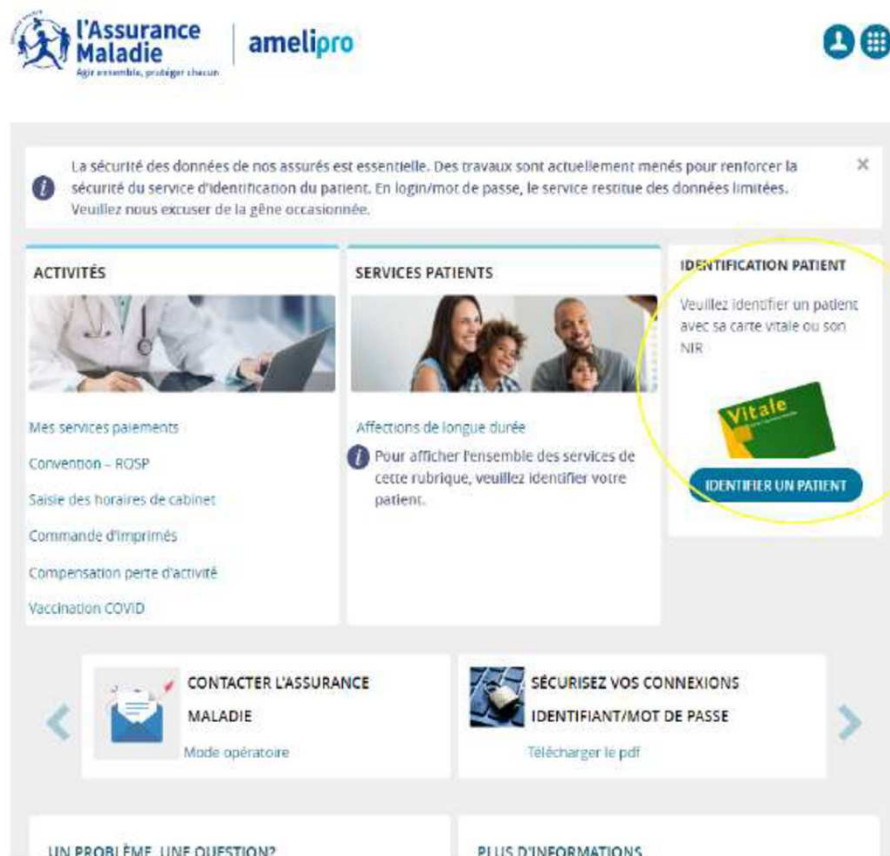
Répartition des limitrophes par le montant prescrit 2024



02

ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÈGLEMENTAIRES

PROCÉDURE POUR CONNAITRE L'ALD D'UN PATIENT DANS AMELIPRO



Cliquez sur
« identifier un
patient »
Et saisissez son
NIR

PROCÉDURE POUR CONNAITRE L'ALD D'UN PATIENT DANS AMELIPRO

The screenshot shows the AmeliPro interface with the following elements:

- Top Bar:** L'Assurance Maladie logo (Agir ensemble, protéger chacun) and ameli.pro logo.
- Notification:** A message about data security and limited access.
- ACTIVITÉS:** A list of services including 'Mes services paiements', 'Convention - ROSP', 'Saisie des horaires de cabinet', 'Commande d'imprimés', 'Compensation perte d'activité', and 'Vaccination COVID'. A blue arrow points from 'Convention - ROSP' to the 'SERVICES PATIENTS' section.
- SERVICES PATIENTS:** A section circled in yellow, containing 'Arrêt de travail', 'Affections de longue durée', and 'Accident de Travail / Maladie Professionnelle'.
- IDENTIFICATION PATIENT:** A sidebar containing patient details such as Nom, Prénom, NIR, Née(e), Rang, Régime (REGIME GENERAL), Caisse de rattachement (CPAM), Centre de gestion (6231), and various rights and exemptions.
- Buttons:** 'Plus d'informations', 'CHANGER DE PATIENT', and a PDF icon.

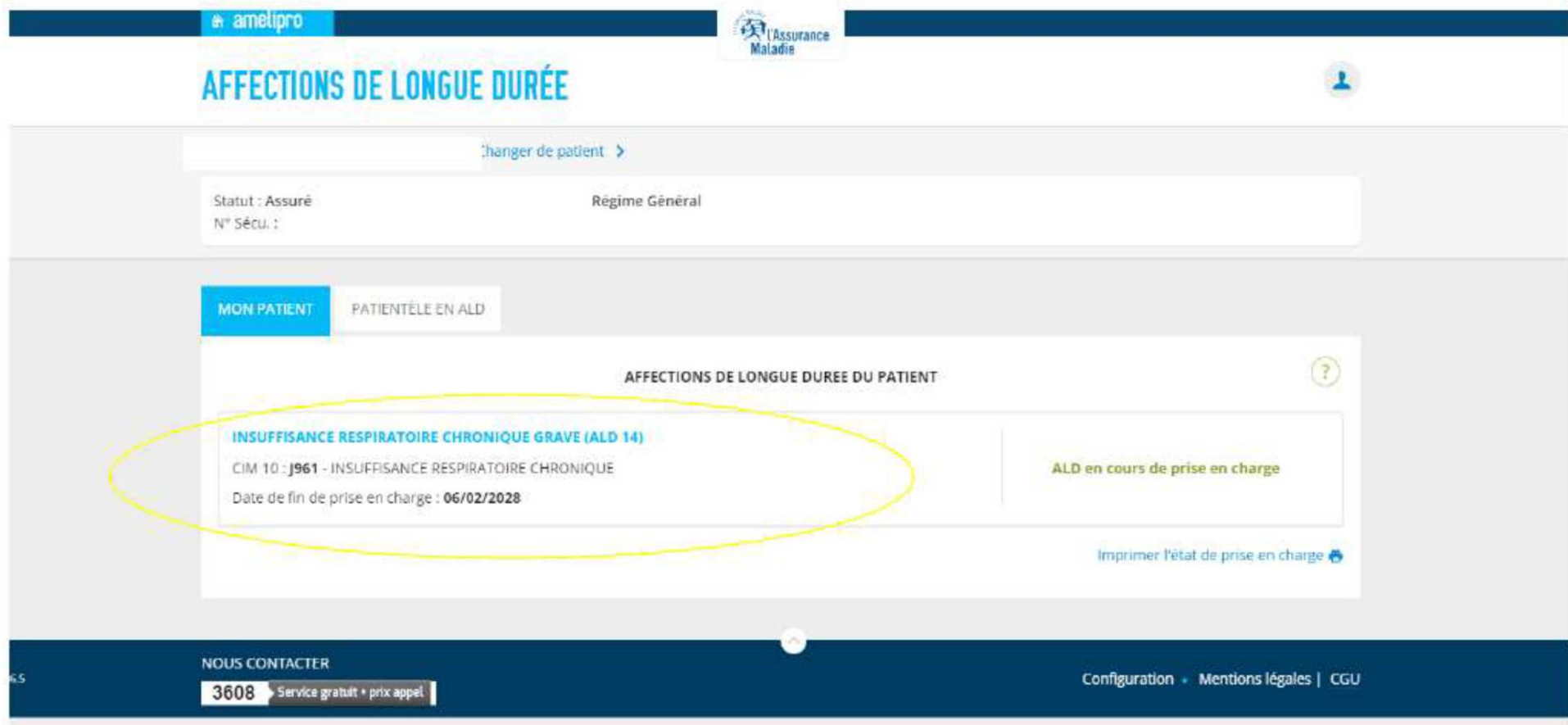
Cliquer sur
Affections
longue
durée

PROCÉDURE POUR CONNAITRE L'ALD D'UN PATIENT DANS AMELIPRO

The screenshot shows the AMELIPRO web interface. At the top, there is a header with the 'amelipro' logo and the 'Assurance Maladie' logo. Below the header, the main title 'AFFECTIIONS DE LONGUE DURÉE' is displayed. A 'Changer de patient' link is visible. The user's status is shown as 'Statut : Assuré' and 'N° Sécu.' is displayed. The 'Régime Général' and 'Caisse Primaire du' are also shown. The 'MON PATIENT' tab is selected, and the 'PATIENTÈLE EN ALD' tab is also visible. The 'AFFECTIIONS DE LONGUE DUREE DU PATIENT' section contains a checkbox labeled 'Mon patient m'autorise à prendre connaissance des affections de longue durée le concernant.' A blue arrow points to this checkbox. The footer includes the 'NOUS CONTACTER' section with the number '3608' and the text 'Service gratuit • prix appel'. The footer also includes links for 'Configuration', 'Mentions légales', and 'CGU'.

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

PROCÉDURE POUR CONNAITRE L'ALD D'UN PATIENT DANS AMELIPRO



The screenshot displays the AMELIPRO web application interface. At the top, there is a dark blue header with the 'amelipro' logo on the left and the 'l'Assurance Maladie' logo on the right. Below the header, the main title 'AFFECTIIONS DE LONGUE DURÉE' is centered in blue. A user profile icon is visible in the top right corner. A light gray bar contains a link 'Changer de patient >'. Below this, a white box displays 'Statut : Assuré' and 'Régime Général'. A second white box contains two tabs: 'MON PATIENT' (highlighted in blue) and 'PATIENTÈLE EN ALD'. The 'MON PATIENT' tab is active, showing a section titled 'AFFECTIIONS DE LONGUE DUREE DU PATIENT' with a help icon. A yellow oval highlights the patient's condition details: 'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE (ALD 14)', 'CIM 10 : J961 - INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE', and 'Date de fin de prise en charge : 06/02/2028'. To the right of this box, it states 'ALD en cours de prise en charge'. A link 'Imprimer l'état de prise en charge' with a printer icon is at the bottom right of the box. The footer is dark blue, featuring 'NOUS CONTACTER' with the number '3608' and 'Service gratuit + prix appel', and links for 'Configuration', 'Mentions légales', and 'CGU'.

amelipro

l'Assurance Maladie

AFFECTIIONS DE LONGUE DURÉE

Changer de patient >

Statut : Assuré
N° Sécu. :

Régime Général

MON PATIENT PATIENTÈLE EN ALD

AFFECTIIONS DE LONGUE DUREE DU PATIENT

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE (ALD 14)
CIM 10 : J961 - INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE
Date de fin de prise en charge : 06/02/2028

ALD en cours de prise en charge

Imprimer l'état de prise en charge

NOUS CONTACTER
3608 Service gratuit + prix appel

Configuration • Mentions légales | CGU

AVENANT 21



Avenant 21 signé le 23 juillet 2025 par :

- l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam)
- l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM)
- La Fédération nationale des orthophonistes (FNO)



Entré en vigueur le 23 août 2025 (*lendemain de la fin du délai d'approbation ministérielle de cet accord conformément à l'article L. 162-15 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale*) - Publication au **Journal Officiel (JO)** le 2 septembre 2025



AVENANT 21- GÉNÉRALISATION PPSO

Rémunération des orthophonistes régulateurs



- 200 € par créneau de 3 heures de régulation sur la base d'un bordereau établi mensuellement par PPSO et transmis à l'Assurance maladie
- L'orthophoniste libéral contractualise avec PPSO et s'engage à respecter les conditions pour intervenir dans ce cadre (notamment formation)
- objectif cible : deux créneaux de régulation maximum par orthophoniste et par mois pour permettre de garantir la rotation des équipes de régulation



Définir le circuit de transmission des bordereaux (par PPSO? Par les OP? au niveau national? À chaque CPAM?)

Rémunération des orthophonistes effecteurs



- Majoration **MSO** d'un montant de **20€**
- Cette majoration **s'ajoute au tarif du bilan orthophonique**
- Au maximum **10 majorations par an** peuvent être facturées par orthophoniste

Conditions :

- ✓ l'orthophoniste est inscrit sur la liste d'adressage gérée par PPSO,
- ✓ l'orthophoniste s'engage à recevoir le patient dans un délai de 3 mois maximum après adressage,
- ✓ l'orthophoniste s'engage à assurer la continuité des soins du patient à l'issue de la réalisation du bilan,
- ✓ le patient a été régulé et orienté par la plateforme PPSO

Entrée en vigueur

23 février
2026

AVENANT 21- ADAPTATION DE LA NGAP

✓ Possibilité d'effectuer deux séances le même jour

- pour des actes différents de rééducations individuelles
- à la condition que celles-ci interviennent dans le cadre de deux projets rééducatifs distincts et
- qu'ils soient issus de deux prescriptions médicales distinctes ou de deux bilans distincts (dans le cas où l'orthophoniste reçoit son patient en accès direct).

Dans les autres cas, les cotations des actes figurant à l'article 2 du chapitre II du titre IV de la NGAP ne sont pas cumulables entre elles.

✓ Evolutions des durées des séances : réduire les durées minimales de certaines séances de rééducation au regard de l'état de l'art :

- Pour les actes en AMO 9,7 ; 9,8 et 9,9 : la séance doit durer environ 30 minutes, sans être inférieure à 20 minutes
- Pour les actes en AMO 15,4 : la séance doit durer environ 45 minutes, sans être inférieure à 30 minutes

✓ Modification des coefficients des bilans orthophoniques

Afin d'assurer une meilleure traçabilité des bilans orthophoniques, modification des coefficients

	Coefficient
Bilan de la phonation	33,98
Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité	33,99
Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit	34,01
Bilan de la communication et du langage écrit	34,02
Bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)	34,03
Bilan des troubles d'origine neurologique	39,99
Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence	40,01
Bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteur, sensoriel et/ou déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques et de la surdité	40,02

AVENANT 21- AUTRES MESURES

Favoriser l'implication des orthophonistes en dehors de leur cabinet au sein des équipes éducatives

- 69€ par patient
- 5 interventions maximum par an par orthophoniste
- création d'un nouvel indicateur optionnel au FAMI
- PJ à tenir à disposition en cas de contrôle: attestation de l'établissement/ CR de réunions



Généralisation des actions de prévention en milieu scolaire

Dépistages scolaires	Code acte	Montant
Forfait visant à indemniser le temps passé par le professionnel en formation (2 h) auprès du promoteur	FDS	138,00 €
Forfait visant à indemniser le temps passé à former en présentiel ou en visioconférence les enseignants sur l'action (4 h)	FLE	276,00 €
Forfait visant à indemniser la réalisation de la séance de sensibilisation des familles par l'orthophoniste (2 h)	IDS	138,00 €
Forfait visant à indemniser la réalisation de l'action de dépistage (par enfant)	DSE	5,75 €

AVENANT 21- AUTRES MESURES

Autres adaptations des dispositions conventionnelles

- Intégration de l'**UNOCAM** comme membre de la CPN
- **Modification du FAMI** : indicateur « prise en charge coordonnée des patients » devient complémentaire
- Généralisation des **expérimentations en milieu scolaire**
- Modification rédactionnelle de l'article sur la **téléexpertise** conformément aux évolutions de la convention médicale 2024

Suppression de la DAP

- Entrée en vigueur après **décision UNCAM** modifiant la NGAP et à la même date que les mesures de valorisation tarifaire
- Suivi attentif de la mesure en CPN



AVENANT 21- GROUPES DE TRAVAIL

- ✓ étudier la possibilité de mettre en place une **expérimentation pour prendre en charge des séances après le bilan de prévention et d'accompagnement parental (BPA)**



1^{er} GT à planifier T1 2026

- ✓ travaux de **révision de la NGAP sur les bilans orthophoniques** : à mettre en place dès lors que nous disposerons de données de facturation avec les nouveaux coefficients des bilans qui seront désormais traçants
- ✓ réalisation de **séances avec les aidants sans présence du patient**

Construction d'un programme de travail conventionnel :

- Réalisation de séances avec les aidants sans présence du patient
- Étudier la possibilité de mettre en place une expérimentation pour prendre en charge des séances après le bilan de prévention et d'accompagnement parental (BPA)
- Travaux de révision de la NGAP sur les bilans orthophoniques

CONVENTIONNEMENT ORTHOPHONISTES- CMP: POINT DE SITUATION

Le financement des CMP est assuré par dotations annuelles, permettant la prise en charge de l'ensemble des soins nécessaires aux patients suivant le principe du « tout compris » (article L, 162-26 du Code de la sécurité sociale).

- Lors des dernières négociations avec les orthophonistes libéraux (avenants 19 et 21), la suppression de la DAP a également annulé la mesure dérogatoire permettant aux OP de facturer en sus sur l'ONDAM ville (sous réserve de validation de la DAP) les soins (hors motif psy) réalisés pour les patients CMP.
- N'ayant plus le support de la DAP pour formaliser les interventions dérogatoires des orthophonistes, l'Assurance Maladie a rappelé la réglementation en vigueur lors du recours par les ES à des orthophonistes libéraux qui nécessitait de formaliser les interventions par une convention.

Au vu des difficultés remontées sur la mise en œuvre de ces conventions plusieurs actions engagées:

- Communication nationale aux orthophonistes et caisses (caisses ont réalisé le relais auprès des CMP) actant la suspension des demandes de conventions au moins jusqu'au 31/12/25
- Travaux en cours entre le ministère et la CNAM pour proposer une évolution de la réglementation permettant de garantir l'accès aux soins
- Nécessité de formaliser les évolutions par voie réglementaire et législative

7.3 EQUIPE DE SOINS COORDONNÉES AVEC LE PATIENT - ESCAP

Equipes de Soins Coordonnées Avec le Patient

ESCAP



Avenant 1 à l'Accord cadre interprofessionnel (ACIP) signé le 20 juin 2024

EXPERIMENTATION NATIONALE
mars 2025 à mars 2027

L'ESCAP est une forme de coordination :

- centrée sur le patient et accessible à tous les professionnels de santé
- Intégrant le patient au sein du dispositif via une grille d'inclusion complétée par un professionnel de santé et qui objective les besoins de prises en charge coordonnée du patient

Composée **d'au moins trois professionnels de santé** dont obligatoirement le médecin traitant
(respect du libre choix du patient)

Peuvent participer : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, biologiste, pharmacien, transporteur sanitaire, infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, audioprothésiste

- Les PS exerçant en CDS sont exclus
- A minima 2 PS exerçant en dehors d'une MSP

Périmètre circonscrit autour de **4 pathologies cliniques**

Patients poly-pathologiques chroniques de plus de 65 ans ; Patients diabétiques (type 1 et 2) sous insuline ; Patients ayant fait un AVC et ayant été hospitalisés il y a moins d'un an ; Patients en soins palliatifs.

En pratique

Dès lors qu'un professionnel de santé identifie chez un patient complexe un **besoin de coordination**, il peut - avec son accord et s'il est éligible - déclencher la constitution d'une ESCAP.

Il se connecte à un **outil de coordination** qui lui permet de savoir si son patient correspond aux **critères d'inclusion** dans le dispositif (*complétude d'une grille d'inclusion qui attribuera un score*).

Si tel est le cas, le professionnel entrera en relation avec les autres professionnels de santé - préalablement désignés par le patient dont son médecin traitant - afin de créer une équipe de coordination.

Les échanges entre professionnels de santé se feront via cet outil de coordination

Outil de coordination (national ou régional)

Librement choisi par le professionnel de santé – cet outil doit être conforme au cahier des charges élaboré par l'Union Nationale des Professionnels de santé et être conforme à la doctrine du numérique en santé.

Incitation financière et codes « traceurs » AM

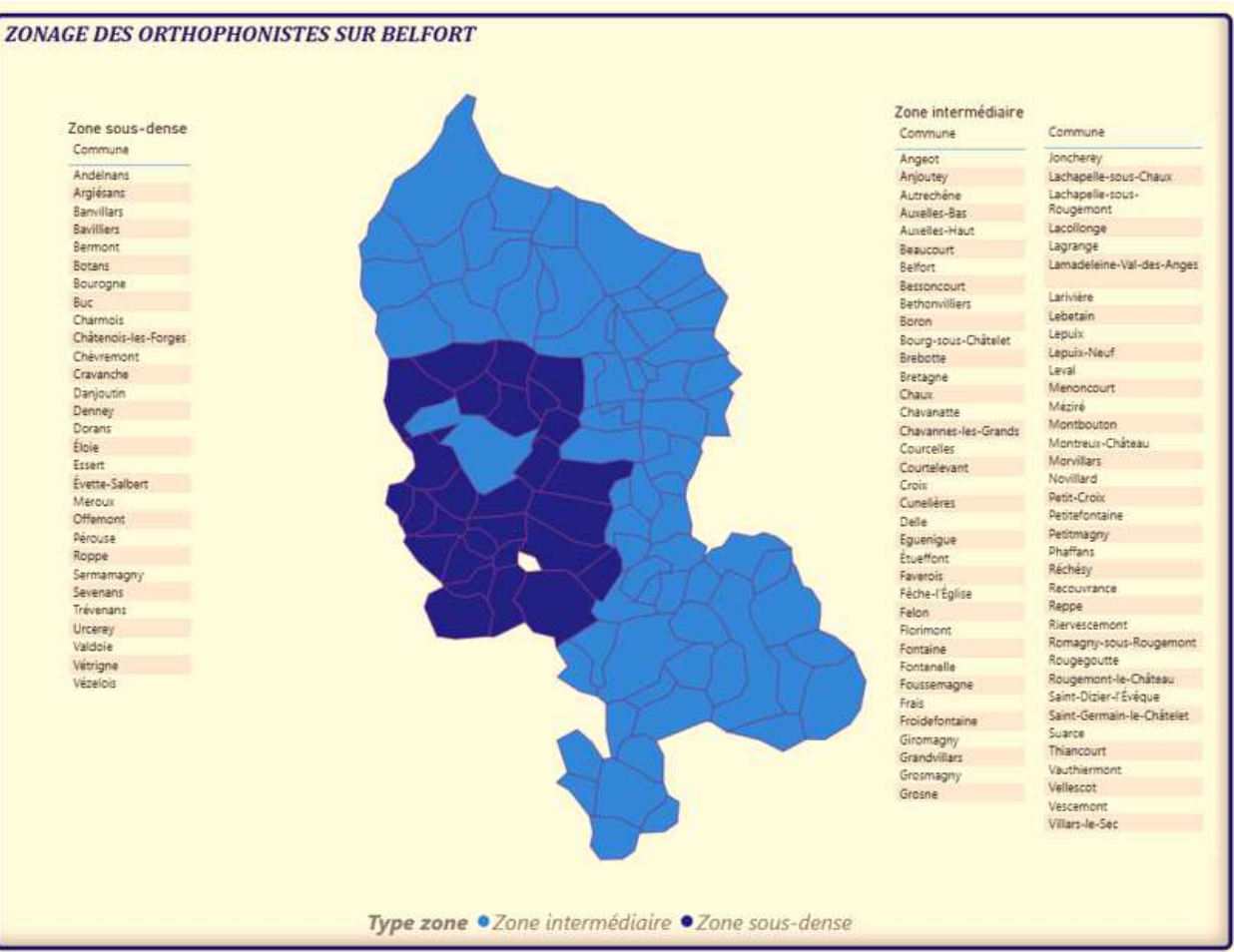
- 100 € par an et par PS pour l'acquisition et l'utilisation de l'outil de coordination
- 100 € par an et par PS pour la participation à un minimum de 5 ESCAP

Codes traceurs non valorisés qui doivent être facturés à l'AM :
- **IEP** (entrée) facturé par chaque PS lors de la 1^{ère} prise en charge du patient après constitution de l'ESCAP
- **OEP** (sortie) facturé par chaque PS lors de la dernière prise en charge du patient actant la fin de coordination

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

NOUVEAU ZONAGE ORTHOPHONISTE ET OFFRE DE SOINS



Evolution du zonage de novembre 2025:
Passage d'intermédiaire vers sous dense de la commune de Sermamagny

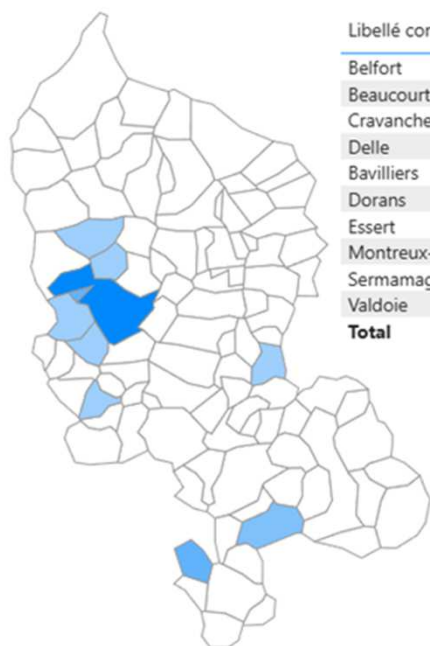
Etat des lieux au 31 décembre 2025 :
28 orthophonistes sont conventionnés avec la CPAM du Territoire de Belfort.

Démographie :
➤ Sur les 4 dernières années, le solde installation/cessation est positif (+3 orthophonistes)

		2025	2024	2023	2022	2021
Installations	8	4	1	3	0	0
Cessations	5	2 (dont 1 devenue remplaçante)	1	1	0	1

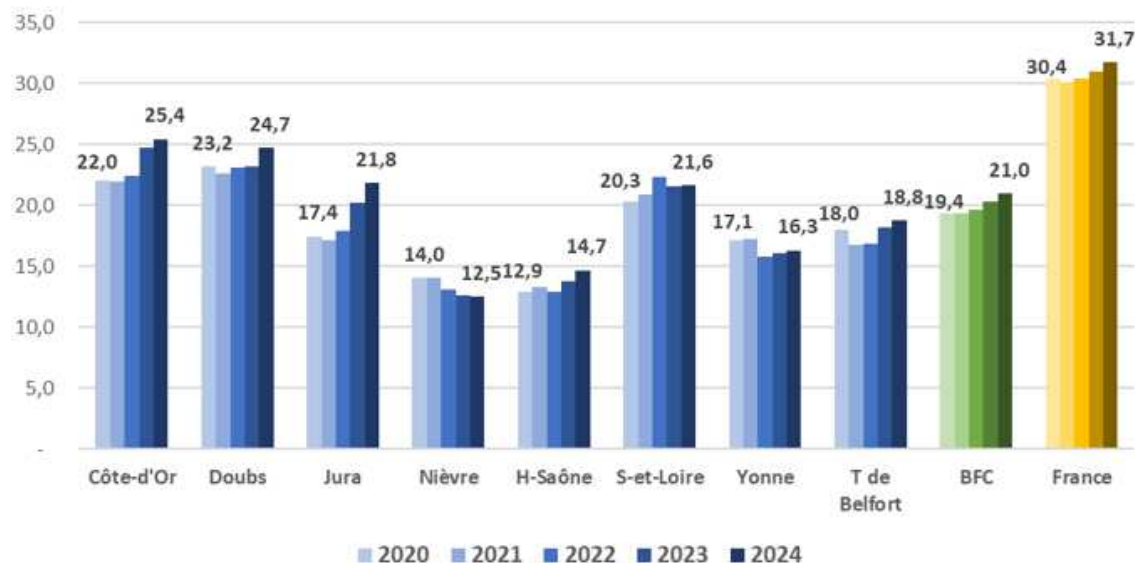
RÉPARTITION ET OFFRE DE SOINS

REPARTITION DES ORTHOPHONISTES SUR BELFORT



Libellé commune	F	H	Total
Belfort	13	1	14
Beaucourt	3		3
Cravanche	3		3
Delle	1	1	2
Bavilliers	1		1
Dorans	1		1
Essert	1		1
Montreux-Château	1		1
Sermamagny	1		1
Valdoie	1		1
Total	25	3	28

Densité d'orthophonistes pour 100 000 habitants



Source : CNAM AMOS – exploitation DCGDR BFC

OFFRE DE SOINS - SUIVI D'ACTIVITÉ INDIVIDUEL

Contrats démographiques

➤ D'après le zonage défini par l'ARS en novembre 2025, 29 communes sont répertoriées comme sous-denses (donc éligibles aux contrats démographiques)

➤ Contrats démographiques :

Détails par type de contrat: CAPIOP (1ere installation) CAIOP (installation) CAMOP Maintien)

➤ 4 contrats CAPIOP (nouvel installé) ont été signés en 2025

➤ 1 CAIOP en cours

➤ 1 CAPIOP terminé pouvant éventuellement basculé sur un contrat de maintien (si condition respectée)

Suivi d'activité individuel :

➤ aucun orthophoniste n'a été ciblé pour un contrôle d'activité en lien avec une activité atypique (article 18 de la convention).

FORFAIT D'AIDE À LA MODERNISATION ET L'INFORMATISATION (FAMI)

Bilan 2024 :

- Parmi les 26 orthophonistes encore en activité et ayant débuté leur activité avant 2025, 22 ont bénéficié du FAMI au titre de 2024 soit 84% (20 bénéficiaires FAMI 2023)
- Les motifs de non versement du FAMI sont les suivants:
 - Logiciel non conforme ou attestation non transmise
 - Non atteinte du taux de FSE

FAMI 2025:

- ***La déclaration de vos indicateurs est à réaliser sur votre amelipro entre le 12 janvier et le 02 mars 2026.***

le guide pratique [Comment déclarer vos indicateurs du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation \(PDF\).](#)

FORFAIT D'AIDE À LA MODERNISATION ET L'INFORMATISATION (FAMI)

Champs	Indicateurs	Equivalent en €	Type d'indicateur	Justificatif
Indicateurs obligatoires (prérequis)	<u>Indicateur 1</u> : Disposer d'un logiciel métier compatible DMP	490	Déclaratif avec pré-alimentation	Facture/ attestation éditeur (la 1 ^{ère} année ou en cas de changement d'équipement)
	<u>Indicateur 2</u> : 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
	<u>Indicateur 3</u> : Utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées		Automatisé	Pas de justificatif demandé
	<u>Indicateur 4</u> : Atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70%		Automatisé	Pas de justificatif demandé
	<u>Indicateur 5</u> : Disposer d'une messagerie sécurisée de santé		Déclaratif avec pré-alimentation	Pré-alimentation avec annuaire MSS ou attestation sur l'honneur
Indicateur complémentaire	<u>Indicateur 6</u> : Participation à la prise en charge coordonnée	100	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
Indicateurs optionnels Télésanté	Equipement en appareils médicaux connectés ¹	175	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Equipement en vidéotransmission	350	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
TOTAL max		1115 (ou 1015)		

A noter :

FAMI 2025 (indicateur 2): suppression des anciens avenants qui sont inclus par défaut dans la version de cahier des charges SESAM-Vitale Addendum 8 (exigence déjà requise dans le FAMI 2024).

Perspectives FAMI 2026 (indicateur 2) : intégration de l'avenant Maintenance Addendum 8 2024, sera requise en sus des prérequis de 2025

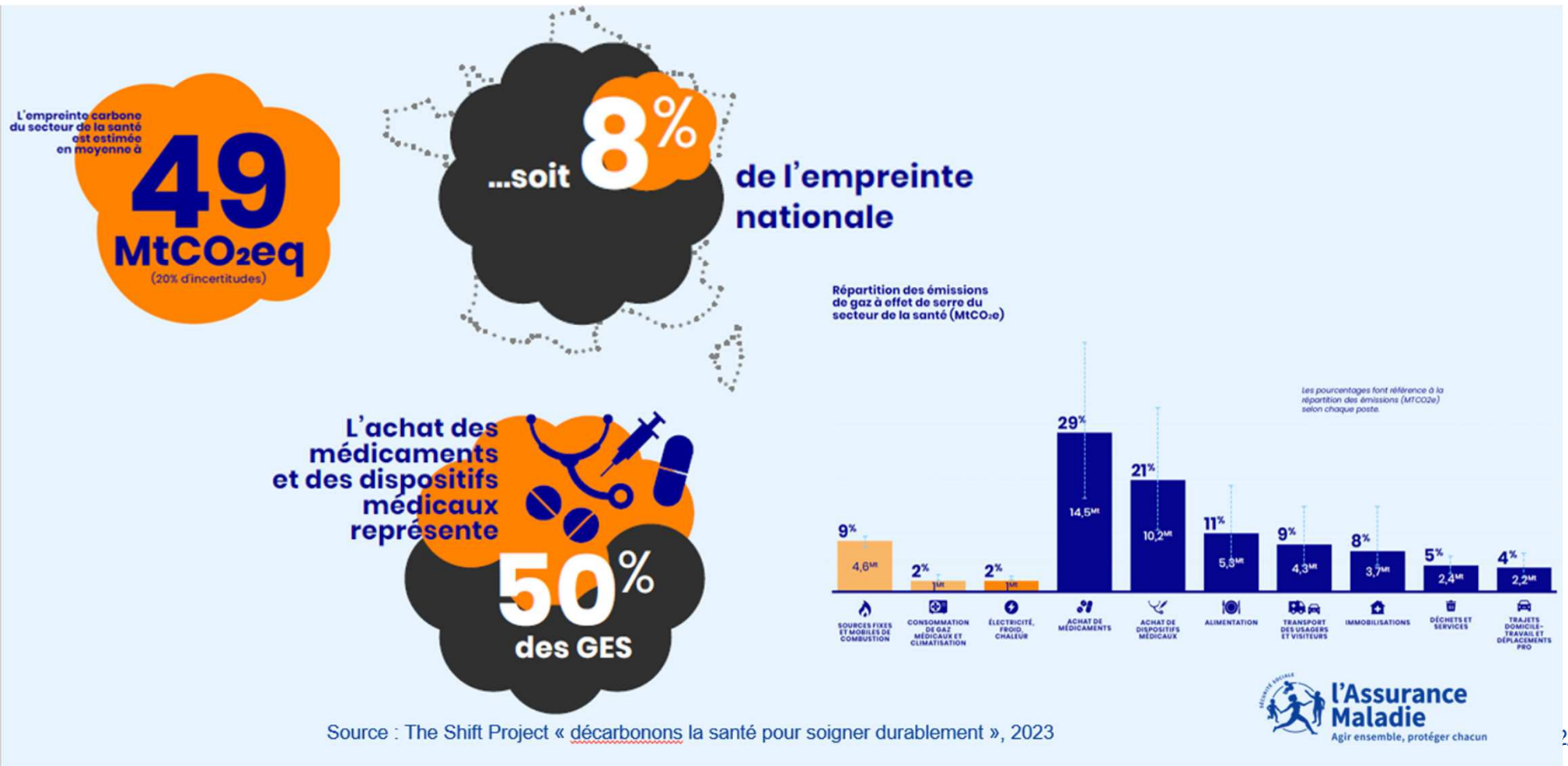
Annexe 2 : liste des appareils médicaux connectés

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

- oxymètre connecté
- otoscope connecté
- caméra connectée
- matériel exploration fonctionnelle respiratoire dont le spiromètre et le tympanomètre connectés
- aérophonoscope connecté
- stéthoscope connecté
- dermatoscope connecté
- glucomètre connecté
- ECG connectée
- sonde doppler connectée
- échographe connecté
- mesure pression artérielle connectée
- outils de tests visuels, audiogramme connectés

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE : CONTEXTE & ENJEUX

IMPACT DU SYSTÈME DE SANTÉ SUR L'ENVIRONNEMENT



CONTEXTE & ENJEUX

IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTÉ

Définition santé environnementale

« Ensemble des **aspects de la santé humaine** qui sont déterminés par des **facteurs environnementaux** de nature **physique, chimique, biologique, économique, sociale ou psychosociale** » Journal officiel du 24 décembre 2022

Exemples de thématiques « santé environnementale »

Pollution visuelle et lumineuse

Ex : écrans

Ondes électromagnétiques

Ex : wifi

Pollution de l'air

Ex : formaldéhyde

Cosmétiques et autres pollutions de contact

Ex : parabènes

Pollution sonore

Ex : trafic routier

Zoonoses et maladies vectorielles

Ex : COVID

Pollution des sols et de l'eau

Ex : radon

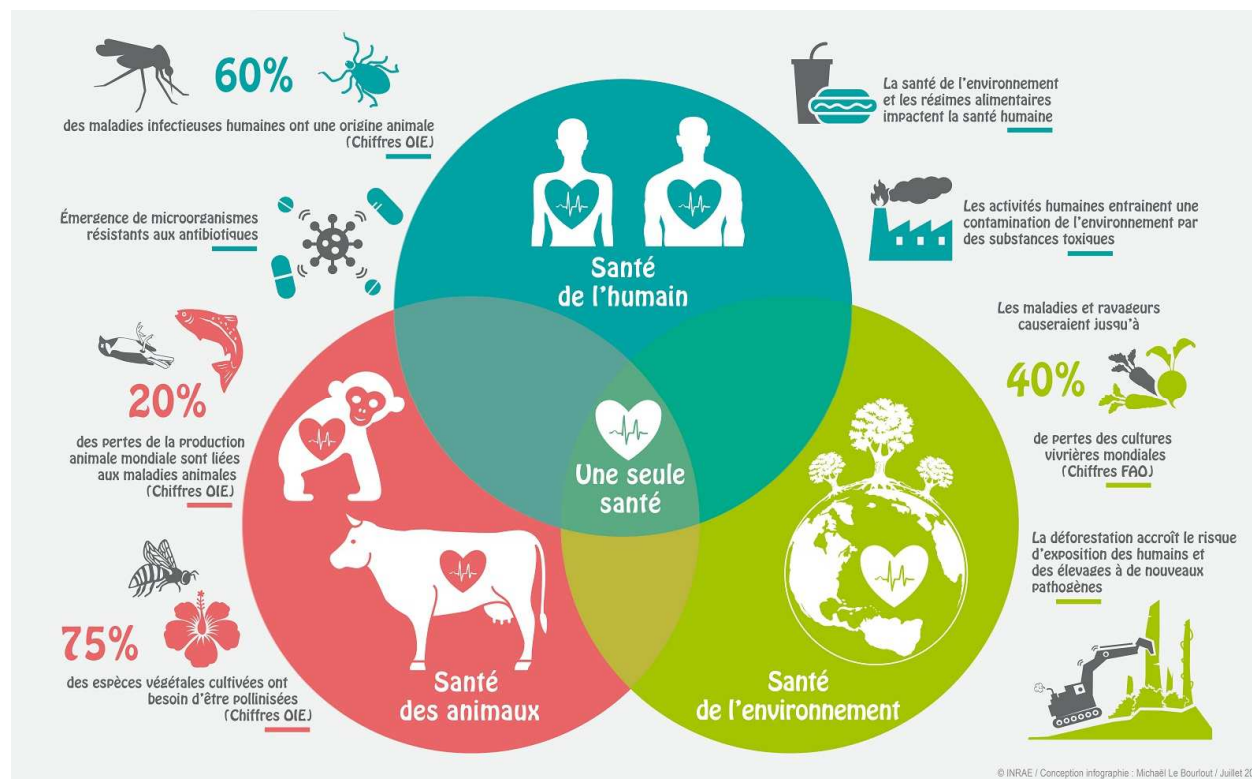
Alimentation

Ex : pesticides

CONTEXTE & ENJEUX

IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTÉ

Le concept « **One Health** » (« Une Seule Santé ») montre l'**interconnexion** entre la **santé de l'homme, de l'animal et de l'environnement**, et appelle à une **approche globale** de la santé



Source : INRAE

© INRAE / Conception infographie : Michaël Le Bourlout / Juillet 2020

CONTEXTE & ENJEUX

IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTÉ

Conséquences de la santé environnementale

23 % des décès et 25 % des pathologies chroniques dans le monde sont imputables aux **facteurs environnementaux** (OMS)

Exemples de pathologies auxquels contribuent les facteurs environnementaux

(Contribution suspectée ou avérée)

Cancers

Maladies
cardiovasculaires

Troubles de la
reproduction

Maladies
métaboliques

Maladies
infectieuses

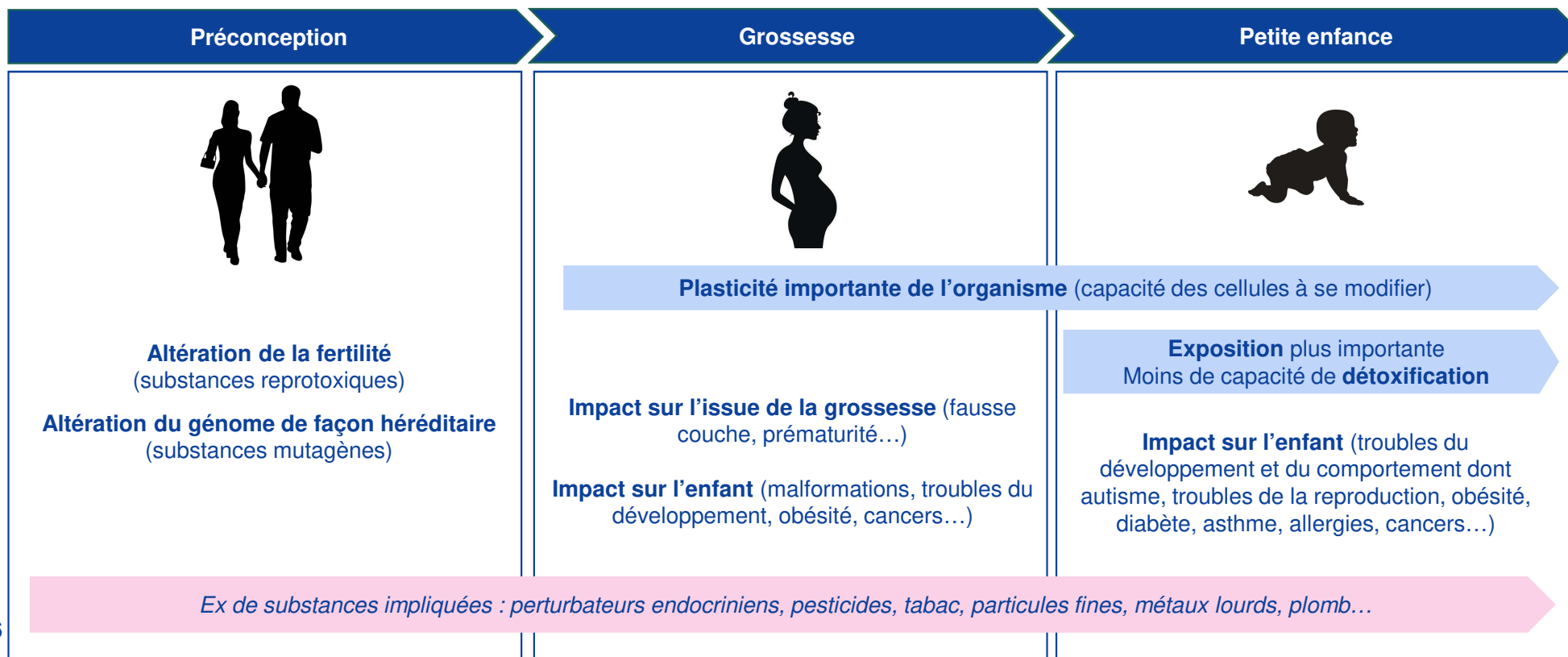
Maladies
respiratoires

Maladies
neurologiques et
santé mentale

CONTEXTE & ENJEUX

IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTÉ

Vulnérabilité accrue aux substances toxiques en périnatalité, notamment aux perturbateurs endocriniens



CONTEXTE & ENJEUX

IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTÉ

Exposition trop importante des femmes enceintes aux substances toxiques

Dispositif de bio surveillance de Santé Publique France

4 146 mères incluses dans le volet périnatal

Echantillons biologiques : urine et sang maternels, sang du cordon, cheveux maternels

Date : 2011

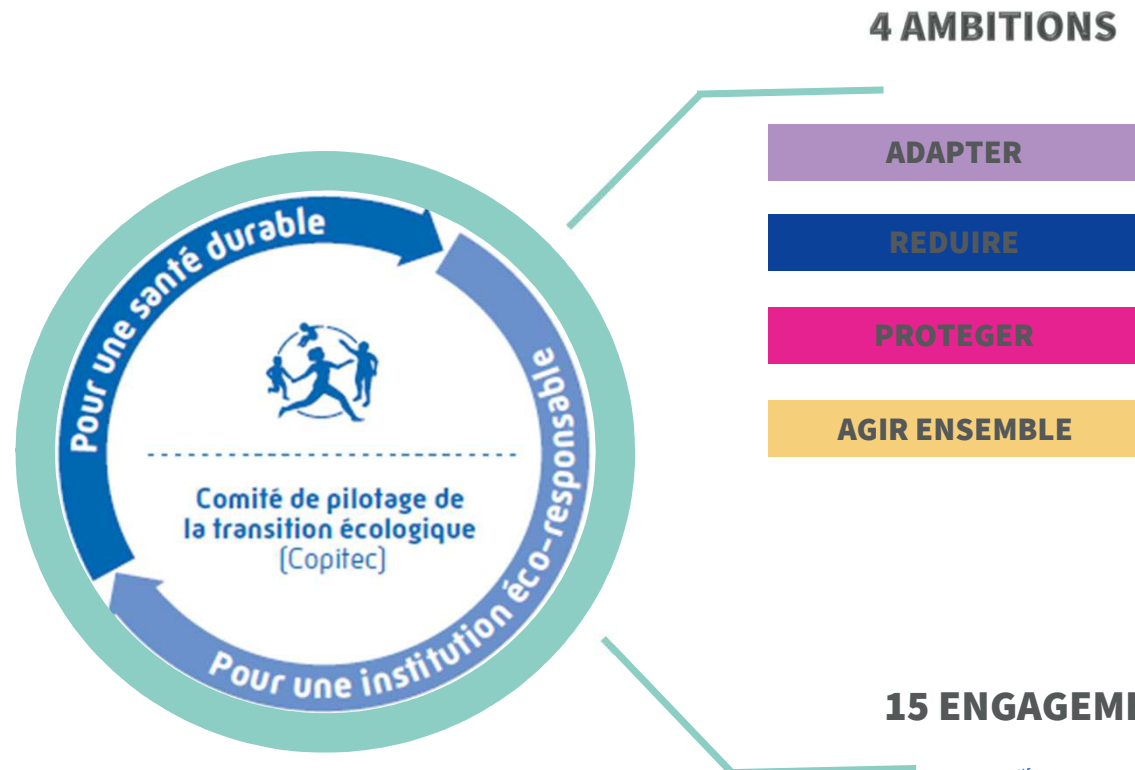


Quasi **100%** des femmes enceintes présentent des traces de substances toxiques dont des perturbateurs endocriniens

Exemples de substances identifiées : phtalates, pesticides (principalement les pyréthrinoides), dioxines, furanes, polychlorobiphényles (PCB), retardateurs de flamme bromés (RFB), composés perfluorés (PFC), métaux (sauf l'uranium)

POSITIONNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE SCHÉMA DIRECTEUR 2024-27

TRANSITION ACTION!



POSITIONNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

SCHÉMA DIRECTEUR 2024-27



ADAPTER

1. Anticiper les impacts de la crise environnementale sur le système de santé et adapter l'action de l'AM
2. Identifier les impacts environnementaux sur les risques professionnels et adapter l'action de l'AM
3. Assurer la résilience des infrastructures et des services essentiels de l'Assurance Maladie face au changement climatique



RÉDUIRE

4. Promouvoir des soins plus sobres et moins carbonés
5. Encourager les mobilités douces et durables
6. Assurer une gestion de bâtiments plus sobres et moins carbonés
7. Développer un numérique responsable
8. S'engager dans une politique d'achats plus écoresponsable au service de la transition écologique



PROTEGER

9. Développer et promouvoir la santé environnementale
10. Protéger les assurés les plus exposés et les plus vulnérables
11. S'engager pour une institution attentive à nos écosystèmes



AGIR ENSEMBLE

12. Déployer une gouvernance et un pilotage dédiés
13. Mobiliser l'ensemble des acteurs du système de santé et de l'AM
14. Territorialiser l'action et développer des partenariats locaux
15. Partager et promouvoir les engagements de l'AM en faveur de la transition écologique



POSITIONNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Santé environnementale = avant tout une manière de voir

Périmètre d'action de l'Assurance Maladie
sur la santé environnementale :

- Interdépendance
- Interdisciplinarité
- Responsabilité collective



1.

Les phénomènes liés au dérèglement climatique

Fortes chaleurs – UV – allergies –
événements climatiques extrêmes

2.

L'interface santé homme/animale

Nouveaux pathogènes zoonotiques –
maladies vectorielles –
antibiorésistance

3.

Les pollutions

Qualité de l'air intérieur/extérieur,
pollutions chimiques (eau, sols,
aliments...), métaux lourds (mercure,
plomb...) pollution sonore, composés
potentiellement toxiques dans
l'alimentation...

NUMÉRIQUE EN SANTÉ (À FIN NOVEMBRE 25)

- **ADRI:** Taux d'utilisation d'ADRI: 71,43% (contre 96,15% il y a 1 an) soit 21 orthophonistes
Taux d'équipement : 92,86% (contre 96,15%) soit 26/28 orthophonistes (1 démarrage en décembre)
- **MSS:** 100% de la profession possède une messagerie sécurisée de santé
- **Taux de télétransmission:** Taux : 98,56% (contre 99,89%)- 94,01% de FSE (contre 92,20%)
- **SCOR:** Taux d'utilisation de SCOR : 100% (contre 96,15%) (27/28 orthophonistes +démarrage décembre)
- **DMP:** il est à noter l'absence d'utilisation du DMP
- **ApCV :** Pas d'utilisation, à suivre évolutions
- **Ordonnance numérique :** Pas d'utilisation, à suivre évolutions

USAGES MON ESPACE SANTÉ



Qui dispose de Mon Espace Santé ?

98%

des assurés de BFC disposent
d'un compte Mon Espace Santé



Création automatique par
l'Assurance Maladie pour la
quasi-totalité des assurés
(sauf opposition du patient)



Les médecins peuvent
alimenter et consulter les
DMP de tous ces patients
(sauf opposition patient)

Combien d'utilisateurs de Mon Espace Santé ?



Assurés



34%

des assurés ont activé Mon
Espace Santé en région BFC
(sept. 2025)

Professionnels de santé



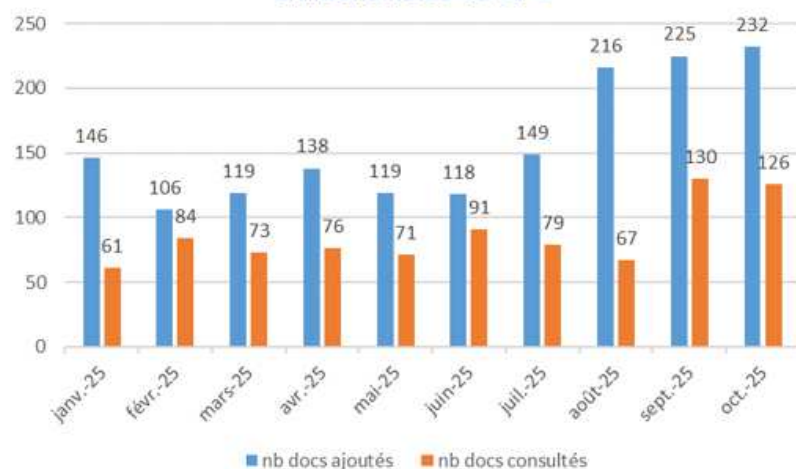
94%

des comptes ont déjà été
alimentés par des
professionnels en région BFC
(sept. 2025)

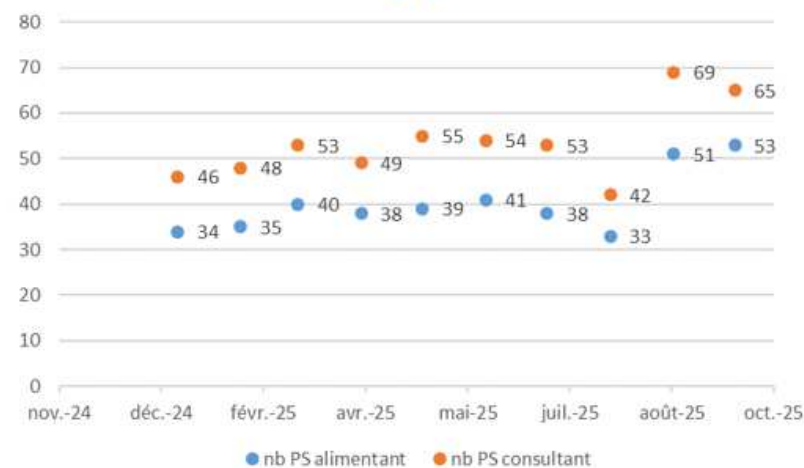
USAGE MON ESPACE SANTE

De plus en plus d'orthophonistes utilisent le DMP mais leur usage reste limité

Nombre de documents alimentés ou consultés par les orthophonistes de BFC



Nombre d'orthophonistes de BFC qui utilisent le DMP en BFC



Ex de documents alimentés : CR ou fiche de suivi de soins par auxiliaire médical, CR de bilan fonctionnel par auxiliaire médical

Ex de documents consultés : CR ou fiche de consultation ou de visite, CR ou fiche de suivi de soins par auxiliaire médical, lettre de sortie, CR de bilan fonctionnel par auxiliaire médical, bilan par professionnel de santé

APPLICATION CARTE VITALE

Déploiement professionnels de santé

Taux de PS utilisateurs France entière (septembre 2025)

Spécialité	Pharmaciens	Médecins	Auxiliaires médicaux	Sages-femmes	Dentistes	Professionnels de la LPP	Centres de santé
FSE réalisées	212 686	59 877	11 899	529	9 449	198	239
PS utilisateurs	12 214	12 484	2 792	151	4 099	131	37
Taux de PS utilisateurs*	60,7%	10,6%	1,4%	1,8%	10,6%	0,6%	1,2%

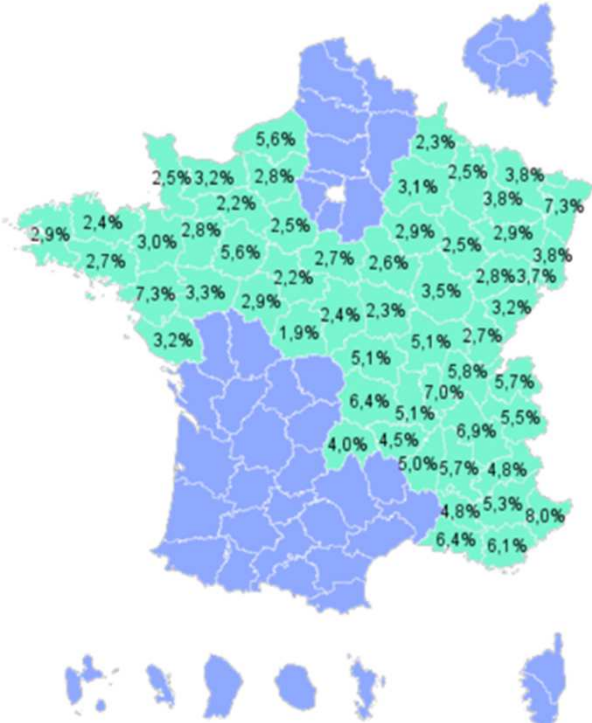
*Parmis les PS de cette spécialité facturant en SV, au cumul

Taux d'orthophonistes utilisateurs région BFC (septembre 2025)

	% PS équipés d'un logiciel compatible	% PS utilisateurs de l'appli carte Vitale
21-Côte-d'Or	99,26 %	2,96 %
25-Doubs	100,00 %	0,00 %
39-Jura	100,00 %	0,00 %
58-Nièvre	95,45 %	0,00 %
70-Haute-Saône	100,00 %	0,00 %
71-Saône-et-Loire	100,00 %	0,00 %
89-Yonne	100,00 %	0,00 %
90-Territoire de Belfort	96,30 %	0,00 %

Déploiement assurés

Taux d'activation de l'application (cumul à septembre 2025)



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

amelipro

Depuis le 22/09 => ouverture de la phase transitoire pour les orthophonistes

Depuis le 12/11=>ouverture de la phase obligatoire

En résumé : un PS se connectant sur son compte amelipro en identifiant/mdp aura besoin d'un mot de passe éphémère qui sera généré via une application externe.

Pour les PS se connectant par CPS ou e-CPS, pas d'impact.

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

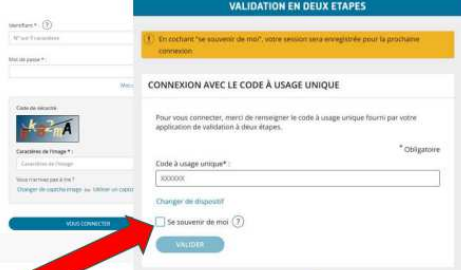
*TOTP : Time based One Time Password
(solutions gratuites du marché : Google authenticator, Microsoft authenticator, FreeOTP...)

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).

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 amelipro 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

M. Jean-luc MAITRE

GESTION DE COMPTE

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*:

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)

ameli.pro

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 ameli.pro. 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

[Aide ?](#)

Identifiant * : ? * Obligatoire

N° sur 9 caractères

Mot de passe * :

Mot de passe oublié

Code de sécurité



Caractères de l'image * :

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

[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.

Code à usage unique* : * Obligatoire

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](#)

CONNEXION RENFORCEE APRÈS ACTIVATION DU DISPOSITIF (2/2)

 **ameli.pro** 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.

Code à usage unique* : * Obligatoire

[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.

QUALITÉ FACTURATION (JANVIER À NOVEMBRE 2025)



Taux moyen de rejet de 1,11% (-0,16%)
Compris entre 0,24% en mai à 1,48% en février
Sur un total de
14 052 factures
Top des anomalies

Modulation du ticket modérateur transmise non trouvée dans nos bases : 148 factures soit 1,05% - + 95 factures

Les factures sont recyclées avec règlement du régime local pour les factures sécurisées sans indicateur de forçage..- 123 factures centralisées sur 3 orthophonistes

Facture Tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat: 51 factures soit 0,36% -

Les factures sont recyclées avec paiement de la part complémentaire dans le cas de factures sécurisées sans indicateur de forçage. 48 rejets concernent 4 orthophonistes

Le prescripteur est inconnu au fichier national des professionnels de santé: 6 factures soit 0,04% -

Les factures sont recyclées avec le numéro de prescripteur inscrit sur la prescription médicale et valide dans le FNPS. Si la prescription médicale est non consultable, les factures sont rejetées.

Le taux de remboursement demandé est différent du taux de remboursement calculé: 6 factures soit 0,04% - - 7 factures

Ce rejet est généré par toute discordance entre le taux facturé et celui qui est calculé par nos bases. Anomalies centralisées sur 3 orthophonistes

04

POINTS DIVERS

QUESTION DE LA PROFESSION

- *Une collègue interpelle pour un dossier patient au régime local : elle n'a pas d'ARL - mais rejet alors que carte à jour. CPAM renvoie sur le logiciel et logiciel sur CPAM, obligée de faire des FDS papier pour un patient. Que peut-elle faire ? Je n'ai pas le nom de la PS en question mais peut être avez vous été questionné*
 - ⇒ Il faut indiquer le code régime 13 Alsace /Moselle pour le régime local et le taux de 90 % sinon rejet pour motif : la modulation du ticket modérateur n'est pas indiqué. Il devait manquer une des deux informations.

- *Comment alimenter les DMP des patients mineurs? (ont-ils un numéro, droits à demander aux 2 responsables légaux ou 1=une seule autorisation suffit-elle?)*
 - ⇒ Il faut lire la CV de l'assuré, sélectionner le bénéficiaire, qualifier l'INS et alimenter. L'enfant a son propre espace santé, donc son propre DMP. Pour la consultation, il en est de même : il faut lire la CV, bien sélectionner le bon bénéficiaire, et que l'assuré donne l'autorisation de consultation la 1^{ère} fois. Ensuite c'est à l'assuré de valider la création de MES de l'un de ses enfants depuis son application MES, si cela n'a pas été fait au préalable.

QUESTION DE LA PROFESSION

- *Nous avons été interpellés par notre syndicat au sujet de l'obligation d'avoir 2 CPD annuelles, aussi sera-t-il possible de prévoir une seconde date en 2026 svp?*
⇒ Prochaine rencontre le 25/06
- *une question concernant les transports de patients: les ambulances refusent les transports de patients en dessous d'un certain kilométrage, existe-t-il une règle en la matière? Les patients ont-ils un moyen de recours face à ce problème?*
⇒ Il n'y a pas de kilométrages minimum, les transporteurs pouvant accepter ou non les prises en charge selon leur contraintes
- *Une autre collègue demande la position de la CPAM sur les bilans "administratifs", HN ou dépassements d'honoraires possibles ?*
- *Gros dossier d'indus pour une collègue (nous n'avons pas les éléments du dossier sous la main, peut-être faudra-t-il resoliciter la CPAM plus tard ?)*

LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA LE 25 JUIN 2026

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