



**LE GUIDE POUR TRANSFORMER
UNE ORDONNANCE
EN COTATION**



SOMMAIRE

1) Comprendre la structure de la NGAP.....	5
2) L'équation magique de la cotation.....	9
a. La lettre clé et son coefficient.....	10
b. Les indemnités de déplacements.....	25
c. Les majorations.....	34
3) La cotation spéciale bilan.....	35
4) Le calcul du tarif d'une séance.....	37
5) Forfaits de prise en charge FRD et FAD.....	38
6) Le renouvellement d'ordonnance lien entre théorie et pratique..	39
7) Les questions que tout le monde se posent.....	41
Les sites utiles.....	44
Le lexique.....	45

GUDULE, LE CONCEPT DU 0% DE RÉTRO, 100% DE LIBERTÉ !

👉 Envie d'en savoir +
sur Gudule



Ça y est 🎉 Tu es diplômé et tu vas prendre en charge ton premier patient. Ce dernier va te donner son ordonnance ! Et toi, tel un Indiana Jones, aventurier à tes heures “perdues”, tu vas devoir la décrypter, et la transformer en cotation.

La cotation, ce fameux langage inventé pour que les professionnels de santé puissent communiquer avec la Sécurité Sociale.

Ton objectif ultime : obtenir le prix de ta séance !

🤔 Le savais-tu ?

Depuis 2004, les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la Liste des Actes et des Prestations (LAP) du code de la Sécurité Sociale. Cette LAP est composée de trois nomenclatures :

- la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) pour les médecins;
- **la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) pour les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, orthophonistes, podologues, ...);**
- la NABM (Nomenclature des Actes de Biologie Médicale) pour les biologistes.

La NGAP est donc, entre autres, une liste de tes actes kinés pouvant être pris en charge par la Sécurité Sociale.

💡 Tu retrouveras la dernière version de la NGAP officielle sur le site de l'Assurance Maladie dans la partie "Documents utiles".



1) Comprendre la structure de la NGAP

La NGAP est composée de plusieurs titres qui correspondent chacun à une profession médicale ou paramédicale. Celui qui nous concerne est le **titre XIV : “Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles”**.



A l'intérieur de ce titre, il existe plusieurs chapitres :

- Chapitre I : actes diagnostics
- Chapitre II : traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelle
- Chapitre III : modalités particulières de conduite du traitement
- Chapitre IV : divers

Le chapitre II, c'est LUI qui nous intéresse car c'est celui des cotations. Il est lui-même décomposé en plusieurs articles. Ces articles correspondent aux différents domaines de rééducation.

Il en existe 11 :

- Article 1 : Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques
- Article 2 : Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires
- Article 3 : Rééducation de la paroi abdominale
- Article 4 : Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires
- Article 5 : Rééducation des conséquences des affections respiratoires
- Article 6 : Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques
- Article 7 : Rééducation des conséquences des affections vasculaires
- Article 8 : Rééducation des conséquences des affections périnéo sphinctériennes
- Article 9 : Rééducation de la déambulation du sujet âgé
- Article 10 : Rééducation des patients atteints de brûlures
- Article 11 : Soins palliatifs

Enfin, à l'intérieur de chaque article, tu trouveras des intitulés, avec leur équivalent en termes de coefficient et de lettre clé.

Par exemple :

Dans l'article 9 "Rééducation de la déambulation du sujet âgé", on retrouve 2 intitulés possibles, ayant chacun leur coefficient et leur lettre clé associée.

Article 9 - Rééducation de la déambulation du sujet âgé

(Modifié par les décisions UNCAM du 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.		
Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé	8,5	RPE
Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes)	6	RPE
Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en œuvre de la rééducation précédente.		

Il existe 20 lettres clés différentes pour les actes de rééducation, et une lettre clé spécifique pour les bilans (AMK), donc 21 au total.



Retrouve ci-après les définitions de chacune d'entre elles extraites de la NGAP.

Définitions Extraites de la NGAP (7 Mars 2024)

AMK	Actes divers pratiqués par le masseur-kinésithérapeute (<i>uniquement bilans</i>)
DRA	Actes de rééducation pour déviation du rachis pratiqués par le MK
NMI	Actes de rééducation des affections neuromusculaires ou rhumatismales inflammatoires pratiqués par le MK
PLL	Actes de soins palliatifs pratiqués par le MK
RAB	Actes de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne pratiqués par le MK
RAM	Actes de rééducation du rachis non opéré pratiqués par le MK
RAO	Actes de rééducation du rachis opéré pratiqués par le MK
RAV	Actes de rééducation des affections vasculaires pratiqués par le MK
RIC	Actes de rééducation du membre inférieur opéré soumise à référentiel pratiqués par le MK
RIM	Actes de rééducation du membre inférieur non opéré soumise à référentiel pratiqués par le MK
RPB	Actes de rééducation des patients atteints de brûlures pratiqués par le MK
RPE	Actes de rééducation de la déambulation du sujet âgé pratiqués par le MK
RSC	Actes de rééducation du membre supérieur opéré soumise à référentiel pratiqués par le MK
RSM	Actes de rééducation du membre supérieur non opéré soumise à référentiel pratiqués par le MK
TER	Actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques sur au moins 2 territoires (membres, ou rachis et membres) pratiqués par le MK
VIC	Actes de rééducation du membre inférieur opéré non soumis à référentiel pratiqués par le MK
VIM	Actes de rééducation du membre inférieur non opéré non soumis à référentiel pratiqués par le MK
VSC	Actes de rééducation du membre supérieur opéré non soumis à référentiel pratiqués par le MK
VSM	Actes de rééducation du membre supérieur non opéré non soumis à référentiel pratiqués par le MK

2) L'équation magique de la cotation

Connaître le fonctionnement de la NGAP, c'est bien, mais savoir coter son ordonnance, c'est mieux ! La Gud'team t'explique pas à pas comment réussir grâce à une méthode structurée.

Pour transformer une ordonnance en cotation, il faut être méthodique. En résolvant l'équation magique suivante, tu pourras arriver à tes fins :

COTATIONS A SAISIR = Lettre clé + coefficient
+/- Indemnités de déplacement
+/- Majorations

On va reprendre les éléments un à un 😊



a. La lettre clé et son coefficient

Choisir la bonne lettre clé et son coefficient revient un peu à choisir le bon intitulé d'acte, la bonne situation. Alors comment faire ?

Etape 1 : La première question à se poser est “Dans quel domaine de rééducation je me trouve ?”.

C'est-à-dire, parmi les 11 articles de rééducation précédemment cités, lequel correspond à ta situation. Pour faire simple, on a synthétisé les articles en mots-clés :

- Orthopédie & Rhumatologie
- Amputation
- Maladies inflammatoires
- Paroi abdominale
- Neurologie
- Respiratoire
- Maxillo-Faciale
- Vasculaire
- Périnéologie
- Gériatrie
- Brûlure
- Soins palliatifs

Etape 2 : Trouver le bon intitulé, le bon acte dans ton article

Et là 2 parcours ! Le parcours spécial de l'article 1, et l'autre parcours pour tous les autres articles !

Parcours spécial de l'article 1 "Ortho & rhumato"

Pour trouver le bon acte, le bon intitulé et donc la bonne lettre clef et le bon coefficient, il faut successivement se poser les bonnes questions.

En 1, savoir dans quelle(s) zone(s) anatomique(s) tu intervies.

En 2, savoir si il y a eu opération chirurgicale ou non .

En 3, savoir si ta rééducation entre dans le cas d'un référentiel.

★ Définir la (les) zone(s) anatomique(s)

Pour trouver le bon acte dans l'article 1, il faut que tu définisses dans quelle(s) zone(s) anatomiques tu intervies. En résumé, il faut choisir parmi ces 5 propositions :

- Rachis
- Membre supérieur et sa racine
- Membre inférieur et sa racine
- Plusieurs membres - sans le rachis
- Rachis et un ou plusieurs membres

Exemple :

- Si sur ton ordonnance, il y a noté "rééducation du coude et de l'avant-bras" alors même s'il y a 2 zones, 2 segments, tu rentres dans le cas de figure "Membre supérieur et sa racine".
- En revanche, si sur ton ordonnance il y a noté "rééducation du poignet droit et de l'épaule gauche" alors tu t'adresses au membre supérieur droit ET gauche, tu es alors dans le cas de figure "Plusieurs membres - sans le rachis".

★ **Opération chirurgicale : oui ou non**

Le choix est binaire ! Est-ce que pour ta rééducation, le patient a eu une opération chirurgicale ? Tu peux soit demander à ton patient, soit te reporter à l'ordonnance, ou son dossier médical.

N.B. en fonction de s'il y a eu une opération pour l'acte que tu vas rééduquer alors la lettre-clé et le coefficient peuvent changer. C'est pourquoi dans le simulateur de cotation Gudule, on te demandera de renseigner si oui ou non il y a eu une opération.

★ **Acte soumis à référentiel : oui ou non**

La NGAP différencie :

- Les actes pour lesquels la sécurité sociale à un référentiel, en terme de nombre de séances par exemple : il existe 14 situations soumises à référentiel, pour lesquelles le dépassement du seuil de séances nécessite un accord préalable de la CPAM. On t'explique plus loin comment réaliser une demande d'accord préalable.
- Les cas "génériques" pour lesquels, la sécurité sociale n'a pas de référentiel.

Encore une fois, la réponse est binaire. Retrouve ci-après, le tableau récapitulatif des actes soumis à référentiel.

Situations de rééducation couvertes par un référentiel de la Haute Autorité de Santé

Situation de rééducation	Demande d'accord préalable, à partir de la
Entorse externe récente de la cheville	11 ^e séance
Arthroplastie de hanche par prothèse totale	16 ^e séance
Arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartmentale	26 ^e séance
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	41 ^e séance
Libération du nerf médian au canal carpien	1 ^{re} séance
Ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	16 ^e séance
Réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	51 ^e séance
Prise en charge d'une lombalgie commune	16 ^e ou 31 ^e séance si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
Prise en charge d'une cervicalgie commune	16 ^e ou 31 ^e séance si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
Après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	26 ^e séance
Après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	31 ^e séance
Après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	31 ^e séance
Dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	11 ^e séance
Dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	26 ^e séance

Parcours pour les autres articles

Eh bien, il n'y en a pas ! Il te suffit juste de poursuivre la lecture 😊

Avec tous ces éléments, tu peux maintenant trouver dans le tableau de la NGAP, l'acte ayant le plus de similitude avec l'ordonnance de ton patient (ou avec ton bilan).

👉 Tu l'auras compris, le but du jeu est de trouver l'intitulé du tableau se rapprochant le plus de l'intitulé de l'ordonnance et d'appliquer la lettre clé et le coefficient correspondant.

Par exemple, l'article 6 correspond à la "Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques" et dans cet article, il existe 3 intitulés, et donc 3 coefficients différents. A toi de trouver celui qui est le plus adapté à ton ordonnance.

Article 6 - Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques (Modifié par décision UNCAM du 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale	7,99	ARL
Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre	8	ARL
Rééducation des troubles de la déglutition isolés	8,01	ARL

💡 En pratique, pour t'éviter la complexité d'aller dans la NGAP officielle, l'équipe Gudule t'a synthétisé la NGAP sous une version imprimable facilement [par ici](#) ou par là :



Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques

Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du rachis (hors déviations latérales ou sagittales du rachis)

Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune (acte soumis à référentiel)	7,49	RAM
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis lombo-sacré hors référentiel		
- sans chirurgie	7,51	RAM
- avec chirurgie	7,49	RAO
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis dorsal		
- sans chirurgie	7,50	RAM
- avec chirurgie	7,48	RAO
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique (acte soumis à référentiel)	7,47	RAM
Rééducation dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique (acte soumis à référentiel)	7,48	RAM
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis cervical (hors référentiel)		
- sans chirurgie	7,52	RAM
- avec chirurgie	7,50	RAO
Rééducation des conséquences d'une affection d'au moins deux segments du rachis		
- sans chirurgie	7,53	RAM
- avec chirurgie sur au moins un segment	7,51	RAO
Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du membre supérieur et de sa racine (hors amputations)		
Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien (acte soumis à référentiel)	7,49	RSC
Rééducation des conséquences d'une affection du poignet ou main (hors référentiel)		

- non opérée	7,50	VSM
- opérée	7,51	VSC
Rééducation des conséquences d'une fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras (acte soumis à référentiel)		
- non opérée	7,51	RSM
- opérée	7,50	RSC
Rééducation des conséquences d'une fracture avec ou sans luxation du coude chez l'adulte (acte soumis à référentiel)		
- non opérée	7,52	RSM
- opérée	7,52	RSC
Rééducation des conséquences d'une affection du coude ou de l'avant-bras (hors référentiel)		
- non opérée	7,49	VSM
- opérée	7,49	VSC
Rééducation dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée (acte soumis à référentiel)	7,49	RSM
Rééducation après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct (acte soumis à référentiel)	7,51	RSC
Ces 50 séances couvrent la rééducation postopératoire initiale correspondant à la phase de cicatrisation et visant à maintenir une mobilité passive (environ 6 semaines) et la rééducation postopératoire secondaire visant à restaurer la mobilité active et la force musculaire (environ 3 mois).		
Rééducation des conséquences d'une fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus (acte soumis à référentiel)	7,50	RSM
Rééducation des conséquences d'une affection de l'épaule ou du bras (hors référentiel)		
- non opérée	7,48	VSM
- opérée	7,50	VSC

Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre supérieur		
- sans chirurgie	7,51	VSM
- avec chirurgie sur au moins un segment	7,52	VSC
Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du membre inférieur et de sa racine (hors amputations)		
Rééducation des conséquences d'une entorse externe récente de cheville-pied		
- opérée	7,51	RIC
- non opérée (acte soumis à référentiel)	7,50	RIM
Rééducation des conséquences d'une affection de la cheville ou pied (hors référentiel)		
- non opérée	7,50	VIM
- opérée	7,51	VIC
Rééducation après arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartmentaire (acte soumis à référentiel)	7,48	RIC
Rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou (acte soumis à référentiel)	7,48	RIC
Rééducation après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie (acte soumis à référentiel)	7,49	RIC
Rééducation des conséquences d'une affection du genou ou de la jambe (hors référentiel)		
- non opérée	7,51	VIM
- opérée	7,50	VIC
Rééducation après arthroplastie de hanche par prothèse totale (acte soumis à référentiel)	7,50	RIC
Rééducation des conséquences d'une affection de la hanche ou de la cuisse (hors référentiel)		
- non opérée	7,49	VIM
- opérée	7,49	VIC

Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre inférieur		
- sans chirurgie	7,52	VIM
- avec chirurgie sur au moins un segment	7,52	VIC
Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres		
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins 2 territoires lésés (hors 2 territoires ou plus du même membre ou 2 territoires ou plus du rachis)		
- sans chirurgie	9,49	TER
- avec chirurgie sur au moins un territoire	9,51	TER
Rééducation pour déviation latérale ou sagittale du rachis (personnes de moins de 18 ans)		
Rééducation pour déviation du Rachis lombo-sacré	7,49	DRA
Rééducation pour déviation du Rachis dorsal	7,48	DRA
Rééducation pour déviation du Rachis cervical	7,51	DRA
Rééducation pour déviation portant sur au moins deux segments rachis	7,50	DRA
Rééducation et réadaptation après amputation de tout ou partie des membres, y compris l'adaptation à l'appareillage		
Rééducation après amputation d'un membre supérieur	7,51	APM
Rééducation après amputation d'un membre inférieur	7,50	APM
Rééducation après amputation d'au moins 2 membres	9,5	APM
Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires		
Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...)		
- atteinte localisée à un membre ou le tronc	8	NMI
- atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9,01	NMI

Rééducation de la paroi abdominale		
Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire	8,01	RAB
Rééducation abdominale du post-partum	8	RAB
Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires		
Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires :		
- atteintes localisées à un membre ou à la face	8,5	NMI
- atteintes intéressant plusieurs membres	10,01	NMI
Rééducation de l'hémiplégie	9	NMI
Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie	11,01	NMI
Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie		
- localisation des déficiences à un membre et sa racine	8.51	NMI
- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face	10	NMI
Rééducation des malades atteints de myopathie	10,99	NMI
Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile	11	NMI

Rééducation des conséquences des affections respiratoires		
Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique). Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour et la durée est adaptée en fonction de la situation clinique. Par dérogation aux dispositions liminaires du titre XIV, dans les cas où l'état du patient nécessite la conjonction d'un acte de rééducation respiratoire (pour un épisode aigu) et d'un acte de rééducation d'une autre nature, les dispositions de l'article 11 B des Dispositions générales sont applicables à ces deux actes	8.49	ARL

Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)	8,5	ARL
Rééducation respiratoire préopératoire ou post-opératoire	8,51	ARL
Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose. Comprenant : - la kinésithérapie respiratoire de ventilation et de désencombrement, - la réadaptation à l'effort, - l'apprentissage de l'aérosolthérapie, des méthodes d'auto-drainage bronchique, des signes d'alertes respiratoires. La fréquence des séances de kinésithérapie dépend de l'âge et de l'état clinique du patient pouvant aller jusqu'à 2 séances par jour en cas d'encombrement important ou d'exacerbation. Lorsque 2 séances non consécutives sont réalisées dans la même journée, chaque séance est cotée ARL 10.	10	ARL
Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique et prise en charge individuelle Comprenant : - kinésithérapie respiratoire ; - réentraînement à l'exercice sur machine ; - renforcement musculaire ; - éducation à la santé.	28	ARL
Conditions d'exécution et contre-indications conformes aux avis de la Haute Autorité de santé en vigueur. Conditions de facturation : Prise en charge par l'Assurance maladie pour Affection de Longue Durée « ALD » pour bronchopneumopathie chronique obstructive « BPCO ». Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.		
Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique en prise en charge de groupe de 2 à 4 personnes avec rééducation respiratoire en individuel	20	ARL

Comprenant :

- kinésithérapie respiratoire en prise en charge individuelle ;
- réentraînement à l'exercice sur machine ;
- renforcement musculaire ;
- éducation à la santé.

Conditions d'exécution et contre-indications à retrouver dans la NGAP

Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques

Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale	7,99	ARL
Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre	8	ARL
Rééducation des troubles de la déglutition isolés	8,01	ARL

Rééducation des conséquences des affections vasculaires

Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques)	8,01	RAV
Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques	7,99	RAV

Rééducation pour lymphœdèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphœdèmes congénitaux) par drainage manuel:

- pour un membre ou pour le cou et la face	8	RAV
- pour deux membres	9	RAV

Rééducation pour un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphœdème	15.5	RAV
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	-----


Se rendre dans la NGAP pour les indications, les non-indications et contre-indications.


Supplément pour bandage multicouche :

- Un membre	1	RAV
-------------	---	-----

- Deux membres	2	RAV
Rééducation des conséquences des affections périnéo sphinctériennes		
Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback	8.5	RAB
Rééducation de la déambulation du sujet âgé		
Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.		
Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé	8.5	RPE
Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes)	6	RPE
Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en œuvre de la rééducation précédente.		
Rééducation des patients atteints de brûlures		
Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour en fonction de la situation clinique.		
Rééducation d'un patient atteint de brûlures localisées à un membre ou à un segment de membre	8	RPB
Rééducation d'un patient atteint de brûlures étendues à plusieurs membres et/ou au tronc	9	RPB
Soins palliatifs		
Prise en charge, dans le cadre des soins palliatifs, comportant les actes nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique...), cotation journalière forfaitaire quel que soit le nombre d'interventions	12	PLL

Tuto : comment faire une demande d'accord préalable

- Télécharge et remplis le formulaire cerfa ici  [lien](#)
- Joins la prescription médicale (ou une copie)
- Joins un argumentaire pour motiver cette demande de séances supplémentaires.
- Renvoie le tout au service médical de la CPAM.

 Comme mentionné dans le document cerfa, “La non réponse de l’organisme dans le délai de 15 jours, à compter de la date de réception de la demande d’accord préalable, équivaut à un accord”.

Envie de gagner du temps ?

Gudule te facilite la vie grâce à son simulateur de cotations 😁

Trouve ta cotation en un temps record ici



b. Les indemnités de déplacements

Les frais de déplacement s'appliquent pour les actes remboursables réalisés au domicile du malade ou dans un lieu dans lequel le malade a élu domicile (foyer logement, EHPAD...).

Il existe **2 types d'indemnités de déplacement** :

- Les indemnités forfaitaires (IF)
- Les indemnités kilométriques (IK)

Tu peux alors choisir uniquement les indemnités forfaitaires ou alors les deux (indemnités forfaitaires + indemnités kilométriques).

Comment choisir ?

Choisis les **indemnités forfaitaires** si ton adresse professionnelle :

- est dans la même agglomération que l'adresse de ton patient,
- n'est pas dans la même agglomération que l'adresse de ton patient MAIS qu'entre les 2 adresses il y a **moins** de 2 kilomètres en plaine ou 1 kilomètre en montagne.

Choisis les **indemnités forfaitaires et kilométriques** si ton adresse professionnelle :

- n'est pas dans la même agglomération que l'adresse de ton patient ET qu'entre les 2 adresses il y a **plus** de 2 kilomètres en plaine ou 1 kilomètre en montagne.

La résidence du patient et le domicile professionnel...	Le MK facture
... sont dans la même agglomération	Indemnité forfaitaire
... ne sont pas dans la même agglomération et sont distants de moins de 2 kilomètres en plaine, ou de moins de 1 kilomètre en montagne.	Indemnité forfaitaire
... ne sont pas dans la même agglomération et sont distants de plus de 2 kilomètres en plaine, ou de plus de 1 kilomètre en montagne.	Indemnité forfaitaire + Indemnité kilométrique

Tableau de correspondance pour les indemnités

🤔 Le savais-tu ?

Les frais de déplacement ne peuvent être facturés qu'une seule fois par déplacement. Ainsi, si les soins concernent plusieurs malades dans un même lieu, les frais de déplacement ne doivent être facturés qu'à un seul des patients soignés (exemple : rééducation de plusieurs patients dans un même domicile ou dans un même EHPAD).




Aspect juridique

La mention “à domicile” : une obligation sur l’ordonnance ?

Avant l’avenant 7, tu pouvais prendre en charge un patient à domicile même si la mention n’était pas inscrite. En revanche, tu ne pouvais pas facturer le déplacement.

Depuis la signature de l’avenant 7 en juillet 2023, il est possible de prendre en charge des patients à domicile ainsi que de facturer le déplacement même si la mention “à domicile” ne figure pas sur l’ordonnance.

 Pour plus de prudence, et afin de te “protéger” d’une éventuelle contestation de la CPAM, nous te conseillons de conserver tes bilans pour pouvoir prouver la nécessité de réaliser les soins au domicile de ton patient.

A) Les indemnités forfaitaires (IF)

Il existe **7 indemnités forfaitaires** :

- Indemnité Forfaitaire **O**rthopédique (IFO)
- Indemnité Forfaitaire **R**humatismale (IFR)
- Indemnité Forfaitaire **N**eurologique (IFN)
- Indemnité Forfaitaire **P**neumologique (IFP)
- Indemnité Forfaitaire de **S**ortie (IFS)
- Indemnité Forfaitaire de **D**éplacement (IFD)
- Indemnité Forfaitaire Autonomie de la personne âgée (IFV)

Pour trouver la bonne indemnité forfaitaire, il faut raisonner par type de rééducation, c'est-à-dire par article de la NGAP. L'équipe Gudule t'a résumé ici les possibilités d'associations entre un coefficient et une indemnité forfaitaire.



Nature de la rééducation réalisée à domicile	IF	Tarifs	Lettres-clés compatibles
"Rééducation de <ul style="list-style-type: none"> - Tout ou partie de plusieurs membres - du tronc ET d'un ou plusieurs membres" 	IFO	4,00€	TER, APM
"Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires"	IFR	4,00€	NMI
"Rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires"	IFN	4,00€	NMI
"Rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)" et "prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose "	IFP	4,00€	ARL
Actés liés à la prise en charge des patients après une intervention orthopédique ou traumatologique , pendant une période allant de la date de sortie d'hospitalisation au 35ème jour après cette date.	IFS	4,00€	TER, VSC, VIC, RSM, RSC, RAO
Tous les autres actes de MK	IFD	2,50€	Tous les autres
Indemnité forfaitaire autonomie de la personne âgée	IFV	4,00€	RPE


Tableau de correspondance actes - indemnités forfaitaires - tarif

Quelques tips Gudule

L'IFO ne peut être associé qu'avec un TER 9,49 ou 9,51, ou bien un APM 9,5.

L'IFS de sortie est destiné à la prise en charge (PEC) des patients après une intervention orthopédique ou traumatologique (fracture, prothèse etc) pendant **une période allant de la date de sortie d'hôpital jusqu'au 35ème jour après cette date**. Ceci étant pour favoriser les PEC post-opératoires. La limite du 35ème jour ne s'applique pas dans le cas des PEC PRADO (IFS même au-delà du 35ème jour).

L'IFV est une revalorisation de la PEC des personnes âgées à domicile. Elle va toujours avec RPE 6 (Article 9 : rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée). Attention car RPE 8.5 de ce même article s'associe toujours avec l'IFD.

Simulateur de cotation
Gudule par ici 



B) Les indemnités kilométriques (IK)

De prime abord, ça paraît compliqué : accroche toi une fois et tu verras que ça coule de source 😊

Il existe plusieurs formes d'indemnités kilométriques :

- les indemnités kilométrique **en plaine**
- les indemnités kilométrique **en montagne**
- les indemnités kilométrique **à ski ou à pied**

Chacune a sa valeur fixée par l'Assurance Maladie :

- En **plaine**, la valeur unitaire est de **0,38€ par kilomètre**.
- En **montagne**, la valeur unitaire est de **0,61€ par kilomètre**.
- A **pieds ou à ski**, la valeur unitaire est de **3,35€ par kilomètre**.



😬 Comment savoir dans quel cas de figure tu es ?

Pour connaître la liste des agglomérations en zone montagnaise, rends-toi sur [le site](#) de l'Observatoire des territoires.

A noter, si le domicile de ton patient OU ton cabinet (ou adresse professionnelle) se situe en montagne, alors tu peux facturer des indemnités kilométriques (IK) "montagne".

Combien valent tes indemnités kilométriques ?

Le prix de tes indemnités kilométriques est fonction du nombre de kilomètres à comptabiliser et de la valeur unitaire du kilomètre. Il faut donc résoudre le calcul suivant :

Prix de l'IK = nb de kilomètres à comptabiliser * valeur unitaire de l'IK

Le nombre de kilomètres à comptabiliser est égal au nombre de kilomètres aller-retour entre ton adresse professionnelle et l'adresse de ton patient auquel il faut soustraire un nombre de kilomètres fonction de de ton territoire / mode de déplacement.

**Nb de kilomètres à comptabiliser = (nb de kilomètres aller-retour - X
kilomètres fonction du territoire / mode de déplacement)**

X = 4 kilomètres en plaine

X = 2 kilomètres en montagne et à skis/pieds

▲ **Règle “du cabinet le plus proche”**: s'il existe un cabinet plus proche de l'adresse du patient, alors il faut prendre en compte l'adresse de ce cabinet pour calculer le nombre de kilomètres aller-retour.

Le savais-tu ?

Cette règle du cabinet le plus proche ne s'applique pas si tu intervies dans le cadre du PRADO.



Exemple : un kiné en “plaine”. La résidence du patient et le domicile professionnel ne sont pas dans la même agglomération et sont distants de 10 km aller-retour.

Prix de l'indemnité kilométrique = nombre de kilomètre à comptabiliser
* valeur unitaire

- Nombre de kilomètre à comptabiliser = Nombre de kilomètres aller retour - 4 kilomètres = 10 - 4 = 6
- Valeur unitaire = 0,38€.

Prix de l'indemnité kilométrique = 6 * 0,38€ = 2,28€

💡 Généralement, les logiciels de télétransmission font le calcul automatiquement. Tu n'auras qu'à saisir le nombre de kilomètres à comptabiliser.

Simulateur de cotation
Gudule par ici 🖱️




c. Les majorations

Il existe **2 types de majorations** :

- La majoration nuit
- La majoration dimanche et jour férié

Pour pouvoir coter une **majoration nuit**, il faut que l'acte soit réalisé entre 20 heures et 8 heures. L'appel de la demande de PEC doit intervenir après 19 heures et avant 7 heures. L'ordonnance doit comporter l'intitulé "en urgence" pour pouvoir être coté, facturé et remboursé ! Sa valeur financière est de **9,15 €**.

Pour pouvoir coter une **majoration dimanche et jour férié**, il faut que l'acte soit réalisé le dimanche et les jours fériés entre 8 heures et 20 heures ou le samedi entre 12 heures et 20 heures (seulement pour les urgences). L'ordonnance doit comporter l'intitulé "week-end et jour férié" pour pouvoir être coté, facturé et remboursé. Sa valeur financière est de **7,62 €**.

 **Bon à savoir** : si tu décides de travailler un dimanche ou jour férié et que la mention n'est pas présente sur l'ordonnance, alors tu ne peux pas coter la majoration.



3) La cotation spéciale bilan

Avant de parler de lettre clé, abordons les coefficients possibles pour les Bilan Diagnostics Kinésithérapiques (BDK). Il en existe 2 différents :

- **le coefficient 10.7**
- **le coefficient 10.8**

Le **coefficient 10.7** est coté pour les “Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 20, puis de nouveau toutes les 20 séances pour **traitement de la rééducation et de réadaptation fonctionnelle** figurant au chapitre II ou III”.

Le **coefficient 10.8** est coté pour les “Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 50, puis de nouveau toutes les 50 séances pour traitement de rééducation des conséquences des **affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires**”.

Pour faire simple, mets **10.8** pour la neuro et **10.7** pour tout le reste 😊

🔑 **Quelle lettre clé mettre ?**

La seule lettre clé utilisable pour la cotation du bilan est **l'AMK**. Cela donne AMK 10.7 et AMK 10.8.



🤖 Le savais-tu ?

Si tu factures un bilan + une séance le même jour, tu ne peux coter qu'une indemnité de déplacement soit sur le bilan soit sur la séance. On conseille généralement de mettre l'indemnité sur la séance.



Il n'y a pas besoin de la mention "Bilan" sur l'ordonnance pour pouvoir coter un bilan.

Le BDK ne peut être facturé qu'à condition qu'il ait été transmis au médecin prescripteur.

4) Le calcul du tarif d'une séance

Pour connaître le prix de ta séance de kiné, il suffit de résoudre cette équation mathématique :

$$\text{Prix} = 2,21 * (\text{coefficient}) + \text{IF} + \text{Majoration}$$

💰 2,21 correspond à notre coef de kiné.

Exemple d'ordonnance : "Kinésithérapie respiratoire avec désencombrement à domicile", le domicile du patient se situe dans la même agglomération que ton adresse professionnelle.

$$\text{Prix} = 2,21 * (\text{ARL } 8.5) + \text{IFP} + \text{Majoration}$$

$$\text{Prix} = 2,21 * 8.5 + 4 + 0$$

$$\text{Prix} = 22,79 \text{ €}$$

Simulateur de cotation
Gudule par ici 👉



5) Forfaits de prise en charge FRD et FAD

Il existe 2 types de forfait pour les prises en charge kinésithérapiques à domicile pour nous kinés :

👉 **Le FRD** : le forfait de prise en charge rapide du retour à domicile post-AVC, d'un montant de 100 €.

👉 **Le FAD** : le forfait accompagnement du retour à domicile post-chirurgie orthopédique, d'un montant de 20 €.

Le **Forfait de prise en charge Rapide (FRD)** liée à un accident vasculaire cérébral (AVC) est un forfait complémentaire aux actes de rééducations habituels, facturable une fois pour chaque patient après la première prise en charge par le masseur-kinésithérapeute. Cette rémunération ne concerne pas les soins qui demeurent rémunérés à l'acte. Elle est versée sur la base d'un forfait qui comprend :

- La prise en charge rapide (dans un délai de 3 à 4 jours), initialement à domicile, pluri-hebdomadaire ;
- La participation à l'éducation du patient et de son entourage ;
- La coordination avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, attestée par la transmission du BDK ;
- La transmission d'un point d'étape sur la rééducation en cours, au médecin traitant et à l'équipe médicale en vue de la consultation post AVC (hospitalière et/ou extra hospitalière) au moment de la facturation du forfait.

Le **Forfait Accompagnement du retour à Domicile post-chirurgie orthopédique (FAD)** est un forfait complémentaire aux actes de rééducations habituels, facturable une fois pour chaque patient. Cette rémunération ne concerne pas les soins qui demeurent rémunérés à l'acte. Elle est versée sur la base d'un forfait qui comprend :

- La prise en charge rapide (dans un délai de 48 heures), initialement à domicile ;
- La participation à l'éducation du patient et de son entourage ;
- La coordination avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, attestée par la transmission du BDK.

6) Le renouvellement d'ordonnance comme trait d'union entre théorie et pratique

La théorie c'est bien beau, mais en pratique, avoir une ordonnance avec un intitulé tip top qui te permet de trouver la correspondance dans la NGAP en 2 secondes, c'est assez rare !

Mais alors comment faire si l'ordonnance ne correspond à aucun intitulé de la NGAP ?

Fais un renouvellement d'ordonnance pardi !

Depuis l'arrêté du 22 août 2023, qui permet d'appliquer une partie de l'avenant 7, tu peux en tant que kiné faire un renouvellement d'ordonnance. La Gud'Team trouve que le terme est plutôt mal choisi, car par "renouvellement d'ordonnance" il faut entendre "modification d'ordonnance".

Tu peux donc modifier l'ordonnance du prescripteur en termes de nombre de séances et de type d'acte.


Sous quelles conditions ?

- Ordonnance datée de moins d'1 an
- Informer le médecin prescripteur par écrit
- Inscription sur l'ordonnance originale des choses suivantes :
 - Ton identification complète (Nom, Prénom, numéro ADELI)
 - Mettre la mention "renouvellement masseur-kinésithérapeute"
 - Mettre le nombre de séances et le cas échéant le type d'acte
 - Mettre la date du renouvellement (de la modification) de l'ordonnance
 - Signer
 - Ajouter un n° de prescription spécifique 291991123 (numéro unique)

Il te suffit alors de re-scanner l'ordonnance dans ton logiciel de télétransmission (SCOR) et d'appliquer le type d'acte (la cotation) que tu auras déterminé.

Tu n'es pas obligé d'attendre le retour du médecin mais tu dois a minima le prévenir, et pouvoir le prouver (tu peux tracer via une messagerie sécurisée comme MSSanté). En revanche, si le médecin te fait un retour négatif, tu seras obligé, à partir de la date de son retour négatif, de revenir à la cotation d'avant.

L'ordonnance qui a été modifiée doit être rendue au patient.

 La modification d'une ordonnance engage ta responsabilité, donc attention à ce que tu peux lire à droite et à gauche, notamment sur les réseaux sociaux !


7) Les questions que tout le monde se posent

Question 😬 Que faire si ton ordonnance ne se réfère à aucun article ?

Les actes non inscrits dans la NGAP ne peuvent être remboursés.

2 solutions s'offrent à toi :

👉 Tu peux contacter le médecin prescripteur et échanger avec lui pour obtenir une ordonnance adéquate

👉 Tu peux faire une modification de l'ordonnance comme mentionné dans la partie 8 "Coter une ordonnance, entre théorie et pratique" un peu plus haut 

Exemple : Rééducation à l'effort.

Question 😬 Puis-je coter 2 séances le même jour ?

Tu peux coter 2 actes le même jour, mais il te faudra 2 prescriptions distinctes. Il faut également que les affections soient en rapport avec des articles NGAP différents et que ce soit sur 2 régions anatomiques distinctes.

Exemple : tu ne pourras pas coter 2 actes le même jour pour "rééducation du genou" et "rééducation du coude" car ces 2 affections sont dans le même article dans la NGAP (l'article 1).

Question 😞 Dois-je respecter le nombre de séances indiqué sur l'ordonnance ?

La NGAP mentionne dans son préambule *“le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute”*.

Donc, si la prescription ne précise ni le contenu, ni le nombre de séances, le kinésithérapeute définit le nombre de séances en fonction du projet thérapeutique et du BDK.

En revanche, si une ordonnance mentionne le nombre de séances, celle-ci s'impose au kinésithérapeute. Par exemple, si une ordonnance précise la fréquence des séances (exemple : 2 séances/semaine), le kinésithérapeute peut choisir d'en faire moins, mais ne pourra pas en facturer plus.



Question 😬 Quelle est la durée de validité d'une ordonnance ?

La durée de validité d'une ordonnance après la date de prescription n'a pas de limite réglementaire.

Mais en pratique, face à une ordonnance datant d'il y a un an, il convient de faire preuve de prudence et de demander une nouvelle ordonnance.

Question 😬 Quid du dépassement d'honoraires ?

Le dépassement d'honoraire est interdit lors de la facturation d'un acte remboursable.

Le dépassement exceptionnel (DE) est lui toléré, avec tact et mesure. Le DE n'est pas remboursable par la sécurité sociale (il peut l'être parfois par les mutuelles) mais doit figurer sur la feuille de soins. Le DE ne peut pas être utilisé pour des motifs tels qu'une expertise particulière du MK, la nature des soins, la durée de la séance...

Mais quelle est la différence entre dépassement d'honoraire et dépassement d'exigence ? En théorie, le terme "dépassement d'honoraire" est réservé aux médecins. Dans le langage courant, on utilise ces deux mots pour parler de la même chose.



Envie de consulter le journal officiel de la République Française (#laconventiondeskinés), c'est par [ici](#).

Les sites utiles

Le simulateur de cotations Gudule :

<https://app.gudule.co/simulateur-cotations-kine-ngap>

La NGAP :

<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP-07032024.pdf>

La convention nationale des MK :

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3878/document/convention-masseurs-kinesitherapeutes_journal-officiel.pdf

Le site de l'observatoire des territoires :

<https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/node/27>

Les tarifs conventionnels :

<https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-re-muneration/tarifs-conventionnels/tarifs>

Le renouvellement d'ordonnance et la mention à domicile :

<https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/actualites/avenant-7-renouvellement-d-ordonnance-acces-direct-et-soins-domicile>

Les 14 situations d'accord préalable :

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/accord-prealable/accord-prealable-actes-masso-kinesitherapie>

Tarifs conventionnels applicables :

<https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-re-muneration/tarifs-conventionnels/tarifs>

Envie d'en savoir +
sur Gudule



💡 En pratique, pour t'éviter la complexité d'aller dans la NGAP officielle, l'équipe Gudule t'a synthétisé la NGAP sous une version imprimable facilement [par ici](#) ou par là :



Simulateur de cotation
Gudule par ici 👉



Le lexique

AMK : Actes divers pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

FRD : Forfait prise en charge rapide du retour à domicile post-AVC

FAD : Forfait dans le cadre du programme d'accompagnement du retour à domicile post-chirurgie orthopédique

IFD : Indemnité forfaitaire de déplacement

IFO : Indemnité forfaitaire orthopédique et rhumatologique

IFR : Indemnité forfaitaire rhumatismale

IFN : Indemnité forfaitaire neurologique

IFP : Indemnité forfaitaire pneumologie

IFS : Indemnité forfaitaire de sortie

IFV : Indemnité forfaitaire autonomie de la personne âgée

IK : Indemnité kilométrique en plaine, en montagne, à pieds ou à ski

Gudule

A bientôt sur www.gudule.co

