



ACCOMPAGNEMENT À LA PRESCRIPTION MÉDICALE & À LA COTATION DES SOINS DE KINÉSITHÉRAPIE

Sommaire



Les incontournables de la prescription



L'ordonnance type



Les libellés types de prescription



Les actes hors nomenclature



La Foire aux Questions

**Une remarque ? Une question ? Un libellé à modifier ou à ajouter ?
Contactez-nous : coordination@cptsplaineetmarais.fr**



Les incontournables de la prescription

- Préciser **l'indication médicale** : la nouvelle nomenclature précisant les pathologies, la prescription doit être précise dans son libellé. Si, lors du bilan, le kinésithérapeute constate une évolution ou un élément médical différent de celui du médecin, il en informera le médecin qui pourra refaire l'ordonnance.
- Préciser **la zone à traiter** : le ou les segments anatomiques (préciser la latéralité)
- Préciser si la prescription est **liée à l'ALD du patient**
- Il n'est **pas nécessaire de préciser le nombre de séances**
- **Prescrire de manière non restrictive** : le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) réalisé par le kinésithérapeute l'oriente sur la thérapeutique. Il peut ensuite reformuler la prescription (nombre et type de séances) en informant le prescripteur.
- **Ne pas préciser la technique ou moyen de rééducation** à utiliser (ex : massage, ultrasons, ...)
- Il est possible **d'avoir 2 prescriptions différentes (soit 2 séances) sur une seule ordonnance** pour des affections en rapport avec des articles différents de la NGAP portant sur deux régions anatomiques distinctes.
- Préciser le **canal de communication préférentiel** : Mssante, Omnidoc, SILO, téléphone, ...



Indiquer au patient d'aller chez le kinésithérapeute avec son imagerie



L'ordonnance type

PRESCRIPTEUR

Identité :

RPPS :

PATIENT

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Prescription en rapport avec une ALD :

☐ oui ☐ non

A

Le / /

ORDONNANCE

Merci de bien vouloir prendre en charge Mme/M. pour un bilan et des séances de kinésithérapie :

- Indication médicale :
- Zone à traiter / région concernée :
- Antécédents notables :
- Contre-indications absolues :
- Examens complémentaires :
- Remarques :

Je vous laisse déterminer le plan de traitement le plus approprié en fonction de votre évaluation et de vos compétences professionnelles.

Canal de communication préférentiel (envoi du bilan, échanges sur la prise en charge,...) :

☐ Mssante ☐ Omnidoc ☐ Doctolib SIILO ☐ Autre :

Signature du prescripteur :



Les libellés types de prescription

SANTÉ DE LA FEMME

CANCER DU SEIN

Massage et rééducation du rachis et du membre supérieur (droit ou gauche) pré ou post chirurgie du cancer du sein

 Il est intéressant de prescrire des séances avant la chirurgie

Une cotation 15.5 est possible après chirurgie du cancer du sein pour traitement du lymphoedeme.

Au delà de 10 séances, en cas de besoin exceptionnel de poursuite de séances, un bilan diagnostic kinésithérapique est nécessaire.

Si la prise en charge du lymphome est centrée sur 1 membre : RAV 8 ; sur 2 membres : RAV 9.

Pour la rééducation de deux territoires lésés : Ex : paroi thoracique épaule et bras (TER 9.51).

Le massage de cicatrice n'est pas dans la nomenclature.

PÉRINÉE

Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback avec un kinésithérapeute

 Toutes les patientes en post partum ont droit à 10 séances de rééducation abdominale (seuls les kinésithérapeutes y sont habilités) ou périnéale. Les séances sont prises en charge par la CPAM si elles sont réalisées dans l'année post accouchement.

SANTÉ DE L'ENFANT

ASYMÉTRIES MOTRICES À L'ORIGINE DE DÉFORMATIONS CRANIENNES ET TORTICOLIS CONGÉNITAUX

Kinésithérapie neuromotricité du jeune enfant pour asymétrie motrice et posturale (NMI 10 ou RAM 7.52 ?)

 S'il s'agit d'une rééducation sur plagiocéphalie, elle n'est indiquée qu'en cas de torticolis associé (RAV 7.5)



Les libellés types de prescription

RETARDS DE DÉVELOPPEMENT OU TROUBLE DE L'ACQUISITION DE LA MARCHÉ

Kinésithérapie neuromotrice du jeune enfant

🔍 Mentionner la pathologie à l'origine de la rééducation. La kinésithérapie neuromotrice du jeune enfant dépend de la pathologie à l'origine de la rééducation. S'il s'agit d'une pathologie neurologique, la prise en charge est liée au chapitre neuro (NMI).

MALFORMATIONS OU MALPOSITIONS DES PIEDS

Kinésithérapie des deux membres inférieurs (TER 9.49)

KINÉSITHÉRAPIE RESPIRATOIRE DE DÉSENCOMBREMENT

Kinésithérapie désencombrement dans le cadre :

- de la bronchiolite aiguë (ARL 8.49)
- d'une pathologie respiratoire chronique type asthme du nourrisson (ARL 8.5)
- de la mucoviscidose (ARL 10)

TRAUMATOLOGIE

CHEVILLE

Région concernée : Rééducation de la cheville gauche/droite

Hypothèses diagnostiques : Entorse de cheville

Antécédents médicaux : ex : Entorse récurrente (préciser la date)

Examens complémentaires : Radiologie faite, IRM en attente, ...

Remarques : Port d'attelle pendant X jours

ÉPAULE

Région concernée : Douleur d'épaule gauche

Hypothèses diagnostiques : Bursite sous acromiale et tendinopathie de la coiffe des rotateurs

Antécédents médicaux : ex : Cancer du sein (préciser la date)

Examens complémentaires : Radiologie faite, IRM en attente

Remarques : En accident de travail (préciser la date de l'accident de travail)



Les libellés types de prescription

GENOU

Région concernée : Rééducation genou droit

Hypothèses diagnostiques : Rupture du LCA

Antécédents médicaux : RAS

Examens complémentaires : Radiologie faite, IRM et rendez-vous chirurgien en attente.

Remarques : Aucune

ÉPAULE

TENDINOPATHIE, ARTHROPATHIE ACROMIO-CLAVICULAIRE, DOULEUR SOUS-ACROMIALE, CAPSULITE, POST CHIRURGIE DE LA COIFFE

Bilan et séances de rééducation de l'épaule, et du rachis cervical si nécessaire, par un kinésithérapeute DE

Diagnostic médical : *tendinopathie de la coiffe / arthropathie acromio-claviculaire / douleur sous-acromiale / capsulite / suite suture tendon ou acromioplastie...*

Antécédents notables :

Contre-indications absolues :

Examens complémentaires :

DOULEUR D'ÉPAULE DE CAUSE NON IDENTIFIÉE

Bilan et séances de rééducation de l'épaule et du rachis cervical par un k

Antécédents notables :

Contre-indications absolues :

Examens complémentaires :

NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE

Bilan et séances de rééducation du rachis cervical et des membres supérieurs par un kinésithérapeute DE

Diagnostic médical : névralgie cervico-brachiale

Antécédents notables :

Contre-indications absolues :

Examens complémentaires :



Les libellés types de prescription

LOMBALGIE

🔍 *La lombalgie commune est soumise à référentiel et donc limitée à 15 séances : préférer une prise en charge du rachis lombo-sacré ou du rachis dorso-lombaire afin d'éviter une demande de renouvellement chronophage pour tout le monde.*

Bilan et séances de rééducation du rachis dorso-lombaire et des membres inférieurs si nécessaire par un kinésithérapeute DE

Diagnostic médical (facultatif) : *discopathies, arthrose, HD*

Antécédents notables :

Contre-indications absolues :

Examens complémentaires :

Les lombalgies communes sont des lombalgies sans signe de gravité de la pathologie : sans rapport avec une cause inflammatoire, tumorale, infectieuse, une lombalgie sans drapeau rouge. La durée de la lombalgie définit sa chronicité.

Pour une lombalgie commune, après 15 séances : il est nécessaire de faire une Demande d'Accord Préalable (DAP) pour continuer la prise en charge.

Une lombosciatique sans déficit moteur a une cotation spécifique dans la nomenclature : RAM 7.51 hors référentiel.

LOMBORADICULAGIE

Bilan et séances de rééducation du rachis lombaire et des membres inférieurs par un kinésithérapeute DE

Diagnostic médical : *cruralgie / lombosciatique*

Antécédents notables :

Contre-indications absolues : Page 8

Examens complémentaires :

Lomboradiculalgie sans déficit moteur : *comme écrit dans la NGAP, cela reste en pathologie rachidienne donc RAM 7,51 (sans chirurgie) ou RAM 7,49 (avec chirurgie).*

Lomboradiculalgie avec déficit moteur : *il n'y a pas d'association possible entre acte neurologique et acte pour affection du rachis car il ne s'agit pas de deux pathologies distinctes : l'une est la conséquence de l'autre, donc TER 9,49 (sans chirurgie) ou TER 9,51 (avec chirurgie sur au moins un des 2 territoires).*



Les libellés types de prescription

AFFECTION RHUMATISMALE INFLAMMATOIRE

Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, pseudo polyarthrite rhizomélique

Bilan et séances de rééducation du rachis et des quatre membres par un kinésithérapeute DE

Diagnostic médical : SA, PR, PPR ...etc,

Antécédents notables :

Contre-indications absolues :

Examens complémentaires :

RÉÉDUCATION VESTIBULAIRE

Bilan et rééducation vestibulaire

Le médecin peut ajouter une hypothèse diagnostique s'il le souhaite (ex : VPPB, cinétose, névrite vestibulaire, Ménière...).

CANAL CARPIEN

Il y a un chapitre « canal carpien » dans la nomenclature.
Faire une demande d'accord préalable.

SDRC sur canal carpien : hors référentiel. Ce n'est pas un canal carpien simple. Si c'est une conséquence directe d'une chirurgie, il est possible de facturer après chirurgie.

CHIRURGIE DU PIED - HALLUX VALGUS

Rééducation du membre inférieur opéré (VIC 7.51)

PERSONNE ÂGÉE

Rééducation analytique et globale du sujet âgé ou rééducation de l'équilibre et de la marche du sujet âgé



Les actes hors nomenclature

La réalisation d'une ordonnance est toutefois possible, mais les actes seront à la charge du patient et non pris en charge par la CPAM.

- **Massage de cicatrice**
- **Drainage lymphatique manuel des membres inférieurs** (en dehors d'un cancer)
- **Endométriose**



La Foire aux Questions (1/3)

• Le médecin doit-il mettre l'indication médicale et/ou la zone à traiter ?

Le texte de la nomenclature est précis, et est un référentiel solide : le médecin doit préciser l'indication médicale. Ce qu'on entend par indication médicale, ce n'est pas le diagnostic médical, mais pas seulement la zone à traiter. L'indication médicale va au-delà de la région à traiter. La nomenclature est basée sur la pathologie : un acte avec un diagnostic précis est rattaché à une cotation.

• Faut-il faire deux ordonnances pour deux séances distinctes ?

Les deux prescriptions peuvent être faites sur la même ordonnance.

• Si un kinésithérapeute constate une évolution ou écart entre son bilan et le diagnostic médical, le médecin doit-il refaire l'ordonnance ? Le bilan du kinésithérapeute ne peut-il pas faire foi ?

Si lors du bilan le kinésithérapeute constate une évolution de la pathologie et souhaite approfondir ou faire un autre soin : le médecin doit refaire sa prescription. Le bilan ne peut être assimilé à une prescription médicale. Du point de vue médico-légal, la prescription est de la responsabilité du médecin et le bilan est de la responsabilité du kinésithérapeute. La CPAM privilégie l'échange entre kinésithérapeute et médecin, mais une trace de l'échange ne vaut pas nouvelle ordonnance. Dans ce cas, le bilan du kinésithérapeute est important et peut proposer un acte plus complet. Le médecin peut refaire son ordonnance à partir du bilan.

• Quelle est la valeur diagnostic du bilan diagnostic en kinésithérapie ?

Le bilan diagnostic du kinésithérapeute est la description du protocole thérapeutique, le choix des actes et techniques. La prescription peut être refaite par le médecin lorsqu'il reçoit le bilan. En cas de discordance entre l'ordonnance médicale et la prise en charge par le kinésithérapeute, la cotation de l'ordonnance fera foi.



La Foire aux Questions (2/3)

- **Quelles sont les conditions de renouvellement des prescriptions médicales par le kinésithérapeute ?**

Il s'agit d'adapter la prescription initiale si elle date de moins d'un an. Il peut y avoir plusieurs renouvellement dans l'année. L'adaptation ne concerne que la pathologie concernée par la prescription.

Pour la même pathologie : le kinésithérapeute peut adapter la cotation lors d'un renouvellement. Si cela concerne une autre pathologie : il faut une nouvelle prescription.

- **Peut-on démarrer les séances en cas de DAP ?**

La DAP est envoyée uniquement par courrier. En cas d'absence de réponse dans les 15 jours, la demande est réputée acceptée. Si la prise en charge est urgente, indiquer « urgent ».

- **Comment coter la prise en charge d'une fibromyalgie ?**

Il n'y a pas de consensus clair sur la prise en charge de cette pathologie. En 2010, la HAS préconisait l'activité physique adaptée. Cette recommandation date, de nouvelles recommandations devraient concerner la rééducation. A ce jour, il n'y pas d'acte précisé dans la nomenclature. Il faut faire au cas par cas et faire part à la CPAM d'un argumentaire de ce que le kinésithérapeute va faire lorsque le patient relève de la rééducation plutôt que de l'activité physique. La prise en charge peut être acceptée avec une cotation 9.49. La situation s'étudie au cas par cas avec le service médical, par échanges écrits à conserver.

- **Comment coter la prise en charge de l'algodystrophie ?**

En conséquence d'une pathologie d'un segment de membre ou articulation.

- **Comment coter la prise en charge de l'endométriose ?**

Il n'y pas de cotation, les actes ne sont pas facturables.

- **Comment coter une rééducation pour insuffisance veineuse ?**

En cas d'insuffisance veineuse, la prise en charge est facturable en cas de notion de retentissement articulaire et/ou trophique (RAV 7.99)

En cas de rééducation pour lymphœdème vrai (après chirurgie et/ou radiothérapie ou lymphœdème congénitaux) : pour un membre RAV 8 et pour 2 membres RAV 9

- **Comment coter une prescription de rééducation du dos et des membres inférieurs ?**

Faire préciser la pathologie au médecin. Plus la prescription médicale est précise et plus les kinésithérapeutes sauront quoi faire.

- **Peut-on coter un renouvellement d'ordonnance en cas de changement de médecin ?**

Pour les patients en post-opératoire dont la première ordonnance provient du chirurgien et dont le suivi est ensuite réalisé par le médecin traitant : si le patient poursuit la rééducation, la prescription médicale pourra être renouvelée par le kinésithérapeute.



La Foire aux Questions (3/3)

• Renouvellement des prescriptions médicales initiales de moins d'un an (article 3 de l'avenant 7)

Le masseur-kinésithérapeute peut adapter les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, uniquement dans le cadre d'un renouvellement et sauf indication contraire du médecin.

Les marges d'adaptation du traitement par le masseur-kinésithérapeute portent sur le nombre de séances renouvelées ou sur le type de séances à effectuer. Le changement de type de séance peut entraîner, s'il est justifié, un changement de cotation.

Le masseur-kinésithérapeute informe le médecin prescripteur initial du renouvellement des séances et de l'adaptation éventuelle. Ce renouvellement est possible dans les 12 mois suivant la date de rédaction de l'ordonnance initiale. La date de réalisation des séances liées au renouvellement peut toutefois dépasser la date anniversaire de cette ordonnance.

• Quelles mentions le masseur-kinésithérapeute doit-il indiquer sur l'original de l'ordonnance médicale ?

- son identification complète (nom, prénom et numéro d'identification) ;
- la mention « Renouvellement masseur-kinésithérapeute » ;
- la durée du renouvellement (en nombre de séances) ;
- le cas échéant : le type de séance, lorsqu'il fait l'objet d'une adaptation par le masseur-kinésithérapeute ;
- la date à laquelle il effectue ce renouvellement ;
- sa signature

• Consignes de facturation données à la profession (mail osmose du 28/09/2023) :

Lors de la facturation de ces séances renouvelées, le masseur-kinésithérapeute doit renseigner le numéro de prescripteur spécifique 291991123.

S'agissant de l'adaptation des prescriptions non quantitatives, un BDK doit être réalisé pour modifier le type de rééducation (et le médecin prescripteur doit en être informé).

Pour les prescriptions quantitatives avant leur arrivée à échéance, un BDK est réalisé et doit tracer l'échange avec le prescripteur et/ou le médecin traitant (en particulier s'il s'agissait d'une prescription hospitalière). L'objectif est d'informer le prescripteur de l'évolution clinique du patient.

A noter : les seuils de séances de masso-kinésithérapie au-delà desquels un accord préalable du service médical est nécessaire à la poursuite de la prise en charge du traitement restent applicables.

Réalisé en collaboration avec le Service Médical de la CPAM 85

Janvier 2025 - V1