



DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA RÉÉDUCATION MOTRICE OU DE LA DÉAMBULATION DES PERSONNES ÂGÉES ET AFIN D'ÉVITER LES CONFLITS D'INTERPRÉTATION D'UNE PRESCRIPTION AVEC L'ASSURANCE MALADIE, QUELQUES PRINCIPES :

Pour le patient qui souffre d'une pathologie neurologique :
Spécifier « **ANLD** » (*Affections Neurologiques Longue Durée*)

Pour le patient qui ne souffre pas d'affection neurologique mais d'une pathologie orthopédique :
Préciser « **rééducation de la région à traiter** »

Pour le patient qui ne souffre pas d'affection neurologique ni d'une pathologie orthopédique mais ayant des pathologies articulaires (rhumatismales...) :
Indiquer « **kinésithérapie luttant contre les raideurs ou la rétraction (ou mobilisation) de...** »

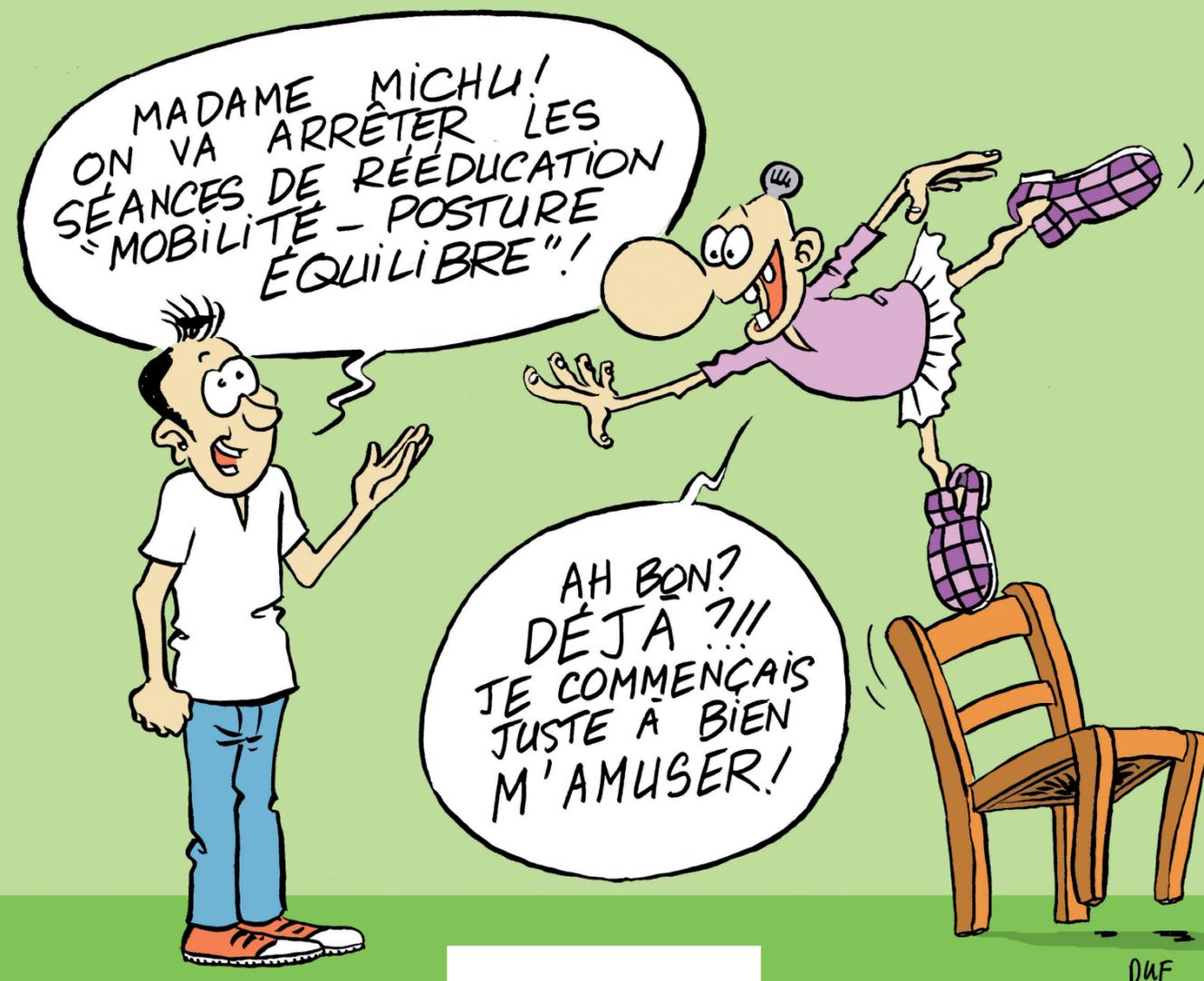
Pour les patients ni neurologiques, ni orthopédiques, victimes d'une chute sans complication orthopédique :
Préciser « **rééducation post chute + travail de l'équilibre** »

Pour les patients non neurologiques, non orthopédiques, n'ayant pas fait de chute et ayant des troubles de l'équilibre :
Indiquer « **rééducation de la posture, de l'équilibre et de la coordination** »

Si le quantitatif et la fréquence sont laissés à l'appréciation du masseur-kinésithérapeute, vous pouvez toutefois le faire figurer si tel est votre désir.

Merci de préciser « **à domicile** » pour les patients suivis en EHPAD.

PRESCRIRE en KINÉSITHÉRAPIE



-  **URPS MK BFC**
14, RUE DU GOLF
21800 QUETIGNY
-  **WWW.URPSMK-BFC.FR**
-  **CONTACT@URPSMK-BFC.FR**

Cette plaquette est téléchargeable sur notre site internet.



Ce guide a été élaboré, en collaboration avec l'URPS Médecin Libéral Bourgogne Franche-Comté, pour une prescription efficace afin d'éviter les soucis administratifs.



LES ÉLÉMENTS INDISPENSABLES DEVANT APPARAÎTRE SUR L'ORDONNANCE POUR UNE PRISE EN CHARGE DES SOINS PAR LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE :

- L'identification complète du prescripteur avec numéro ADELI et RPPS pour les prescripteurs libéraux, numéro FINESS d'établissement pour les prescripteurs salariés
- Cas particulier des médecins retraités : obligation de mentionner « *retraité* » sur l'ordonnance et d'utiliser en lieu et place de leur code ADELI un code retraité spécifique pour chaque département
- La date et la signature du prescripteur
- Le nom et le prénom du patient
- En cas d'accident du travail, il convient d'utiliser la mention AT avec la date d'AT ou Maladie Professionnelle (MP)
- La mention « *à domicile* » si besoin
- La mention « *rééducation* » de la zone à traiter

I NE PAS OUBLIER

- D'utiliser une ordonnance bizona pour les Affections Longues Durées (ALD)
- D'utiliser une prescription distincte par pathologie
- D'indiquer, pour les personnes âgées, si vous désirez que soient travaillés la verticalisation, les transferts, la mobilisation, l'équilibre et la marche : « *rééducation des deux membres inférieurs, de la posture et de l'équilibre, ou des transferts* ».

Il n'est plus obligatoire de mentionner le nombre des séances sur l'ordonnance, la réglementation prévoit que le masseur-kinésithérapeute peut définir et justifier ce nombre en s'appuyant sur le bilan masso-kinésithérapique.

L'ordonnance doit être réalisée de préférence à l'encre noire ou à l'ordinateur (éviter les rajouts manuscrits) afin qu'elle puisse être scannée facilement puis envoyée de façon dématérialisée à l'Assurance Maladie.

De plus, l'Assurance Maladie a déterminé des référentiels (actuellement pour 14 pathologies) imposant alors une demande d'accord préalable (DAP) pour continuer les

séances lorsque ce référentiel est dépassé (et ce, quel que soit le nombre de séances mentionné sur l'ordonnance par le prescripteur).

PAR EXEMPLE

Entorse externe récente de cheville : DAP à partir de la 11^{ème} séance.

Pour connaître tous les référentiels, rendez-vous sur :

WWW.AMELI.FR

• CE QUI NE DOIT PAS FIGURER SUR L'ORDONNANCE •

La notion « à renouveler » (AR)
L'intitulé « quantité suffisante pour ... » (QSP)

(car ne concernent pas les actes de masso-kinésithérapie)

LE SAVIEZ-VOUS ?



Vous avez la possibilité de demander un bilan isolé de kinésithérapie :

- Bilan ostéo-articulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non.
- Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques.

L'ostéopathie et d'autres techniques (*gymnastique et ergonomie, massage de bien-être et prévention*) ne figurant pas à la NGAP, peuvent être de la compétence du masseur-kinésithérapeute mais ne sont pas prises en charge par la Caisse d'Assurance Maladie (possibilité d'être prises en charge parfois par la mutuelle, en fonction du contrat du patient).

Pour une meilleure prise en charge du patient, il serait souhaitable que le prescripteur :

- Transmette au masseur-kinésithérapeute des précisions sur la nature de la pathologie ou du diagnostic (*courrier joint ou inscription du diagnostic sur le double de la prescription selon avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins*)
- Transmette une copie des examens annexes ou du compte rendu opératoire s'il y en a un.



PRESCRIPTION D'APA (Activité Physique Adaptée)

Après étude des textes par l'URPS MK et l'URPS Médecin Libéral en Bourgogne Franche-Comté, l'évaluation des patients ne peut être effectuée que par un professionnel de santé, masseur-kinésithérapeute ou médecin.

De même, l'évaluation et la prise en charge d'un patient en ALD ne peuvent être réalisées que par un masseur-kinésithérapeute, un ergothérapeute et/ou un psychomotricien.

Les conditions de prise en charge ne sont actuellement pas définies.