

LA COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES
D'Auvergne-Rhône-Alpes VOUS PROPOSE UN...

GUIDE PRATIQUE DE LA NGAP EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE ET DES RÈGLES DE BONNES PRATIQUES

V8 – Mise à jour 28 mai 2026

PRÉAMBULE PRÉAMBULE PRÉAMBULE PRÉAMBULE PRÉAMBULE PRÉAMBULE

La commission paritaire régionale des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes vous propose un guide de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la prescription des masseurs-kinésithérapeutes (MK). Les représentants des MK et de l'Assurance Maladie ont collaboré à l'élaboration de ce document dont l'objectif est de faciliter l'application des dispositifs conventionnels et réglementaires par les MK libéraux.

La dernière mise à jour du guide se trouve sur les pages locales des CPAM de la région Auvergne-Rhône-Alpes : ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur kinésithérapeute > Votre caisse (saisir un code postal d'un département de la région Auvergne-Rhône-Alpes).

Le guide évolue en fonction des nouveautés réglementaires mais aussi des questions et des remarques des professionnels. Merci de nous en faire part...

L'annexe 1 « Tableau des actes et cotations de MK » est à jour au 23/02/2026.

POUR EN SAVOIR PLUS...

Pour toute question ou remarque sur ce document, s'adresser au secrétariat de la CPR des MK d'Auvergne-Rhône-Alpes
par mail : cpr.cpam-rhone@assurance-maladie.fr

- Les rubriques d'information professionnelle d'ameli.fr dédiées aux MK :
ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur-kinésithérapeute
- Les tarifs conventionnels en vigueur :
ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur-kinésithérapeute > Votre exercice libéral > Facturation et rémunération > Tarifs conventionnels

DOCUMENTS UTILES

- L'avenant n°7 signé le 13 juillet 2023 (approuvé par arrêté du 21 août 2023 publié au JO du 25 août 2023) et avenant 8 signé le 28/11/2025 (approuvé par avis publié au JO du 19 décembre 2025) :
ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur-kinésithérapeute > textes de références/convention/avenants (texte officiel ; en bas de page)
- La dernière mise à jour de la LPP :
ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur-kinésithérapeute > Votre exercice libéral > Facturation et rémunération > Nomenclatures et codage > Nomenclatures : NGAP et LPP
- La dernière mise en jour du Guide références juridiques - Produits de santé :
ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur-kinésithérapeute > Textes de référence > Références juridiques > Guide des références juridiques – Produits de santé
- La convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes :
ameli.fr > Professionnel de santé > Masseur-kinésithérapeute > Textes de référence > Convention nationale et textes associés

SOMMAIRE SOMMAIRE SOMMAIRE SOMMAIRE SOMMAIRE SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	2
----------------	---

ABRÉVIATIONS	4
--------------------	---

1. DE LA PRESCRIPTION À LA RÉÉDUCATION	5
1.1. La prescription de la rééducation	5
1.2. Accès direct	6
1.3. Le bilan isolé	6
1.4. Le bilan-diagnostic kinésithérapique	6
1.5. La rééducation	7
1.6. Quelle durée de la séance ? Pour quel nombre de patients ?	8

2. LA FACTURATION DES ACTES	9
2.1. Les actes remboursables	9
2.2. Les actes non remboursables	13
2.3. Obligations d'information	14

3. QUELLE LETTRE-CLÉ UTILISER ?	14
---------------------------------------	----

4. LES TÉLÉSOINS	15
------------------------	----

5. LA TÉLÉ-EXPERTISE	15
----------------------------	----

6. LES FRAIS DE DÉPLACEMENT	16
6.1. Principes généraux	16
6.2. Modalités de facturation	16

7. LES MAJORATIONS NUIT ET DIMANCHE -JOUR FERIÉ	18
7.1. Principes généraux	18
7.2. Conditions horaires	18

8. LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE	19
8.1. Les 14 situations de rééducation du titre XIV soumises à accord préalable	19
8.2. Comment évaluer le franchissement du nombre seuil de séances ?	20
8.3. Le contenu de la demande d'accord préalable	20
8.4. À quel moment faire la demande d'accord préalable ?	21
8.5. La formulation de l'avis de la caisse	21

9. LA PRESCRIPTION DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE	22
9.1. Prescription des dispositifs médicaux	22
9.2. Prescription des substituts nicotiniques	22
9.3. Support et contenu des ordonnances de dispositifs médicaux et substituts nicotiniques des MK	23

10. PROCHAINES ÉTAPES PRÉVUES AU CALENDRIER DES AVENANTS 7 ET 8...23	
ANNEXE 1 -	24
Chapitre I - Actes de diagnostic	25
Chapitre II -Traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles	26
Chapitre III - Modalités particulières de conduite du traitement	35
Protocole de coopération : douleurs lombaires et traumatismes en torsion de la cheville	36

ANNEXE- 2 -	36
1. C'est quoi ?	36
2. Pour quels MK ?	37
3. Quelle démarche préalable ?	37
4. Les critères d'exclusion	37

ABRÉVIATIONS

(hors nouvelles lettres-clés de la NGAP)

ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'État
AMK	Lettre-clé réservée aux bilans isolés, bilans diagnostics kinésithérapiques, actes de balnéothérapie
AT	Accident de travail
AVC	Accident vasculaire cérébral
BDK	Bilan-diagnostic kinésithérapique
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
Cnam	Caisse nationale de l'Assurance Maladie
CNOMK	Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPR	Commission paritaire régionale
DE	Dépassement exceptionnel
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
LPP	Liste des produits et prestations remboursables
MCO	Médecine chirurgie obstétrique (séjours hospitaliers en soins de courte durée)
MK	Masseur-kinésithérapeute
MKL	Masseur-kinésithérapeute libéral
MP	Maladie professionnelle
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
N° AM	Numéro d'assurance maladie
NR	Non remboursable
Prado	Programme d'accompagnement du retour à domicile
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TMK	Télésoins



L'exercice de la masso-kinésithérapie est soumis à différents référentiels juridiques, notamment :



le code de la santé publique, applicable quel que soit le mode d'exercice (salarié, libéral conventionné ou non), définit la profession et le champ de compétence du MK ([article L4321-1](#) et [articles R4321-1 et suivants](#)) et comprend le Code de déontologie ([articles R4321-51 à 145](#)) ;



le code de la sécurité sociale (CSS) regroupe les articles législatifs et réglementaires qui déterminent le financement et l'organisation de la Sécurité sociale ;



la convention nationale des MK et ses avenants régissent les rapports entre les organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoires et les MKL conventionnés pour les soins dispensés au cabinet, au domicile du patient et dans les structures de soins dès lors que celles-ci facturent à l'acte ;



le titre XIV de la NGAP répertorie les actes de rééducation remboursables par l'assurance maladie ;



la liste des produits et prestations remboursables (LPP) inclut les produits que les MK peuvent prescrire (avec les critères de remboursement).

1. DE LA PRESCRIPTION À LA RÉÉDUCATION

1.1. La prescription de la rééducation

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le MK effectue les actes de rééducation sur prescription médicale ([article L4321-1](#) et [articles R4321-1 et suivants](#) du code de la santé publique).

Trois exceptions :

- dans le cadre de l'accès direct (cf. [chapitre 1.2](#)) ;
- dans le cadre des protocoles de délégations de soins en maison de santé pluriprofessionnelle ou en centre de santé, ou au sein d'une communauté professionnelle territoriale de santé; dans ce cas, le MK peut prescrire et effectuer les rééducations sur des prescriptions de médecins préétablies pour les douleurs lombaires et les traumatismes en torsion de la cheville (annexe 2) ;
- en cas d'urgence et en l'absence de médecin ([article L4321-1](#) du code de la santé publique).



QUI PEUT PRESCRIRE LA RÉÉDUCATION ?

Les professions qui ont la compétence pour prescrire la rééducation au MK sont :

- les médecins ;
- les chirurgiens-dentistes uniquement dans le champ de l'art dentaire ([article L 4141-1](#) et [L4141-2](#) de la santé publique) ;
- les MK dans le cadre des protocoles de coopération sur ordonnance préétablie au nom du médecin délégant.



LE CONTENU DE L'ORDONNANCE DE RÉÉDUCATION

La prescription est formulée avec toute la clarté indispensable ([article R4127-34 du code de la santé publique](#)).

« Les actes de rééducation personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, présent au titre XIV, peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie lorsqu'ils font l'objet d'une prescription écrite du médecin (sauf dispositions législatives ou dispositions réglementaires dérogatoires) mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute (dérogation à l'article 5 des Dispositions générales). Le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute. » (préambule du titre XIV de la [NGAP](#)).



RENOUVELLEMENT DES ORDONNANCES DU MÉDECIN PAR LE MK

La [loi Rist](#) modifie l'article L4321-1 du code de la santé publique en permettant d'adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de MK datant de moins d'un an.

« Le renouvellement par le masseur-kinésithérapeute est possible dans les 12 mois suivants la date de rédaction de l'ordonnance initiale, mais la date de réalisation des séances liées au renouvellement peut dépasser la date anniversaire de cette ordonnance ».

« 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 rééducation peut entraîner, s'il est justifié, un changement de notation. » ([circulaire Cnam 13/2024 mise à jour 17/12/2025](#)).

Cette adaptation n'est possible que pour l'affection concernée par l'ordonnance.



Exemple 1 : une lombalgie codée initialement RAM 8.09 évoluant vers une lombosciatique sans déficit moteur peut faire l'objet d'une adaptation vers RAM 8.11.

En revanche, la rééducation d'une tendinopathie de la coiffe droite pour le même patient, apparue depuis la date de l'ordonnance initiale ne permet pas sa prise en charge dans le cadre de ce renouvellement.

« Le masseur-kinésithérapeute informe le médecin prescripteur initial du renouvellement des séances et de l'adaptation éventuelle. »

Il peut y avoir plusieurs renouvellements tant que l'ordonnance initiale date de moins d'un an.

« Le bilan diagnostic kinésithérapique ne doit pas être facturé à l'occasion d'un renouvellement de séances (sauf si le renouvellement tombe à échéance d'une refacturation de bilan) ; il peut toutefois être réalisé lorsque le MK adapte la prescription en modifiant le type de rééducation effectuée ». Dans ce cas le BDK est facturable.

Le masseur-kinésithérapeute inscrit sur l'original de l'ordonnance médicale, présenté par le patient, le renouvellement qu'il réalise en apposant les indications suivantes :

- son identification complète : nom, prénom et numéro d'identification, et le numéro de prescripteur spécifique : 291991123 ;
- la mention "Renouvellement masseur-kinésithérapeute" ;
- la durée de ce renouvellement, en nombre de séances ;
- le type de séance lorsqu'il fait l'objet d'une adaptation par le masseur-kinésithérapeute ;
- la date à laquelle le masseur-kinésithérapeute effectue ce renouvellement ;
- sa signature.

« L'original est remis au patient. Le masseur-kinésithérapeute transmet lors de la facturation des séances, via SCOR, une copie de la prescription qu'il a ainsi modifiée (qu'il archive dans le dossier médical). »

Les seuils de séances au-delà desquels une DAP est nécessaire à la poursuite de la prise en charge du traitement restent applicables.



LA DURÉE DE VALIDITÉ DE L'ORDONNANCE

La durée de validité d'une ordonnance après la date de prescription n'a pas de limite réglementaire. Cependant, sans obligation, il est conseillé de ne pas initier un traitement en utilisant une ordonnance de plus d'un an, dans une démarche de prévention d'actes non justifiés ou iatrogènes.

1.2. Accès direct

[avenant n°7, article 9 en application de la loi Rist du 19/05/2023, applicable depuis le 22/08/2023]

La [loi Rist](#) du 19/05/2023 modifie le code de santé publique et le code de la sécurité sociale en instaurant l'accès direct. L'objectif est de prendre en charge un patient rapidement, en l'absence de prescription médicale de rééducation.

Les MK (salariés ou libéraux) peuvent réaliser des séances en accès direct lorsqu'ils exercent dans les établissements de santé publics, privés d'intérêts collectifs et privés, dans les établissements et les services sociaux et médicosociaux, ou dans le cadre des structures d'exercice coordonné suivantes : équipes de soins primaires/équipes de soins spécialisés, centres de santé et maisons de santé.

Dans le cas où le patient n'a pas eu de diagnostic

médical préalable, le nombre de séances pouvant être réalisé par le masseur kinésithérapeute est limité à 8 par patient par épisode de soins (la durée maximale d'un épisode de soins étant de 3 mois). Cette situation peut notamment concerner le premier épisode d'une situation aigue.

Dans le cas où le patient a un diagnostic médical préalable, le nombre de séances pouvant être réalisées en accès direct n'est pas limité mais doit rester dans le respect des référentiels HAS et des recommandations de bonne pratique. Pour justifier d'un diagnostic médical, vous devrez tenir à la disposition du service médical de l'Assurance Maladie, au moins l'un des documents suivants : justificatif de l'ALD du patient, compte rendu opératoire, compte rendu d'hospitalisation, compte rendu médical, information par le médecin traitant ou par le médecin coordinateur, prescription médicale antérieure, élément du dossier usager informatisé en établissement ou service social ou médico-social.

Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés sont adressés au médecin traitant du patient, ainsi qu'à ce dernier. Ce compte rendu peut être reporté dans l'espace numérique de santé du patient, d'autant plus si le patient n'a pas de médecin traitant.

Le MK libéral doit renseigner son propre numéro de professionnel de santé dans la case « *Prescripteur* » de la facture.

Le MK utilise les lettres-clés et coefficients de la [NGAP](#) en vigueur.

Un arrêté du 6/6/2025 autorise l'expérimentation de l'accès direct en CPTS sur 20 départements dont l'Isère et le Rhône.

1.3. Le bilan isolé

[titre XIV de la NGAP, chapitre I, section 1]

Ces actes effectués par le MK « *sur prescription médicale, ne donnent lieu à facturation qu'en l'absence de traitement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelles en cours ou de prescription concomitante d'un tel traitement* ».

Il en existe 2 types (cf. annexe 1) :

- les bilans ostéo-articulaires des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non ;
- les bilans musculaires (avec test) des conséquences des affections neurologiques.

Ces bilans isolés sont différents du projet d'acte de repérage de la fragilité des personnes âgées de plus de 70 ans (coté AMK 10), prévu au remboursement au 1/9/2026 (avenant n°7, article 5), sous réserve d'avis HAS favorable.

1.4. Le bilan-diagnostic kinésithérapique

[titre XIV de la NGAP, chapitre I, section 2]

Dans le cadre des rééducations du titre XIV, le MK effectue le bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK). Le BDK est un instrument de qualité des soins et de coordination.

La NGAP fixe les modalités de facturation du BDK (se reporter au [chapitre 2](#) de ce document).

Vous devez établir un BDK pour toute rééducation, quel que soit le nombre de séances



LE BDK : UN INSTRUMENT D'ÉVALUATION, DE DIAGNOSTIC ET D'ÉLABORATION DU PROJET THÉRAPEUTIQUE

Par le BDK, le MK évalue les déficiences et les incapacités fonctionnelles, établit le diagnostic kinésithérapique et élabore le projet thérapeutique. La [NGAP](#) définit le contenu du BDK (titre XIV, chapitre I, section 2).

Le contenu du BDK selon la NGAP (titre XIV, chapitre 1, section 2)

« 1. Contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique

a. Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur.

Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :

- l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...);
- l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...).

Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés.

b. Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par :

- la description du protocole thérapeutique mis en œuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et/ou en groupe);
- la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement;
- les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial;
- les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient;
- les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...) ».



LE BDK : UN INSTRUMENT DE COORDINATION

Le MK communique autant que de besoin avec le médecin ([article R4321-2 du code de la santé publique](#)), notamment au travers de la fiche de synthèse du BDK.

Les obligations d'envoi du BDK selon le [titre XIV de la NGAP](#) sont :

« Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur.

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial : évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances, est adressée dès le début du traitement au médecin prescripteur. »

La transmission du BDK initial au médecin prescripteur n'est pas obligatoire si le nombre de séances est inférieur à 10.

« Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances. Le cas échéant, cette fiche comporte les motifs et les modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. » mais le MK peut renouveler les séances à partir d'une ordonnance de moins d'un an sans nouvelle prescription sauf si le médecin s'y est opposé (cf [chapitre 1.1](#)). En cas d'accès direct, le « bilan initial et un compte-rendu des soins sont adressés au médecin traitant. »

Après avoir réalisé son bilan, le MK décide de ne pas effectuer de séances : le bilan est facturable (circulaire Cnam du 02/03/2001 DDRI 37/2001).

« À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

La fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande ».

1.5. La rééducation

Le MK élabore le projet thérapeutique selon le BDK puis le met en œuvre. Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales de la [NGAP](#), le nombre de séances remboursables est celui fixé par le MK ; le MK détermine le nombre de séances en fonction de son BDK et de l'évaluation du patient ([titre XIV de la NGAP](#)).

Le remboursement des actes du titre XIV de la [NGAP](#) est soumis au respect de conditions de durée de séance et de nombre de patients.

1.6. Quelle durée de la séance ? Pour quel nombre de patients ?

CAS GÉNÉRAL



TRAITEMENT INDIVIDUEL

Le MK prend en charge un seul patient auquel il se consacre exclusivement.

La durée de la séance est « *de l'ordre de trente minutes* » sauf trois exceptions :

- « *Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (...), poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique* » dont la durée de la séance est adaptée en fonction de la situation clinique ;
- « *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* » dont la durée de la séance est de l'ordre de 60 minutes ;
- « *Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique et prise en charge individuelle* » (ARL 28) dont la durée de séance est de l'ordre de 1 h 30.



TRAITEMENTS CONDUITS EN PARALLÈLE DE PLUSIEURS PATIENTS

Le MK prend en charge simultanément plusieurs patients dont le nombre ne peut excéder trois.

Le temps consacré individuellement à chaque patient, par période continue ou fractionnée, doit être de l'ordre de 30 minutes (sauf pour les exceptions mentionnées au paragraphe « *Traitement individuel* » dont les durées de séance sont particulières).



TRAITEMENTS DE GROUPE

Les traitements de groupe concernent des patients qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance.

Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois.

La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie 30 minutes (soit de l'ordre de 1 heure pour 2 patients et de l'ordre de 1 heure 30 pour 3 patients).

Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1^{er}, 2, 3 et 4 du chapitre II du titre XIV de la [NGAP](#) soit :

- « *Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques* » (article 1),
- « *Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires* » (article 2),
- « *Rééducation de la paroi abdominale* » (article 3),
- « *Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires* » (article 4).

La cotation de l'acte correspondant des articles 1^{er}, 2, 3 et 4 du chapitre II est appliquée pour chaque patient.

UN CAS PARTICULIER :

« 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 »

Référentiel : [NGAP, titre XIV, chapitre II, article 5](#)

La séance d'une « *durée de l'ordre de 1 h 30* » comprend :

- la prise en charge en groupe de 2 à 4 personnes comportant le réentraînement à l'exercice sur machine,
- le renforcement musculaire et l'éducation à la santé ;
- la kinésithérapie respiratoire en prise en charge individuelle.

Le MK ne peut pas facturer les actes pour plus de trois patients pris en charge simultanément (sauf l'exception de la « 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 »).

2. LA FACTURATION DES ACTES

2.1. Les actes remboursables

Le texte de référence est la [NGAP](#).



PRINCIPES GÉNÉRAUX

Seuls peuvent être pris en charge par la caisse les actes inscrits à la [NGAP](#), effectués personnellement par le MK, sous réserve que :

- le MK qui les exécute soit en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de sa profession ;
- la rééducation ait fait l'objet d'une prescription médicale écrite (sauf accès direct) ;
- les actes soient de sa compétence (le champ de compétence du MK est défini par l'[article L4321-1](#) et les [articles R4321-1 et suivants](#) du code de la santé publique).

En conséquence, ne sont pas remboursables :

- les actes non inscrits à la [NGAP](#) ;
- les actes inscrits à la NGAP mais hors conditions de la NGAP (exemple : rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs sans trouble trophique ni retentissement articulaire) ;
- les actes hors compétence ;
- les actes non effectués...

Les soins non fondés sur les données actuelles de la science ne peuvent pas être proposés aux patients et ne sont pas remboursables. Les données actuelles de la science sont issues de la [Haute Autorité de santé](#) et des sociétés savantes.

Le MK ne peut pas assurer des soins non fondés sur les données actuelles de la science tels que la [kinésiologie](#), la [microkinésithérapie](#), la [biokinergie](#), la [fasciathérapie](#), l'[ostéopathie viscérale](#) et l'[ostéopathie crânienne](#)... (suivre les liens vers les différents avis du CNOMK).

Ces techniques ne peuvent pas être prises en charge par la caisse.



DÉTERMINATION DE LA COTATION

À partir du libellé de la prescription et du BDK initial, le MK détermine la cotation de l'acte de la [NGAP](#) dans le respect des dispositions générales de la [NGAP](#) et des dispositions communes du titre XIV :



Exemple 1 :

Le texte de la prescription indique « Rééducation des 2 MI » : le BDK établit que le motif est la prise en charge d'une sclérose en plaque : la cotation n'est donc pas TER 9.79, réservée aux conséquences d'affections orthopédiques ou rhumatologiques, mais NMI 10 : cf. article 4 :

« Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives (...). -localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et tout ou partie du tronc et de la face ».



Exemple 2 :

Le texte de la prescription indique « Rééducation des 2 MI » : le BDK établit que le motif est la prise en charge d'une personne âgée avec nécessité d'une « Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé », sans « autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique » :

la cotation n'est donc pas TER 9.79, réservée aux conséquences d'affections orthopédiques ou rhumatologiques, mais RPE 8.5 (article 9 : « Rééducation de la déambulation du sujet âgé »).

QUELQUES SITUATIONS DE RÉÉDUCATION

Focus sur les rééducations des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques ([NGAP, titre XIV, chapitre II, article 1](#))

Lombosciatique

Il s'agit de la « Rééducation des conséquences d'une affection du rachis lombosacré hors référentiel » : sans chirurgie : RAM 8.11 ; avec chirurgie : RAO 8.09
La NGAP précise bien : « La cotation est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur ».

Rééducation du rachis et d'une épaule

Si la gêne de l'épaule est la conséquence de la pathologie cervicale (névralgie cervico-brachiale), la cotation est RAM 8.12 ; en revanche si la pathologie de l'épaule est une tendinopathie de la coiffe, donc bien distincte de celle du rachis cervical, la cotation est TER 9.79.

Le drainage manuel

Référentiel : [NGAP, titre XIV, chapitre II, article 7](#).

Le drainage manuel (DM) est une technique de massage et non un acte remboursable. Les lourdeurs de jambes et varicosités isolées ainsi que les indications de confort ou d'esthétique ne correspondent pas à des situations dans lesquelles un acte de rééducation peut être remboursé (même si c'est un spécialiste qui réalise la prescription). La technique de DM est utilisée dans les actes de :

- « Rééducation pour lymphœdèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphœdèmes congénitaux) par drainage manuel » : RAV 8 (un membre ou le cou et la face) ou RAV 9 (deux membres), durée de l'ordre de 30 minutes ;
- « 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 » (RAV 15.5, durée de l'ordre de 60 minutes).

En cas de bandage multicouche, le supplément RAV 1 (un membre) ou 2 (deux membres) peut être cumulé à taux plein avec la cotation, sauf pour la cotation RAV 15.5 qui tient compte du bandage.



FACTURATION DU BDK

Référentiel : [NGAP, chapitre I, section 2](#).

Modalités de facturation des BDK :

- La cotation du BDK est AMK 10.7 pour « pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 30e séance, puis de nouveau toutes les 20 séances réalisées pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III [du titre XIV], sauf exception ci-dessous ».

- La cotation du BDK est AMK 10.8 « pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 60e séance, puis de nouveau toutes les 50 séances réalisées pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires ».

La cotation du BDK, facturable dès la 1ère séance quel que soit le nombre de séances, est cumulable à taux plein avec celle de la rééducation et ne nécessite pas de prescription spécifique autre que celle de la rééducation.

DEUX FORAITS DE PRISE EN CHARGE RAPIDE DE LA RÉÉDUCATION EN SORTIE D'HOSPITALISATION

Référentiels : [Avenants 5 et 6 à la convention nationale des MK](#).

Forfait pour la prise en charge rapide liée à un AVC (code prestation FRD)

Un forfait de 100 € est versé au MK qui prend en charge les patients sortant d'une hospitalisation pour AVC (MCO ou SSR, Prado AVC ou non) et nécessitant une rééducation kinésithérapique. Ce forfait complémentaire aux actes de rééducation habituels, est facturable une fois pour chaque patient, 30 jours après la première prise en charge par le MK.

Le forfait comprend :

- la prise en charge rapide dans un délai de 4 jours ouvrés, 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.

Forfait accompagnement du retour à domicile post chirurgie orthopédique - Prado (code prestation FAD)

Un forfait de 20 € est versé au MK qui prend en charge les patients dans le cadre des programmes d'accompagnement du retour à domicile après chirurgie orthopédique mis en œuvre par les régimes d'assurance maladie. Ce forfait complémentaire aux actes de rééducation habituels, est facturable une fois par patient.

Le forfait comprend :

- la prise en charge rapide dans un délai de 2 jours ouvrés après la sortie d'hospitalisation, 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.

Il comporte également une évaluation du domicile du patient dans l'objectif d'adapter la rééducation à ses besoins, ainsi qu'un contact préopératoire pour les interventions programmées qui le nécessitent.

RÉÉDUCATION EN BALNÉOTHERAPIE

Référentiel : [NGAP, titre XIV, chapitre 4.](#)

Les actes de rééducation du titre XIV réalisés en balnéothérapie donnent lieu à un supplément selon la taille du bain :

- en bassin (dimensions minimales : 2 m x 1,80 m x 0,60 m) : AMK 2.5 ;
- en piscine (dimensions minimales : 2 m x 3 m x 1,10 m) : AMK 3.5.

Le MK est libre d'utiliser la balnéothérapie pour la mise en œuvre des traitements prescrits.

EXÉCUTION D'ACTES AU SEIN DE 2 SÉANCES DISTINCTES LE MÊME JOUR

Les exécutions d'actes au sein de 2 séances distinctes sont possibles et facturables à taux plein sur une même journée si les 3 conditions suivantes sont réunies :

- 1) Les actes relèvent de 2 prescriptions médicales distinctes : une seule ordonnance suffit, mais elle doit faire apparaître les 2 rééducations (sur 2 lignes distinctes ou non).
- 2) Les rééducations sont décrites dans 2 articles différents de la [NGAP](#) et doivent porter sur 2 régions anatomiques distinctes.
- 3) La durée de chacune des 2 séances reste de l'ordre 30 min (préambule du TITRE XIV de la NGAP : cf. [annexe 1](#)) ou de la durée indiquée par la NGAP sur des actes spécifiques.

 *Exemple 1 : « Je prends en charge un patient pour une tendinopathie de la coiffe droite non opérée et une rééducation abdominale post césarienne. Puis-je associer les 2 rééducations ? ».*

Réponse : oui car ces 2 affections sont indépendantes et relèvent de 2 articles différents du titre XIV (articles 1 et 3), soit RSM 8.09 et RAB 8.01.

 *Exemple 2 : « Je prends en charge un patient en soins palliatif et l'ordonnance spécifie soins palliatifs et massages du rachis. Puis-je associer les 2 rééducations ? ».*

Réponse : non car la prise en charge du rachis relève déjà des soins palliatifs.

 *Exemple 3 : « Je prends en charge un patient pour une tendinopathie de la coiffe droite et une lombalgie commune : puis-je coter RSM 8.09 et RAM 8.09 ? »*

Réponse : non car ces actes relèvent du même article : l'article 1 : « Rééducations des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques ». Il est possible de coter TER 9,79, ou 9,81 si une des 2 pathologies a été opérée.

Remarques :

2 actes identiques réalisés le même jour sont facturables dans 3 situations : le désencombrement respiratoire urgent, la mucoviscidose et les brûlures.

LES HONORAIRES REMBOURSABLES [ARTICLE L162-1-7 DU CSS]

Le MK facture les soins remboursables selon la réglementation, la tarification en vigueur...

FEUILLE DE SOINS

Les honoraires remboursables ainsi que l'éventuel dépassement exceptionnel (DE) doivent figurer sur la feuille de soins ([convention nationale des MK et ses avenants](#)).

Pour permettre les droits attachés, le MK mentionne sur la feuille de soins si les actes :

- sont en rapport avec une ALD exonérante (ALD 30, hors liste ou polypathologie invalidante) (dans ce cas, le prescripteur de la rééducation utilise un ordonnancier bizon),
- sont en rapport avec un AT ou une MP (dans ce cas, le prescripteur de la rééducation mentionne l'AT ou la MP sur l'ordonnance et le patient présente la [feuille d'AT/MP](#) qui est à compléter),
- relèvent de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Tout dépassement d'honoraires est interdit à l'occasion d'actes remboursables. La [convention nationale des MK](#) prévoit une exception : le dépassement exceptionnel (DE) pour « *circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade, telles que soins donnés à heure fixe ou en dehors de l'horaire normal d'activité du masseur-kinésithérapeute, déplacement anormal imposé au masseur-kinésithérapeute à la suite du choix par le malade d'un masseur-kinésithérapeute éloigné de sa résidence, etc.* ». Le DE ne peut pas être utilisé pour d'autres motifs, notamment pour une expertise particulière du MK, la nature des soins, des techniques spécifiques...

Selon la [convention nationale des MK](#), le DE n'est pas remboursable mais doit figurer sur la feuille de soins. De plus, le DE doit être fixé avec « *tact et mesure* ».

Le dépassement d'honoraires est interdit lors de la facturation d'un acte remboursable (sauf le dépassement exceptionnel DE qui n'est pas remboursable)

TIERS PAYANT « RÉGIME OBLIGATOIRE OU ASSURANCE-MALADIE »

Pour plus d'information, se reporter à la rubrique [Pratique du tiers payant d'ameli.fr](#).

Les principales situations légales de tiers payant en masso-kinésithérapie :

• Soins en rapport avec un AT, une MP ; • Soins en rapport avec une ALD exonérante (ALD 30, hors liste, polypathologie invalidante) ⁽¹⁾	Tiers payant intégral obligatoire ⁽²⁾
• Bénéficiaires de l'AME et de la Complémentaire santé solidaire ; • Bénéficiaires de l'assurance maternité ⁽¹⁾	Tiers payant intégral obligatoire ⁽³⁾
Les autres situations de rééducation	Tiers payant possible sur la part obligatoire (hors part complémentaire) ⁽⁴⁾

(1) Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 83)

(2) Le tiers payant intégral obligatoire ne concerne que les rééducations en rapport avec un AT, une MP ou une ALD exonérante.

(3) Le tiers payant intégral obligatoire s'applique aux bénéficiaires concernés pour toute rééducation remboursable.

(4) Le MK est libre d'appliquer ou non le tiers payant sur la part remboursée par l'assurance maladie.

En cas de tiers payant par feuille de soins électronique, la caisse dispose d'un délai de paiement de 7 jours ouvrés au-delà desquels une pénalité forfaitaire de 1 € est versée. À compter du 10ème jour ouvré, cette pénalité est portée à 10% de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La caisse fournit au MK les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Le professionnel de santé doit demander au patient de justifier ses droits avec la présentation de sa carte Vitale à jour ou d'une attestation de droit à la Complémentaire santé solidaire.

Il est tenu de pratiquer les tarifs opposables en vigueur ainsi que le tiers payant avec dispense totale d'avance des frais. Il sera remboursé de ses honoraires directement par la caisse d'assurance maladie de l'assuré.

Pour plus d'informations :
<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/>

ASSURANCE MATERNITÉ

Les actes des MK réalisés au titre de l'assurance maternité sont pris en charge à 100 % avec tiers payant intégral obligatoire.

Sur la feuille de soins, le MK coche la case « *maternité* » et précise la date présumée de début de grossesse ou la date d'accouchement (si l'enfant est né).

Les situations de rééducation prises en charge au titre de l'assurance maternité

Tous les actes remboursables des MK en rapport ou non avec la grossesse réalisés du 1er jour du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après la date de l'accouchement ⁽¹⁾.

Rééducation abdominale du post-partum ⁽²⁾ réalisée à compter de l'examen postnatal ⁽³⁾.

Rééducation périnéo-sphinctérienne du post-partum (rééducation active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback) ⁽²⁾ réalisée à compter du 90ème jour après l'accouchement ⁽⁴⁾.

(1) Les dates d'exonération figurent sur la carte Vitale et sur l'attestation des droits de maternité.

(2) La prescription de la rééducation doit mentionner le lien avec l'accouchement.

(3) Le MK ne peut réaliser la rééducation abdominale du post-partum qu'après l'examen postnatal ([article R4321-5 du code de la santé publique](#)). L'examen postnatal doit être effectué par le médecin dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement ([article R2122-3 du code de la santé publique](#)).

(4) Le MK ne peut réaliser la rééducation périnéale du post-partum qu'au-delà du 90ème jour après l'accouchement ([article R4321-5 du code de la santé publique](#)).



ACCIDENT DE TRAVAIL / MALADIE PROFESSIONNELLE

Le prescripteur mentionne l'AT ou la MP sur l'ordonnance. Le MK consigne ses actes sur la [feuille d'AT/MP](#) que présente le patient.

Les actes des MK en rapport avec un AT ou une MP sont pris en charge à 100 % avec [tiers payant intégral obligatoire](#). Le MK indique la procédure du tiers payant et mentionne l'AT ou la MP sur la [feuille de soins](#).

Les actes des MK sont pris en charge au titre AT/MP :

- à compter de la date de l'AT ou de la MP ou d'une éventuelle rechute jusqu'à la date de la guérison (aucune séquelle) ou de la consolidation (il existe des séquelles) ;
- après la consolidation en cas de séquelles nécessitant une rééducation, le médecin adresse au service médical un [protocole pour soins après consolidation](#) mentionnant la rééducation.

Aucune prise en charge au titre AT/MP n'est possible après la guérison de l'AT ou de la MP.

2.2. Les actes non remboursables

Le MK peut réaliser des actes hors nomenclature sous réserve notamment qu'ils soient de sa compétence (fixée par l'[article L4321-1](#) et les [articles R4321-1 et suivants du code de la santé publique](#)) et « fondés sur les données actuelles de la science » ([article R4321-80 du code de la santé publique](#)).

Les actes hors nomenclature ne sont pas remboursables par l'Assurance Maladie.

Les honoraires non remboursables doivent être fixés avec « *tact et mesure* » ([article R4321-98 du code de la santé publique](#)).

Les honoraires non remboursables ne doivent pas figurer sur la feuille de soins ([convention nationale des MK](#)).

La pratique des actes hors nomenclature, nécessite une organisation :

- au niveau du cabinet ;
- sur la publicité ;
- sur l'information du patient (chapitre 2.3).

Pour de plus amples informations sur ces sujets, nous vous recommandons de contacter le conseil de l'ordre des MK.

INDEMNITÉ EN CAS DE RENDEZ-VOUS NON HONORÉ PAR LE PATIENT

Selon la [circulaire N°01620151230 du CNOMK](#), les MK ne peuvent pas « réclamer à leurs patients une indemnité en cas de rendez-vous non honoré ». « En cas d'absences réitérées de la part d'un patient, le masseur-kinésithérapeute pourra toujours invoquer la clause de conscience (prévues par l'article R. 4321-92 précité du code de la santé publique), garante de la liberté contractuelle du masseur-kinésithérapeute ».

2.3. Obligations d'information

Le MK est soumis à des obligations d'information des patients en matière d'honoraires.

- Le code de déontologie des MK dispose « *Le MK répond à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues.* » ([article R4321-98 du code de la santé publique](#)).
- L'arrêté du 30 mai 2018 fixe des obligations d'information des patients sur les honoraires. Ainsi, différentes mentions obligatoires doivent être affichées dans le lieu d'exercice ([se reporter au modèle d'affiche des MK conventionnés proposé par le CNOMK ou les syndicats de la profession](#)).

En cas de prestations de soins non remboursables, le MK informe préalablement le patient.

En outre, une information écrite préalable est délivrée « *dès lors que les dépassements d'honoraires des actes et prestations facturés atteignent 70 euros* » ([article 7 de l'arrêté du 30 mai 2018](#)).

Après paiement et toujours dans le cadre de prestations non remboursables, une facture est obligatoire à partir de 25 euros (code du commerce ; [art L123-22, L441-9](#), et [arrêté n°83/50/A du 3/10/1983, modifié par arrêté du 15 juillet 2010, BOCC n° 8 du 9 septembre 2010, Art. 1](#)).

3. QUELLES LETTRE-CLÉ UTILISER ?

La [NGAP](#) fixe les conditions d'utilisation de la lettre-clé selon le type d'acte effectué par le MK. Le montant des lettres-clés, hors télésoins (TMK) et téléexpertises (RQD) est unique à 2,21 euros en métropole et 2,43 euros dans les départements ou régions d'outre-mer.

Lettre-clé	Signification
APM	Rééducation des amputations
ARL	Rééducation dans le cadre des affections respiratoires, maxillo-faciales et ORL
DRA	Rééducation pour déviation du rachis
NMI	Rééducation des affections neuromusculaires ou rhumatismales inflammatoires
PLL	Soins palliatifs
RAB	Rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne
RAM	Rééducation du rachis non opéré
RAO	Rééducation du rachis opéré
RAV	Rééducation des affections vasculaires
RIC	Rééducation du membre inférieur opéré soumise à référentiel *
RIM	Rééducation du membre inférieur non opéré soumise à référentiel*
RPB	Rééducation des patients atteints de brûlures
RPE	Rééducation de la déambulation du sujet âgé
RSC	Rééducation du membre supérieur opéré soumise à référentiel*
RSM	Rééducation du membre supérieur non opéré soumise à référentiel*
TER	Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques d'au moins 2 territoires lésés (hors 2 territoires ou plus du même membre, ou 2 territoires ou plus du rachis) Polyhandicap de l'enfant
VIC	Rééducation du membre inférieur opéré non soumis à référentiel*
VIM	Rééducation du membre inférieur non opéré non soumis à référentiel*
VSC	Rééducation du membre supérieur opéré non soumis à référentiel*
VSM	Rééducation du membre supérieur non opéré non soumis à référentiel*

*Les pathologies soumises à référentiel sont les pathologies pour lesquelles une demande d'accord préalable (DAP) est requise au-delà d'un certain nombre de séances) : cf. chapitre 8.

4. LES TÉLÉSOINS

[AVENANT N°7 : ARTICLE 2.3.1]

Les modalités d'exécution doivent être conformes [aux recommandations de la HAS](#).

Le patient doit être connu du MK (au moins un BDK ou un acte dans l'année précédente réalisé par le MK ou par un MK avec qui il exerce en groupe), sauf prise en charge urgente en sortie d'hospitalisation. Le MK doit être du même territoire que le patient.

Le 1er soin doit être réalisé en présentiel, de même que les BDK initiaux (sauf si plan de soins transmis par un établissement), intermédiaires, et de fin de traitement. Une série d'acte peut comprendre des actes en télésoin et d'autres en présentiel.

Les patients mineurs doivent être accompagnés d'un parent ou d'un majeur, et les patients en perte d'autonomie doivent être accompagnés par un aidant.

Les référentiels s'appliquent aussi aux actes réalisés en télésoin. 20 % maximum de l'activité conventionnée globale peut être réalisée en télésoin.

Aucune situation de soin ne peut être exclue a priori du télésoin, à l'exception des actes nécessitant :

« – un contact direct en présentiel avec le patient (est notamment exclu l'acte de rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent, dont poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique) ;
– un équipement spécifique non disponible auprès du patient (notamment les installations de balnéothérapie) ».

La lettre-clé utilisée est TMK affectée des coefficients définis par la [NGAP](#). Elle est de 2.15 euros en métropole et 2.36 euros dans les départements ou région d'outre-mer DOM et Mayotte.

Les règles de réalisation et de facturation sont décrites dans l'avenant n°7 (article 2.3.1) : <https://www.ameli.fr/isere/masseur-kinesitherapeute/textes-reference/convention/avenants>

Un compte rendu est intégré par le MK dans le service « [Mon espace santé](#) » du patient s'il est ouvert.

5. LA TÉLÉ-EXPERTISE

[AVENANT N° 7, ARTICLE 2.3.2]

« Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le masseur-kinésithérapeute requérant. L'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du professionnel médical requis » ; la prescription médicale n'est pas nécessaire.

« Les échanges dans le cadre de la téléexpertise entre le masseur-kinésithérapeute requérant et le professionnel médical requis doivent s'appuyer sur le recours à une messagerie sécurisée de santé. »

« Les téléexpertises, effectuées entre le masseur-kinésithérapeute requérant et le professionnel médical requis sont asynchrones (donc réalisées sur des temps différents) et peuvent être ponctuelles ou répétées. Elles s'effectuent en dehors de la présence du patient ».

L'acte du MK est codé avec la lettre-clé RQD d'une valeur de 10 euros, dans la limite de 2 actes/an /patient/MK.

« Le MK impliqué dans le déploiement de l'activité de télésanté pourra dans le cadre du FAMI (forfait d'aide à la modernisation informatique) bénéficier d'une aide forfaitaire à l'équipement selon les modalités suivantes :

350 euros pour l'équipement de vidéotransmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposées en matière de recours aux actes de télésanté ;
175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés ».

La liste de ces équipements est établie sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année ([circulaire 13/2024 mise à jour le 17/12/2025](#)).

6. LES FRAIS DE DÉPLACEMENT

Les articles 13 et 13.1 des dispositions générales de la [NGAP](#) ainsi que la [convention nationale des MK](#) et ses avenants fixent les conditions de remboursement des frais de déplacement.

6.1. Principes généraux

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...).

Par ailleurs, lorsque, au cours d'un même déplacement, le masseur-kinésithérapeute intervient dans un établissement régi par le Code de l'Action Sociale et des Familles, assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés que pour un seul patient.

L'article 5G de l'avenant n°7 entérine que la mention « à domicile » n'est pas nécessaire pour que les frais de déplacements soient remboursables (sous réserve que le déplacement soit justifié).

6.2. Modalités de facturation

Les frais de déplacement comprennent l'indemnité forfaitaire de déplacement (IF) associée le cas échéant à une indemnité kilométrique (IK) selon les modalités au tableau 1.

L'indemnité forfaitaire dépend de la rééducation effectuée selon les modalités au tableau 2 ([avenants 7 et 8 à la convention nationale des MK](#)).

Les indemnités forfaitaires ne sont pas cumulables entre elles.

L'indemnité kilométrique ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au MK dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade sauf lorsque les déplacements sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile (Prado).

TABLEAU 1 - Principes de facturation des frais de déplacement (dispositions générales de la NGAP article 13)

La résidence du patient et le domicile professionnel...	Le MK facture...
sont dans la même agglomération quelle que soit la distance.	indemnité forfaitaire seule (pas d'indemnité kilométrique).
ne sont pas dans la même agglomération et sont distants de moins de 2 km en plaine ou de moins de 1 km en montagne ⁽¹⁾ .	
ne sont pas dans la même agglomération et sont distants de plus de 2 km en plaine ou plus de 1 km en montagne ⁽¹⁾ .	indemnité forfaitaire + indemnité kilométrique (IK) = 1 IK/km après déduction de 4 km aller-retour en plaine et 2 km aller-retour en montagne (1).

(1) Le MK peut facturer des IK « Montagne » Si l'un ou l'autre des domiciles du patient ou cabinet du MK se situe en zone montagne « (Avenant n°7, article 5, paragraphe G). La zone IK figure dans le pavé d'identification sur les feuilles de soins (avant dernier nombre) : le chiffre 1 correspond à la zone "plaine" et le chiffre 2 à la zone "montagne".

Les IFS concernent certains actes décrits dans le [tableau 2](#) et les « actes 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. Cette limitation temporelle ne s'applique pas aux déplacements liés aux actes réalisés dans le cadre des Prado mis en œuvre par les régimes d'assurance maladie ».

TABLEAU 2 - Choix de l'indemnité forfaitaire

Lettre-clé	IFD	IFS
La présence d'un « X » indique qu'en cas d'utilisation de la lettre-clé à gauche, on doit utiliser le code indemnité en haut de tableau (ex : pour les actes en APM, on doit utiliser l'indemnité IFD)		
APM	X	
ARL	ARL 8.49 ou ARL 8.51	ARL 8.5 ou ARL 10
DRA	X	
NMI		X
PLL	X	
RAB	X	
RAM	X	
RAO	X	
RAV	X	
RIC	X	
RIM	X	
RPB	X	
RPE		X
RSC	X	
RSM	X	
TER		X
VIC	X	
VIM	X	
VSC	X	
VSM	X	

TARIFS DES INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT



 Je me déplace pour deux patients dans un Ehpad 6 km aller-retour à l'intérieur d'une agglomération, quelle facturation ?

- Patient n°1 : rééducation d'une hémiplégie → 1 NMI 9 + 1 IFS (pas d'IK).
- Patient n°2 : rééducation d'une lombalgie commune → 1 RAM 8.09 (pas d'IFD ni IK).

 Je me déplace au domicile d'un patient 6 km aller-retour hors agglomération en plaine pour rééducation d'une mucoviscidose, quelle facturation ?

ARL 10 + 1 IFS + (6-4) IK

 Je me déplace pour convenance personnelle du patient à son domicile 6 km aller-retour pour rééducation de l'épaule, quelle facturation ?

1 VSM 8.08. Pas d'IF ni IK. DE possible.

7. LES MAJORATIONS NUIT ET DIMANCHE –JOUR FÉRIÉ

L'article 14 des dispositions générales et le préambule du titre XIV de la [NGAP](#) fixent les conditions de remboursement des majorations nuit et dimanche - jour férié.

7.1. Principes généraux

Les majorations nuit et dimanche - jour férié :

- ne sont prises en charge par l'assurance maladie qu'à l'occasion d'actes remboursables réalisés pour raison médicale dans les conditions horaires ci-dessous ;
- sont cumulables avec les honoraires des actes de rééducation et les éventuels frais de déplacement (indemnités forfaitaires et kilométriques) ;
- ne sont pas cumulables entre elles.

TARIFS DES MAJORATIONS

Majoration de nuit	9,15 €
Majoration de dimanche et jour férié	7,62 €

7.2. Conditions horaires

Majoration nuit	• Actes réalisés entre 20 h et 8 h • En cas d'urgence, l'appel doit intervenir après 19 h et avant 7 h
Majoration dimanche et jour férié	• Actes réalisés le dimanche et les jours fériés entre 8 h et 20 h • Actes réalisés le samedi entre 12 h et 20 h (seulement pour les urgences)

 Je reçois un appel à 19 h 15 pour rééducation respiratoire urgente prescrite par le médecin, séance effectuée à 20 h 15.

Majoration nuit remboursable.

 Je reçois un appel à 17 h 15 pour rééducation respiratoire urgente prescrite par le médecin, séance effectuée à 20 h 15.

Majoration nuit non remboursable.

 J'effectue une rééducation au long cours d'une BPCO sévère avec prescription de séances strictement quotidiennes.

La majoration dimanche est remboursable pour les séances réalisées le dimanche et les jours fériés mais n'est pas remboursable le samedi après-midi (sauf urgence).

 J'effectue une rééducation de l'épaule à 20 h 00, horaire justifié par les horaires de travail du patient.

Majoration nuit non remboursable mais le dépassement exceptionnel (DE) est possible (exigence particulière du malade).

8. LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

La [NGAP](#) prévoit quatorze « *rééducations soumises à référentiel* » pour lesquelles il existe un nombre de séances au-delà duquel l'accord préalable est nécessaire pour permettre le remboursement.

C'est la [Haute autorité de santé](#) qui a validé ces seuils au-delà desquels une rééducation est exceptionnellement nécessaire.

Seules les séances à effectuer au-delà du seuil sont soumises à accord préalable.

L'obligation d'accord préalable dans les quatorze « *rééducations soumises à référentiel* » concerne tous les risques (maladie, AT/MP, maternité).

Il est inutile de faire une demande d'accord préalable pour des séances qui ont déjà fait l'objet d'un accord, y compris si la demande a été faite par un autre MK.



8.1. Les 14 situations de rééducation du titre XIV soumises à accord préalable

Les situations de rééducation soumises à référentiel (NGAP – titre XIV – chapitre V)

	Rééducation	Cotation	Traitement habituel	Nécessité d'un accord préalable
Rachis	Prise en charge d'une lombalgie commune ⁽¹⁾	RAM 8.09	1 à 15 séances pour une série d'actes ⁽²⁾	à partir de la 16 ^{ème} séance à partir de la 31 ^{ème} séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents ⁽³⁾
	Cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ⁽⁴⁾	RAM 8.07	1 à 15 séances pour une série d'actes ⁽²⁾	à partir de la 16 ^{ème} séance à partir de la 31 ^{ème} séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ont été prises en charge dans les 12 mois précédents ⁽³⁾
	Traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	RAM 8.08	1 à 10 séances	à partir de la 11 ^{ème} séance
	Tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	RSM 8.09	1 à 25 séances	à partir de la 26 ^{ème} séance
Membre supérieur	Réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	RSC 8.11	1 à 50 séances	à partir de la 51 ^{ème} séance post-opératoire
	Fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	RSM 8.10	1 à 30 séances	à partir de la 31 ^{ème} séance
	Fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	RSM ou RSC 8.12	1 à 30 séances pour une série d'actes ⁽²⁾	à partir de la 31 ^{ème} séance
	Fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	RSM 8.11 (non opérée) RSM 8.10 (opérée)	1 à 25 séances	à partir de la 26 ^{ème} séance
	Libération du nerf médian au canal carpien	RSC 8.09	aucune rééducation	à partir de la 1 ^{ère} séance post-opératoire

Membre inférieur	Arthroplastie de hanche par prothèse totale	RIC 8.10	1 à 15 séances	à partir de la 16 ^{ème} séance post-opératoire
	Arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartmentaire	RIC 8.12	1 à 25 séances	à partir de la 26 ^{ème} séance post-opératoire
	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	RIC 8.08	1 à 40 séances	à partir de la 41 ^{ème} séance post-opératoire
	Ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	RIC 8.09	1 à 15 séances	à partir de la 16 ^{ème} séance post-opératoire
	Entorse externe récente de cheville-pied ⁽⁵⁾	RIM8.10	1 à 10 séances	à partir de la 11 ^{ème} séance

⁽¹⁾ La lombalgie commune correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse. Sont concernées aussi bien les formes aiguës que récidivantes ou chroniques. Sont exclues les lombalgies avec radiculalgie et les douleurs lombaires causées par une pathologie sous-jacente sévère (infection, tumeur, ostéoporose, fracture, déformation structurelle, maladie inflammatoire, syndrome de queue de cheval ou maladie neurologique grave...) ([HAS mars 2019 Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune](#), [HAS mai 2005 Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune](#), [HAS mars 2011 Réponse à la saisine de la Cnamts Référentiel concernant la rééducation en cas de lombalgie commune](#)).

⁽²⁾ On appelle « *série d'actes* » une succession de séances avec continuité dans le temps, le nombre de prescriptions n'a pas d'incidence.

⁽³⁾ Ce sont les dates de réalisation des séances qu'il faut considérer pour évaluer le franchissement des 30 séances en 12 mois.

⁽⁴⁾ Cervicalgies sans atteinte neurologique et sans rapport avec une affection précise impliquant une cause et une évolutivité particulière justiciable d'un traitement spécifique. Sont ainsi exclues les cervicalgies avec trouble neurologique (névralgie cervico-brachiale...) et les cervicalgies secondaires à un traumatisme (coup du lapin, fracture...), une pathologie spécifique (tumeur, infection, inflammation...) ou compliquée (myélopathie cervicarthrosique...) ([HAS mai 2003 Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup du lapin » ou whiplash](#), [HAS mars 2013 Décision portant sur le nombre de séances de masso-kinésithérapie pour rééducation en cas de cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique, au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire](#)).

⁽⁵⁾ Entorse externe récente = moins de 3 mois.

8.2. Comment évaluer le franchissement du nombre seuil de séances ?

Pour évaluer le franchissement du nombre seuil de séances au-delà duquel la demande d'accord préalable est nécessaire, le MK inclut les séances effectuées et à effectuer dans l'indication concernée dont il peut avoir connaissance.

8.3. Le contenu de la demande d'accord préalable

Dans les situations de rééducation soumises à référentiel du titre XIV, la demande d'accord préalable comporte le formulaire de demande d'accord préalable auquel est jointe la prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le MK (préambule du titre XIV).

Ces documents sont envoyés au service médical par le MK.

LE CONTENU DE LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

Nature du document	Support	Contenu
Demande d'accord préalable (le rédacteur est le MK)	Formulaire cerfatisé (peut être téléchargé sur ameli.fr ou commandé auprès de la caisse)	• Dans la rubrique « <i>actes devant être dispensés</i> », préciser : - le nombre de séances soumises à accord préalable, - le libellé de l'acte, la cotation (lettre-clé et coefficient) ; - cocher « <i>actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale</i> » ; • Dans la rubrique « <i>conditions de prise en charge</i> », préciser le cas échéant le caractère urgent, la réalisation des actes à domicile, une maternité, le lien avec une ALD ou un AT ou une MP... • Sur le volet B dans la rubrique « <i>IMPORTANT – le praticien dispensant l'acte doit indiquer les éléments médicaux justifiant l'acte ou la série d'actes</i> », préciser : nature et motifs de la rééducation...
Argumentaire médical (le rédacteur est le MK)	Fiche de synthèse du BDK ou tout autre support	Principaux points à mentionner : • la date de l'intervention ou du traumatisme, • le nombre de séances déjà effectuées en ambulatoire, • les déficits structurels et fonctionnels traduisant la non atteinte des objectifs initiaux, • les raisons de non atteinte des objectifs, • le bénéfice attendu à poursuivre la rééducation, • le nombre de séances demandées...
Prescription médicale de la rééducation (le rédacteur est le médecin)	Ordonnance simple (ou bizona pour les rééducations en lien avec une ALD exonérante)	cf. rubrique « <i>prescription de la rééducation</i> » du chapitre 1

ATTENTION

L'argumentaire médical rédigé par le MK doit être suffisamment détaillé pour permettre au médecin conseil de prendre une décision éclairée. Il peut s'agir d'un document indépendant qui peut être la fiche de synthèse du BDK ou tout autre support.

8.4. À quel moment faire la demande d'accord préalable ?

Le MK doit faire la demande d'accord préalable avant l'exécution des actes soumis à accord préalable. Le silence de la caisse dans les 15 jours suivant la date de réception de la demande d'accord préalable par le service médical vaut accord. Les séances sous le seuil peuvent être exécutées sans attendre.

« Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée [envoi au contrôle médical d'une demande d'accord préalable remplie et signée] en portant la mention : « acte d'urgence » » ([article 7C des dispositions générales de la NGAP](#)).

8.5. La formulation de l'avis de la caisse

- En cas d'accord : aucun courrier n'est adressé par la caisse. Le silence de la caisse dans les 15 jours suivant la date de réception de la demande d'accord préalable par le service médical vaut accord.
- En cas de refus : l'avis est notifié au patient, le MK et le médecin sont informés. Les voies de recours sont indiquées sur la notification, le recours est gratuit.

Si le refus intervient dans le délai de 15 jours, l'ensemble des séances soumises à accord préalable ne sont pas remboursables.

Si le refus intervient après le délai de 15 jours, seules les séances réalisées postérieurement au refus ne sont pas remboursables ([article 7C des dispositions générales de la NGAP](#)).

👁️ Un nouveau patient se présente avec une prescription pour rééducation après libération du nerf médian au canal carpien, mon BDK confirme l'indication, dois-je faire une demande d'accord préalable ?

Oui, la demande d'accord préalable est nécessaire après libération du nerf médian au canal carpien. Il faut motiver votre demande par l'argumentaire médical.

👁️ Je vais terminer une série de 15 séances de rééducation pour « *lombalgie commune* », le patient présente une prescription de prolongation de 5 séances qui m'apparaissent nécessaires, dois-je faire une demande d'accord préalable ?

Oui car il s'agit d'une série de plus de 15 actes (continuité dans le temps).

👁️ Un patient présente une prescription de 10 séances de rééducation pour « *lombalgie commune* ». Il y a 6 mois, j'ai réalisé une première série de 10 séances pour cette lombalgie. Dois-je faire une demande d'accord préalable ?

Non, car il s'agit de deux séries d'actes (pas de continuité dans le temps). Par contre, la demande d'accord préalable serait nécessaire pour les séances à partir de la 31ème si le nombre total de séances dépassait 30 dans les 12 mois précédents.



9. LA PRESCRIPTION DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Les MK peuvent prescrire certains dispositifs médicaux et des substituts nicotiniques.

Les dispositions ci-dessous s'appliquent à tous les MK quel que soit le mode d'exercice.

9.1. Prescription des dispositifs médicaux



CHAMP DE PRESCRIPTION

Selon l'[article L4321-1 du code de la santé publique](#), les MK sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par l'[arrêté du 9/1/2006](#) modifié par l'[arrêté du 29/6/2006](#).

LISTE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX QUE LES MK SONT AUTORISÉS À PRESCRIRE

1. Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève-malades ;
2. Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier ;
3. Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc ;
4. Barrières de lits et cerceaux ;
5. Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur ;
6. Fauteuils roulants à propulsion manuelle, à la location pour des durées inférieures à 3 mois ;
7. Attelles souples de correction orthopédique de série ;
8. Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série ;
9. Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série ;
10. Sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire ;
11. Collecteurs d'urines, étuis péniens, pessaires, urinal ;
12. Attelles souples de posture et ou de repos de série ;
13. Embouts de cannes ;
14. Talonnettes avec évidement et amortissantes ;
15. Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe ;
16. Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie.

Selon l'[arrêté du 9/01/2006](#) :

- les MK ne peuvent pas prescrire :
 - les produits et matériels utilisés pendant la séance ;
 - s'il existe une indication contraire du médecin ;
- les MK ne peuvent prescrire des dispositifs médicaux :
 - qu'à leurs patients ;
 - que dans le cadre de l'exercice de leur compétence.



REMBOURSEMENT

Parmi les dispositifs médicaux que le MK peut prescrire, seuls sont remboursables ceux qui sont inscrits à la [LPP](#) et prescrits dans les conditions de la [LPP](#).

LES SONDES ET ÉLECTRODES CUTANÉES PÉRINÉALES POUR ÉLECTROSTIMULATION

PRESCRIPTION

Selon l'[arrêté du 9/01/2006](#), le MK peut prescrire les sondes et électrodes cutanées périnéales pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire utilisées dans le cadre de l'autotraitement, à l'exclusion du matériel utilisé pendant les séances. Le MK ne peut pas prescrire l'électrostimulateur neuromusculaire (achat et location).

REMBOURSEMENT

Selon la [LPP](#), les sondes et électrodes ne sont remboursables (forfait annuel) que si un centre reconnu compétent a fait un bilan urodynamique et a reconnu efficace le traitement après une période probatoire de 6 à 8 semaines. La prise en charge de l'autotraitement à domicile n'est pas cumulable sur une même période avec la prise en charge du même traitement en centre, ni avec celle de toute autre technique de rééducation périnéale. En dehors de ces conditions, le MK doit apposer la mention NR sur l'ordonnance (non remboursable).

9.2. Prescription des substituts nicotiniques

Selon l'[article L4321-1 du code de la santé publique](#), les MK peuvent prescrire des substituts nicotiniques.

Depuis 2018, des substituts nicotiniques sont remboursables (se reporter à la rubrique dédiée de [ameli.fr](#)).

9.3. Support et contenu des ordonnances de dispositifs médicaux et substituts nicotiniques des MK



QUEL SUPPORT ?

Le MK prescrit sur ordonnance simple, manuscrite ou informatisée. L'ordonnance est consacrée uniquement aux dispositifs médicaux ou aux substituts nicotiniques.



QUEL CONTENU ?

L'ordonnance du MK comporte de manière lisible les mentions suivantes :

- l'identification du MK : nom, prénom, qualité, numéro RPPS*... ;
- l'identification de la structure d'activité :
 - activité libérale : adresse et numéro d'assurance maladie (N°AM)** du cabinet libéral, dit numéro ADELI (exemple 7370... pour un MK du département de la Savoie),
 - activité au titre d'un établissement de santé : dénomination, adresse et numéro Finess*** de l'établissement,
- les nom et prénom du bénéficiaire ;
- la date de rédaction de l'ordonnance ;
- la signature obligatoirement manuscrite ;
- si la prescription est en rapport avec un AT ou une MP ou une ALD exonérante (ALD 30, hors liste ou polyopathie invalidante) : mention de l'AT ou de la MP ou de l'ALD exonérante ;
- pour les substituts nicotiniques : formulation qualitative (désignation et dosage du substitut nicotinique) et quantitative (posologie, durée de traitement ou nombre d'unités de conditionnement) ;
- pour les dispositifs médicaux :
 - désignation du dispositif médical, quantité ou nombre de conditionnements,
 - si les dispositifs médicaux sont inscrits à la [LPP](#) mais sont prescrits en dehors des conditions de la [LPP](#) : mention « NR » (non remboursable) ([article L162-4](#) et [article L162-8](#) du Code de la Sécurité sociale).

*identifiant personnel du MK attribué à vie par l'Ordre

**numéro attribué par la caisse pour le cabinet libéral

***numéro d'identification de l'établissement

10. PROCHAINES ÉTAPES PRÉVUES AU CALENDRIER DES AVENANTS 7 ET 8 (AVENANT N°7)

1ER SEPTEMBRE 2026 :

- prise en charge des patients atteints de maladies neuromusculaires : les actes inscrits à l'article 4 du chapitre II du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels dont le coefficient actuel est de 10 ou 11 sont revalorisés d'un point de coefficient ;
- création d'un acte de repérage de la fragilité des personnes âgées de 70 ans ou plus coté AMK 10, sous réserve de la publication de l'avis HAS.

1ER JUILLET 2027 :

- seconde étape de revalorisation de 0,3 point des actes cotés AMS 7,5 avant le 22/2/2024.

ANNEXE

TITRE XIV. ACTES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPATION FONCTIONNELLES

- 1 -

Modifié par décisions UNCAM du 13/12/07, du 16/03/10 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins, du 20/12/11 pour les sages-femmes, du 09/02/12 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins (et les sages-femmes), du 31/03/15 et du 14/12/23, et du 21/01/26 pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Les actes de rééducation personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, présent au titre XIV, peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie lorsqu'ils font l'objet d'une prescription écrite du médecin (sauf dispositions législatives ou dispositions réglementaires dérogatoires) mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute (dérogation à l'article 5 des Dispositions générales). Le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

La Haute Autorité de Santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'assurance maladie correspondant à des situations médicales :

a) pour les rééducations après libération du nerf médian au canal carpien, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes avant de débiter la rééducation. A celle-ci est jointe la prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes et motivant le caractère exceptionnel de ce traitement.

b) pour les autres situations médicales soumises à référentiel, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes lorsqu'à titre exceptionnel une prolongation du traitement est nécessaire au-delà du nombre d'actes défini. A celle-ci est jointe une prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes. Cet argumentaire apporte des précisions sur la non atteinte des objectifs de la rééducation, et sur la nécessité de poursuivre le traitement. Dans les cas où la prescription initiale comporterait un nombre de séances supérieur au seuil prévu par le référentiel, la demande d'accord préalable est faite dans les mêmes conditions.

Pour les actes du présent titre, les dispositions de l'article 14-B des Dispositions générales applicables en cas d'urgence justifiée par l'état du malade sont étendues aux actes répétés, en cas de nécessité impérieuse d'un traitement quotidien.

Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute, ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, se consacre exclusivement à son patient.

Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute, ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manœuvres de massage, des actes de gymnastique médicale ou des techniques de physiothérapie. Sauf exceptions prévues dans le texte, ces cotations ne sont pas cumulables entre elles.

À chaque séance s'applique donc une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause.

Il découle de ces dispositions liminaires spécifiques que, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance.

Il est possible d'effectuer deux séances le même jour à la condition d'avoir deux prescriptions distinctes, pour des affections en rapport avec des articles de la NGAP différents, portant sur deux régions anatomiques distinctes et réalisés lors de deux séances distinctes facturées à taux plein par dérogation à l'article 11B de dispositions générales.

Chapitre I – Actes de diagnostic

SECTION 1 – ACTES ISOLÉS

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

Ces actes, effectués par le médecin ou par le masseur-kinésithérapeute sur prescription médicale, ne donnent lieu à facturation qu'en l'absence de traitement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelles en cours ou de prescription concomitante d'un tel traitement.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
Bilan ostéoarticulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :		
- pour un membre	5	AMK
- pour deux membres ou un membre et le tronc	8.5	AMK
- pour tout le corps	10	AMK
Ce bilan doit préciser l'état orthopédique du malade ou du blessé et notamment : - l'essentiel des déformations constatées ; - le degré de liberté de ses articulations avec mesures ; - éventuellement, la dimension des segments des membres, etc. Il peut être appuyé par des examens complémentaires et, éventuellement, par une iconographie photographique.		
Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques :		
- pour un membre	5	AMK
- pour deux membres	10	AMK
- pour tout le corps	20	AMK

SECTION 2 – BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE EFFECTUÉ PAR LE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Les modalités décrites ci-dessous s'appliquent aux actes des chapitres II et III.

1. Contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique

a) Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur. Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :

- l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...) ;
- l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...).

Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés.

b) Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par :

- la description du protocole thérapeutique mis en oeuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et/ou en groupe) ;
- la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement ;
- les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial ;
- les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient ;
- les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...).

2. Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial : évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances, est adressée dès le début du traitement au médecin prescripteur. Toutefois, lorsque le nombre de séances préconisé par le masseur-kinésithérapeute est inférieur à 10, l'information du médecin prescripteur peut

se limiter à une copie de la demande d'accord préalable.

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances. Le cas échéant, cette fiche comporte les motifs et les modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. Une nouvelle demande d'accord préalable est adressée au service médical, accompagnée d'une nouvelle prescription et d'une copie de la fiche.

À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement. La fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande.

3. Modalités de rémunération du bilan-diagnostic kinésithérapique
(Modifié par décision UNCAM du 16/04/18 et du 14/12/23 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
La cotation du bilan est forfaitaire.		
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 30e séance, puis de nouveau toutes les 20 séances réalisées pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous.	10.7	AMK
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 60e séance, puis de nouveau toutes les 50 séances réalisées pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires.	10.8	AMK

Chapitre II - Traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles

Article 1 - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques
(Modifié par les décisions UNCAM du 03/04/07 du 14/12/23 et du 28/06/24 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Les cotations afférentes aux actes de cet article comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures.



A-Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du rachis (hors déviations latérales ou sagittales du rachis de l'article 1 E.)

La cotation est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune	8.09	RAM
Acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 15 séances pour une série d'actes - nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance ou à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents		
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis lombo-sacré hors référentiel :		
- sans chirurgie	8.11	RAM
- avec chirurgie	8.09	RAO
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis dorsal :		
- sans chirurgie	8.10	RAM
- avec chirurgie	8.08	RAO
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique Acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 15 séances pour une série d'actes ; - nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance ou à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ont été prises en charge dans les 12 mois précédents.	8.07	RAM
Rééducation dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique Acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 10 séances ; - nécessité d'un accord préalable à partir de la 11ème séance.	8.08	RAM
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis cervical (hors référentiel) :		
- sans chirurgie	8.12	RAM
- avec chirurgie	8.10	RAO
Rééducation des conséquences d'une affection d'au moins deux segments du rachis :		
- sans chirurgie	8.13	RAM
- avec chirurgie sur au moins un segment	8.11	RAO

B - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du membre supérieur et de sa racine (hors amputations - l'article 1 F)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien acte soumis à référentiel : un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire avant de commencer le traitement (situation médicale ne nécessitant qu'à titre exceptionnel d'engager une rééducation)	8.09	RSC
Rééducation des conséquences d'une affection du poignet ou main (hors référentiel) :		
- non opérée	8.10	VSM
- opérée	8.11	VSC
Rééducation des conséquences d'une fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 25 séances ; - nécessité d'un accord préalable à partir de la 26ème séance :		
- non opérée	8.11	RSM
- opérée	8.10	RSC
Rééducation des conséquences d'une fracture avec ou sans luxation du coude chez l'adulte acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 30 séances pour une série d'actes ; - nécessité d'un accord préalable à partir de la 31ème séance.		
- non opérée	8.12	RSM
- opérée	8.12	RSC
Rééducation des conséquences d'une affection du coude ou de l'avant-bras (hors référentiel) :		
- non opérée	8.09	VSM
- opérée	8.09	VSC
Rééducation dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 25 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 26ème séance	8.09	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 avec : - en traitement habituel de 1 à 50 séances ; - nécessité d'un accord préalable à partir de la 51ème séance 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).	8.11	RSC
Rééducation des conséquences d'une fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 30 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 31ème séance	8.10	RSM
Rééducation des conséquences d'une affection de l'épaule ou du bras (hors référentiel) :		
- non opérée	8.08	VSM
- opérée	8.10	VSC
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre supérieur :		
- sans chirurgie	8.11	VSM
- avec chirurgie sur au moins un segment	8.12	VSC

C - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du membre inférieur et de sa racine (hors amputations de l'article 1 F)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
Rééducation des conséquences d'une entorse externe récente de cheville-pied		
- opérée	8.11	RIC
non opérée acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 10 séances ; - nécessité d'un accord préalable à partir de la 11ème séance.	8.10	RIM
Rééducation des conséquences d'une affection de la cheville ou pied (hors référentiel)		
- non opérée	8.10	VIM
- opérée	8.11	VIC
Rééducation après arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartimentaire acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 25 séances ; - nécessité d'un accord préalable à partir de la 26ème séance.	8.12	RIC
Rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 40 séances ; - nécessité d'un accord préalable à partir de la 41ème séance.	8.08	RIC
Rééducation après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 15 séances ; - nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance.	8.09	RIC
Rééducation des conséquences d'une affection du genou ou de la jambe (hors référentiel) :		
- non opérée	8.11	VIM
- opérée	8.10	VIC
Rééducation après arthroplastie de hanche par prothèse totale acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 15 séances ; - nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance.	8.10	RIC
Rééducation des conséquences d'une affection de la hanche ou de la cuisse (hors référentiel) :		
- non opérée	8.09	VIM
- opérée	8.09	VIC
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre inférieur :		
- sans chirurgie	8.12	VIM
- avec chirurgie sur au moins un segment	8.12	VIC

D - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
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	9.79	TER
- avec chirurgie sur au moins un territoire	9.81	TER

E- Rééducation pour déviation latérale ou sagittale du rachis (personnes de moins de 18 ans)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
Rééducation pour déviation du rachis lombo-sacré	8.09	DRA
Rééducation pour déviation du rachis dorsal	8.08	DRA
Rééducation pour déviation du rachis cervical	8.11	DRA
Rééducation pour déviation portant sur au moins deux segments rachis	8.10	DRA

F- Rééducation et réadaptation après amputation de tout ou partie des membres, y compris l'adaptation à l'appareillage

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
Rééducation après amputation d'un membre supérieur	8.11	APM
Rééducation après amputation d'un membre inférieur	8.10	APM
Rééducation après amputation d'au moins 2 membres	9.8	APM

Article 2 - Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires

(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 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

Article 3 - Rééducation de la paroi abdominale

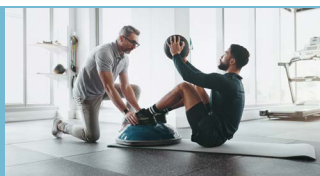
(Modifié par décision UNCAM du 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire Inclut la rééducation abdominale post-césarienne	8.01	RAB
Rééducation abdominale du post-partum	8	RAB

Article 4 - Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires

(Modifié par décision UNCAM du 27/04/06 ,07/05/19 et du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes et du 04/07/06 pour les médecins)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
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, notamment les affections neurodégénératives:		
- 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
Les cotations afférentes aux deux actes ci-dessus ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées.		
Rééducation des malades atteints de myopathie	10.99	NMI
Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile, du stade initial aux conséquences à l'âge adulte	11	NMI
Rééducation des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap Cet acte s'intègre au parcours de rééducation et de réadaptation des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale (formation adaptée, objectifs de rééducation...). La prescription initiale de cet acte doit émaner de l'établissement ou du service sanitaire ou médico-social coordonnant le parcours de soins du patient. Les séances d'une durée de l'ordre de 30 minutes sont à adapter aux capacités physiques de l'enfant et au rythme des autres prises en charge.	16	TER



Article 5 - Rééducation des conséquences des affections respiratoires

(Modifié par les décisions UNCAM du 22/05/12, du 16/04/18, du 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
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.	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'autodrainage 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.	10	ARL
Lorsque 2 séances non consécutives sont réalisées dans la même journée, chaque séance est cotée ARL 10.		
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. 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 broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO ». Séances d'une durée de l'ordre de 1 h 30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.	28	ARL
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 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 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 broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO ». Séances d'une durée de l'ordre de 1 h 30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.	20	ARL

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

Article 7 - Rééducation des conséquences des affections vasculaires

(Modifié par décision UNCAM du 31 mars 2015, 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
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 lymphoedèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphoedèmes congénitaux) par drainage manuel :		
- pour un membre ou pour le cou et la face	8	RAV
- pour deux membres	9	RAV
Rééducation pour un lymphoedème 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 lymphoedème. INDICATIONS : Phase intensive du traitement du lymphoedème sous réserve de l'existence des critères suivants : - différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre controlatéral ; - asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein ; - compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages) ; - répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphoedème et à la raideur de l'épaule. NON-INDICATIONS La phase d'entretien du traitement et les soins palliatifs CONTRE-INDICATIONS : - les pathologies aiguës loco-régionales du membre supérieur concerné non diagnostiquées ou traitées ; - l'insuffisance cardiaque décompensée ; - les tumeurs malignes non traitées ; - l'hyperalgie de l'épaule ; - la présence d'une chambre implantable du côté opéré en sous claviculaire ; - la présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter. La durée de ces séances est de l'ordre de 60 mn. Elles comprennent des soins d'hygiène de la peau, la rééducation de l'épaule, le drainage lymphatique manuel et la pose de bandages. Le nombre optimal de séances est de 10. Les cas exceptionnels nécessitant plus de 10 séances devront être précédés par un BDK. Source: rapport d'évaluation de la HAS sur la prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphoedème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein – décembre 2012 La cotation de l'acte tient compte du bandage, et celui-ci ne peut pas faire l'objet d'un supplément pour bandage multicouche.	15.5	RAV

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
Supplément pour bandage multicouche :		
- un membre	1	RAV
- deux membres	2	RAV

Article 8 - Rééducation des conséquences des affections périnéosphinctériennes

(Modifié par décision UNCAM du 27/04/06 ,07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes ; du 04/07/06 pour les médecins ; du 20/12/11 et du 06/11/18 pour les sages-femmes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé	AP
Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback	8.5 7.5	RAB SF	

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

Article 10 - Rééducation des patients atteints de brûlures

(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 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

Article 11 -Soins palliatifs

(Modifié par la décision UNCAM du 14/12/2023)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
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

Chapitre III – Modalités particulières de conduite du traitement

Article 1 - Traitements de groupe

Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1, 2, 3 et 4 du [chapitre II](#). Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance.

Ces traitements de groupe doivent concerner des malades qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois. La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure. La cotation est celle du libellé correspondant du [chapitre II](#).

Article 2 - Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients

Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée.

La cotation est celle du libellé correspondant du [chapitre II](#).

Chapitre IV – Divers

(Modifié par la décision UNCAM du 14/12/2023)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
Kinébalnéothérapie		
Pour les actes du chapitre II, la kinébalnéothérapie donne lieu à supplément :		
- en bassin (dimensions minimales : 2 m x 1,80 m x 0,60 m)	2.5	AMK
- en piscine (dimensions minimales : 2 m x 3 m x 1,10 m) 3,5	3.5	AMK

Chapitre V – Rééducations soumises à référentiel

abrogé par décision UNCAM du 14/12/2023



ANNEXE

- 2 -

PROTOCOLE DE COOPERATION : DOULEURS LOMBAIRES ET TRAUMATISMES EN TORSION DE LA CHEVILLE

Prise en charge par les masseurs kinésithérapeutes dans le cadre des protocoles de coopération des douleurs lombaires de moins de 4 semaines et des traumatismes en torsion de la cheville (arrêté du 20/9/2020 modifiant les 2 arrêtés du 6/3/2020)

Préambule :

Ces prises en charges sont **différentes de l'accès direct**. **L'accès direct promulgué par la loi du 19/05/2023 est possible depuis la publication de l'avenant n°7 (cf. chapitre 1.2)**, tandis que les protocoles décrits dans ce guide sont déjà effectifs depuis 2020 avec un délégant (le médecin) et le délégué (le MK).

Les protocoles de coopération permettent une prise en charge rapide et de qualité par vos soins dans le cadre de l'exercice coordonné avec 4 objectifs :

- valoriser la fonction des MK ;
- diminuer le recours aux urgences ;
- diminuer le délai de prise en charge ;
- dégager du temps médecin.

1. C'est quoi ?

1.1. LES PRISES EN CHARGE PAR LE MK :

Les MK peuvent prendre en charge médicalement les douleurs lombaires de moins de 4 semaines et les traumatismes en torsion de cheville par délégation de tâches du médecin. La délégation de tâches est encadrée par un protocole précis et des critères d'exclusion sont prévus (cf [chapitre 4](#)).

1.2. LE CONTENU DES ACTES DU PROTOCOLE : IL S'AGIT D'ACTES NON-INSCRITS À LA NGAP :

- les douleurs lombaires :

Réassurance : lutter contre les peurs, croyances et autres fausses informations sur les douleurs lombaires ; dynamiser et autonomiser le patient ; évaluer les drapeaux rouges et jaunes, prescription si nécessaire des actes de rééducation inscrits à la NGAP (cf chapitre 1.5), sans oublier de prévenir les risques de récurrence et d'indiquer la conduite à tenir dans les jours qui suivent. Remise du dépliant pédagogique sur les douleurs lombaires.

- traumatisme en torsion de la cheville :

Diagnostic positif et différentiel, gradation de la sévérité, indications et prescription de la radiographie : critères d'Ottawa ; évaluation des risques thromboemboliques, prescription de rééducation (cf. [chapitre 1.5](#)).

1.3. COMPÉTENCE

Il s'agit d'actes en dehors du champ de compétence habituelle, mais couverts par les 2 arrêtés du 6/3/2020.

1.4. QUEL EST LE NOMBRE DE RENDEZ-VOUS PAR MK PAR PROTOCOLE ET LEURS RÉMUNÉRATIONS ?

Les rémunérations pour ces rendez-vous dans le cadre des protocoles de coopération sont versées à la structure (MSP, CDS, CPTS..) par l'Assurance Maladie pour rémunérer l'équipe. Au sein de la structure, est alors décidé quel pourcentage de ce versement revient à la charge du délégué et du délégant (MK, médecin...).

Le paiement se limite aux structures adhérentes à l'accord conventionnel interprofessionnel :

- traumatisme en torsion de la cheville : 25 euros le 1^{er} rdv et 25 euros le 2^e rdv à J3 ;
- douleurs lombaires : 25 euros le 1^{er} rdv et 20 euros le 2^e rdv entre 2 à 4 semaines.

1.5. LES PRESCRIPTIONS DU MK SUR DES ORDONNANCES PRÉÉTABLIES SIGNÉES DU MÉDECIN

1.5.1. DOULEURS LOMBAIRES

3 types de prescriptions possibles :

- rééducation de 3 séances maximum : ces actes de rééducation sont facturables dans le cadre conventionnel, mais ni le même jour ni le lendemain du rdv du MK réalisé dans le cadre du protocole. Ils s'ajoutent aux forfaits décrits ci-dessus ;
- antalgiques, antiinflammatoires non stéroïdiens et inhibiteurs de la pompe à protons ;
- arrêt maladie ou non : si oui de 1 à 5 jours.

1.5.2. TRAUMATISME EN TORSION DE LA CHEVILLE

5 types de prescriptions possibles :

- radiographies ;
- attelle ;
- Paracétamol ;
- arrêt maladie ;
- rééducation à J3 seulement (6 à 10 séances): ces actes de rééducation sont facturables dans le cadre conventionnel mais ni le même jour ni le lendemain du rdv du MK réalisé dans le cadre du protocole. Ils s'ajoutent aux forfaits décrits ci-dessus.

2. Pour quels MK ?

Les MK intégrés dans une maison de santé pluri-professionnelle (MSP), ou un centre de santé (CDS) ou une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

3. Quelle démarche préalable ?

L'équipe médecin/MK doit faire la demande aux autorités :

MSP/CDS : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps>

CPTS : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/mesure-urgences-declaration-equipes-cpts>

Conditions : la formation des MK par les médecins délégués.

Cette formation permet aux MK d'acquérir les compétences nécessaires à la réalisation de cette activité dérogatoire et de déterminer le rôle de chacun, en particulier le rôle des professionnels qui reçoivent l'appel en charge d'évaluer l'inclusion au protocole.

4. Les critères d'exclusion

Ces critères doivent être respectés pour que le MK reste dans le champ de compétence de ses activités autorisées.

4.1. LE TRAUMATISME EN TORSION DE LA CHEVILLE

Lorsque la radiographie prescrite par le MK révèle une fracture, le patient est réorienté vers le médecin. Le 1er contact est donc bien rémunéré mais le 2nd contact à J3 est donc annulé et non rémunéré.

Traumatisme en torsion de la cheville Processus de prise en charge

Critères d'inclusion : douleur de cheville consécutive à un traumatisme en torsion chez un patient dont un des délégués est médecin traitant, et qui n'a pas refusé l'accès à son dossier médical au délégué.

Vérification par le délégué de la présence de critères d'exclusion, au moyen d'un formulaire intégré au système d'information partagé

Interrogatoire :

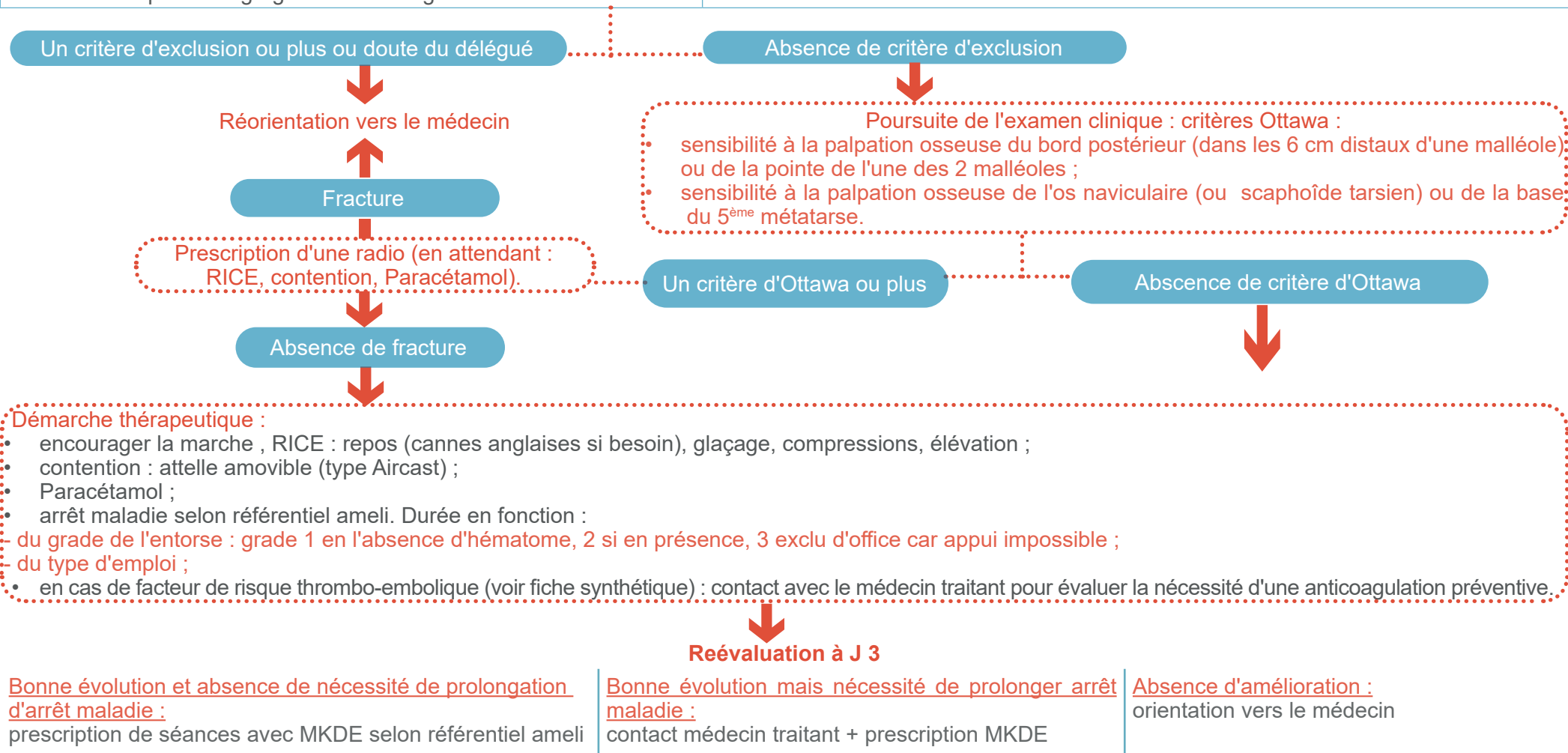
- âge < 18 ans ou >55 ans ;
- plaie de la cheville ;
- polytraumatisme ;
- chute consécutive à un malaise ;
- douleur de genou associée ;
- appui unipodal impossible persistant à 24 h du traumatisme initial ;
- accident de travail ;
- 2 antécédents d'entorse sur la même cheville ;
- antécédent de maladie thrombose veineuse profonde ;
- traitement par anti-agrégant ou anticoagulant.

Examen :

- appui unipodal impossible ou impossibilité de faire 4 pas ;
- signe d'atteinte ou de rupture du tendon d'Achille (augmentation de la flexion dorsale de la cheville traumatisée par rapport à la cheville saine) ;
- douleur à la palpation sur le trajet de la fibula.

Lors de la prise en charge :

- refus du patient ;
- doute du délégué ("guts feeling").



4.2. LES DOULEURS LOMBAIRES :

Lombalgie : processus de prise en charge

Critères d'inclusion : douleur lombaire d'apparition brutale, depuis moins de 4 semaines, chez un adulte de 20 à 55 ans, dont un des délégués est médecin traitant, et qui n'a pas refusé l'accès à son dossier médical au délégué.

Vérification par le délégué de la présence de critères d'exclusion, au moyen d'un formulaire intégré au système d'information partagé :

Examen du dossier médical :

- antécédent de cancer, de chirurgie du rachis ;
- rhumatisme inflammatoire connu ;
- fragilité osseuse (ostéoporose, corticothérapie au long cours) ;
- risque infectieux (immuno-déficience, usage de drogues IV) ;
- grossesse.

Interrogatoire :

- altération de l'état général, perte de poids involontaire et inexpiquée ;
- fièvre ou signe d'infection ;
- ponction lombaire <14 jours ;
- douleur de type inflammatoire, non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit, qui diminue voire disparaît lors des mouvements et des activités, avec présence d'un dérouillage matinal ;
- douleur thoracique (rachialgies dorsales) ;
- traumatisme à forte cinétique ;
- irradiation dans un membre inférieur ;
- dysfonction urinaire ;
- déficit neurologique objectif ;
- accident de travail ;
- 3ème épisode dans les 12 derniers mois.

Examen :

- douleur irradiant dans les membres inférieurs ;
- troubles vasculaires aux membres inférieurs : pied blanc, froid, abolition des pouls périphériques ;
- symptômes neurologiques étendus (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice ou niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval) ;
- paresthésie au niveau du pubis (ou périnée); anesthésie en selle ;
- plaie à proximité du rachis ;
- douleur à la pression d'une épineuse ;
- déformation structurale importante du rachis.

Lors de la prise en charge :

- refus du patient ;
- doute du délégué (guts feeling).



Un critère d'exclusion ou plus



Orientation vers le médecin

Absence de critère d'exclusion

Démarche thérapeutique :

- réassurance, lutte contre les peurs et les croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique, prévention de la récurrence et remise d'une fiche conseils ;
- prescription d'antalgiques :
 - **anti inflammatoire non stéroïdien (AINS)** en première intention, EN L'ABSENCE d'une éventuelle contre indication aux AINS (allergie ou intolérance aux AINS, antécédent d'asthme, d'ulcère ou de saignement sous AINS, saignement évolutif, ulcère gastro-duodénal actif, grossesse, insuffisance rénale, hépatique ou cardiaque, prise concomitante d'anticoagulants). La recherche de contre-indications se fait par la consultation du dossier médical du patient et de l'interrogatoire.
 - *Par exemple : Naproxène 550mg matin et soir pendant 5 jours*
 - prescription d'un inhibiteur de la pompe à proton en association en cas d'épigastralgies sous AINS ;
 - Paracétamol ;
- conseil de consulter un médecin :
 - à 5 jours en cas de persistance des douleurs ;
 - dans les 24 heures en cas d'aggravation des douleurs, d'apparition de signes neurologiques déficitaires ou de nouveaux symptômes.
- évaluation du risque de chronicisation : recherche de la présence de "drapeaux jaunes" (annexe 1), et prescription d'un bilan kiné et de 3 séances de rééducation si risque de chronicisation (présence de drapeaux jaunes ou récurrence de la lombalgie dans les 12 mois) : éducation thérapeutique avec participation active du patient, apprentissage de l'auto-rééducation, éventuellement programme d'exercices supervisés. Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément.
- arrêt maladie si besoin selon référentiel ameli (annexe 2) : 0 à 5 jours, en fonction de l'âge et de la condition physique du patient, du temps et du mode de transport, du poste de travail.



Consultation de suivi (2 à 4 semaines) : sensibilisation à l'importance de l'activité physique, évaluation de la douleur, nouvelle recherche de drapeaux jaunes, prévention de la récurrence.



©CPAM de l'Ain- service communication 2026 @Getty Images