



MÉMO FACTURATION KINÉSITHÉRAPEUTES :

LIMITER VOS REJETS POUR RÉDUIRE VOTRE CHARGE ADMINISTRATIVE
ET SIMPLIFIER LA GESTION DE VOTRE CABINET



POINT SUR LA NOUVELLE NOMENCLATURE

La nouvelle nomenclature des actes professionnels est entrée en vigueur le 22 février 2024. Elle a pour principales caractéristiques :

- La création de nouvelles lettres clés et de nouveaux actes.
- La revalorisation des actes existants.

Elle doit permettre aux masseurs kinésithérapeutes de disposer de cotations reflétant mieux la réalité de leurs interventions auprès de leurs patients.

NOUVELLES LETTRES CLÉS

L'AMS disparaît de la nomenclature (date d'effet au 01/10/2024).

20 nouvelles lettres font leur apparition. Chacune correspond à une cible de soins sur une zone anatomique ou domaine. Elle intègre la notion de prise en charge post-opératoire et garde la notion de traitements soumis à référentiel.

Les nouvelles lettres clés sont conçues pour refléter mieux la réalité du quotidien des professionnels. Elles comprennent donc des **indications qui peuvent vous permettre de les mémoriser.**

- Lettres RA pour les cotations concernant le Rachis
- Lettres AMP - amputation
- Lettres ARL - affections respiratoires
- Lettres RAV - affections vasculaires
- En 2ème position de la lettre-clé
 - Lettre S - membre supérieur
 - Lettre I - membre inférieur
- En 3ème position de la lettre-clé
 - Lettre C - suite de chirurgie ou lettre O – opération ou Lettre M - Médical

LA POSSIBILITÉ DE FACTURER PLUSIEURS ACTES LE MÊME JOUR

La nouvelle NGAP vous autorise à facturer deux séances à un même patient le même jour. Il s'agit ainsi de répondre à la demande de la profession notamment pour la prise en charge de patients âgés ou ayant plusieurs pathologies. Désormais, et à condition d'avoir **deux prescriptions** et qu'il s'agisse de **deux régions anatomiques distinctes, concernant des actes relevant de deux articles de la NGAP différents, vous pourrez facturer les deux séances à taux plein.**

FRAIS DE DÉPLACEMENT

L'indication « soins à domicile » n'est plus obligatoire sur l'ordonnance pour réaliser et facturer les soins à domicile. Il est désormais possible de facturer des indemnités kilométriques « montagne » **si le domicile du patient ou le cabinet du masseur kinésithérapeute est situé en zone montagne.**

DIFFÉRENCIER NOTIFICATIONS DE REJETS ET RETOURS NOEMIE

NOTIFICATIONS DE REJETS ET RETOURS NOEMIE

Des erreurs de saisie ou de facturation peuvent être la cause de rejets.

Dans ce cas, l'Assurance Maladie vous adresse **une notification de rejet par mail** pour vous expliquer le **motif du rejet** et **vous accompagner** dans votre nouvelle facturation.

> *Notification envoyée sous 48h après la télétransmission.*

Le **retour NOEMIE ou RSP** (Rejets / Signalements / Paiements) reçu **sur votre logiciel de facturation** vous informe d'un éventuel rejet de facturation, mais **sans aucun élément explicatif.**

Le retour NOEMIE est aussi généré pour :

- un remboursement de factures (papier ou électronique) émises en tiers payant ;
- un paiement de forfait divers ou une opération réalisée en CPAM.

> *Notification envoyée sous 48h suite à la télétransmission (sous réserve de connexion au réseau de télétransmission).*



BONNES PRATIQUES :

Une **boîte mail active** est la condition pour vous transmettre les rejets. Lors d'un prochain rendez-vous avec nos équipes, **demandez la vérification de votre adresse mail.**

Communiquez un changement d'adresse mail au plus tôt à : contact_auxiliaire.cpam-isere@assurance-maladie.fr
Vérifiez que les envois de l'Assurance Maladie ne sont pas traités comme des **spams**.

LES PRINCIPAUX MOTIFS DE REJETS

L'UTILISATION DE LA CARTE VITALE ET LA GARANTIE DE PAIEMENT

En cas de divergence entre les données transmises via la carte Vitale d'un assuré et la situation médico-administrative connue dans notre base de données, **l'Assurance Maladie s'engage à procéder au remboursement des soins si :**

- la facture est une **feuille de soins électronique sécurisée** : présence de votre carte CPS + carte Vitale de l'assuré,
- la facture est en **tiers payant intégral**,
- en **l'absence de forçage des données** présentes sur la carte Vitale, par le professionnel de santé. Par conséquent, la garantie de paiement ne s'applique pas lorsque :
 - Les factures sont réalisées en SESAM sans Vitale, en SESAM Dégradé (absence de la carte Vitale),
 - les factures sont réalisées en mode dégradé « classique » (absence de votre CPS et de la carte Vitale).

Nb : la garantie de paiement ne s'applique pas aux bénéficiaires de l'AME, ces derniers ne disposant pas de carte Vitale.

ADRI : ACQUISITION DES DROITS INTÉGRÉE

ADRI est intégré au logiciel SESAM-Vitale et permet de **fiabiliser** la récupération des droits des assurés.

En obtenant les droits à jour de votre patient, vous **limitez le risque de rejets** liés à leur situation médico-administrative qui est l'un des principaux motifs de refus de paiement.

Les données disponibles sur ADRI concernent **l'ensemble de vos patients** (données Inter-régimes) ainsi que les assurés disposant d'un matricule provisoire (bénéficiaires de l'AME).

Pour une réponse ADRI optimisée, il convient de saisir : **le NIR ouvrant droit, la date de naissance du bénéficiaire, le rang de naissance**. Ces informations étant présentes sur les attestations de droits et/ou les attestations AME.



BONNE PRATIQUE : activez ADRI en mode automatique afin de faciliter la consultation des informations nécessaires à la facturation. Pour plus de précisions sur l'outil, **contactez votre Délégué Numérique en Santé** : dns.cpam-isere@assurance-maladie.fr



REJETS DE FACTURATION : EXPLICATIONS ET PRÉCONISATIONS



REJETS SUR LES DROITS DU PATIENTS

Code rejet	Motif	Comment éviter le rejet ?
0250-050	Assuré absent de notre référentiel assuré	1. IMPORTANT : mettre à jour la carte Vitale avant toute facturation 2. Facturer en Sesam Vitale sécurisé. 3. Consulter ADRI. 4. Éviter les forçages des données lues sur la carte Vitale (qui lèvent la garantie de paiement) en dehors des informations collectées sur ADRI.
0270-051	Bénéficiaire de prestations inconnu dans le référentiel assuré	
0450-054	Exonération du ticket modérateur absente au référentiel	
0450-056	Exonération du ticket modérateur connue au référentiel non transmise	
0450-057	Modulation du ticket modérateur (FNS ou RL) absente du référentiel	
0480-054	Contrat C2S transmis différent de celui présent au référentiel	
0450-072	Situation d'exonération inconnue pour ce bénéficiaire	
0450-082	Exonération maternité connue de notre référentiel n'a pas été transmise	
0700-060	Taux de remboursement demandé est différent du taux de remboursement calculé en fonction de la situation du bénéficiaire des soins (AME, maternité, invalidité,...)	
0317-051	Incompatibilité nature d'assurance / régime	



REJETS SUR LES SOINS EN RAPPORT AVEC UN AT

Code rejet	Motif	Comment éviter le rejet ?
0315-057	L'assuré n'a pas d'avis favorable enregistré pour des soins en AT après consolidation	- Vérifier les informations présentes sur la prescription médicale - Demander à votre patient l'accord de prise en charge de soins post-consolidation en rapport avec cet AT délivré par la CPAM



REJETS SUR LES N° DE PRESCRIPTEURS

Accéder à la liste des prescripteurs de l'Isère via [ameli.fr \(https://www.ameli.fr/isere/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/teletransmission-retour-noemie/teletransmission\)](https://www.ameli.fr/isere/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/teletransmission-retour-noemie/teletransmission)

Code rejet	Motif	Comment éviter le rejet ?
0315-057	L'assuré n'a pas d'avis favorable enregistré pour des soins en AT après consolidation	- Vérifier les informations présentes sur la prescription médicale - Demander à votre patient l'accord de prise en charge de soins post-consolidation en rapport avec cet AT délivré par la CPAM
0460-051	Prescripteur inconnu au fichier des professionnels de santé	Bien vérifier le numéro de prescripteur inscrit sur la prescription. - Se référer à la liste des prescripteurs de l'Isère via le site AMELI. - Corriger votre base des prescripteurs en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets. Mettre à jour votre base des prescripteurs en supprimant le numéro erroné.



REJETS SUR LES DOUBLES FACTURATIONS

Code rejet	Motif	Comment éviter le rejet ?
0180-051	Facture déjà en traitement IRIS	Si demande de régularisation : faire une réclamation à la CPAM gestionnaire. Pas de nouvelle facturation. - En cas de doute sur la bonne réception de vos facturations par l'Assurance Maladie ou par les organismes complémentaires : s'assurer préalablement que ces lots n'ont pas déjà été traités avant de procéder à une nouvelle transmission, en consultant ameli pro et vos retours NOEMIE.
2900-005	Facture déjà payée	



FOCUS SUR L'UTILISATION DU MOTIF D'EXONÉRATION DU TICKET MODÉRATEUR « SOINS PARTICULIERS EXONÉRÉS » [CODE EXO 3 DIV]

Ce motif d'exonération **ne peut être utilisé que dans certaines situations :**

- Soins réalisés dans le cadre de la procréation médicalement assistée (PMA) selon certaines conditions
- Examens de prévention réalisés dans le cadre des programmes de dépistage
- Soins liés aux dons d'organe
- Soins donnés aux prématurés
- Soins en établissements accueillant des nourrissons de moins de 30 jours
- Soins dans le cadre du suivi post ALD
- Certains actes liés à la contraception selon certaines conditions

EN CAS DE CHANGEMENT DE NUMÉRO D'IDENTIFICATION

Assurez-vous auprès de votre caisse de rattachement de la date à partir de laquelle vous pouvez l'utiliser. Toute modification anticipée sur votre poste de travail ou utilisation de votre carte CPS **avant la date indiquée** entraînera des rejets de facturation.



LES SERVICES ET CONTACTS UTILES

AMELIPRO

Retrouvez un éventail de services d'**aide au suivi de l'activité** et de **démarches en ligne** : consultation des paiements effectués par l'Assurance Maladie, des droits de base des patients, demande de paiement d'astreinte dématérialisée, commande des formulaires Cerfa, possibilité de nous contacter via notre messagerie...

CONTACTS UTILES

En cas d'erreur de saisie : erreur de bénéficiaire des soins, de facturation...

- Si la feuille de soins électronique a déjà été télétransmise : demandez son annulation le jour même de la télétransmission **en appelant prioritairement le 3608**.
- Si elle n'a pas encore été télétransmise, il vous suffit de l'annuler.

En cas de problème technique lié à la télétransmission ou de besoin d'assistance : contactez votre Délégué Numérique en Santé de secteur par téléphone ou par mail (dns.cpam-isere@assurance-maladie.fr).