

LES WEBINAIRE DES LA FNO – S2E1 NGAP / QUESTIONS / REPONSES

Jeudi 28 septembre, les membres de la *Commission exercice libéral et interprofessionnalité* ont répondu à toutes vos questions sur la Nomenclature générale des actes professionnels. De nombreux avenants ont été signés ces dernières années, permettant la mise en place de nouvelles dispositions pour votre exercice professionnel. Ce webinaire a été l'occasion de présenter les nouveautés et d'échanger avec la centaine d'orthophonistes connectées.

Pour rappel, vous trouverez toutes les informations générales sur la NGAP sur le site ainsi que dans L'Orthophoniste de février 2023.

Article NGAP décryptage

<https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2023/03/Ortho-426-WEb.pdf>

Dossier complet NGAP <https://www.fno.fr/ressources-diverses/dossier-complet-la-ngap-orthophonie/>

Voici les questions des orthophonistes durant ce webinaire.

Questions portant sur les cotations et les durées de séances

Quelle est la durée d'une séance pour un AMO 14 : 45 min ou 30 min?

La durée d'une séance pour un AMO 14 est bien de 30 minutes.

Il y a eu une erreur dans la dernière version de la NGAP, la CNAM en a conscience et fera la modification en janvier prochain (lors de l'application), en attendant nous avons eu confirmation que la durée légale minimum est toujours de 30 minutes.

Edit : la NGAP a été corrigée au 25/10/2023

Quelle est la durée d'une séance de groupe :1 heure ou 45 min ?

La durée minimale d'une séance de groupe est d'une heure.

Pour rappel, le nombre de patients par praticien est de 2 au minimum et de 4 au maximum.

Edit : la NGAP a été corrigée au 25/10/2023

Si on facture au patient un TMO au prix de l'AMO, cela sera t -il considéré comme un dépassement ?

Pour rappel, l'avenant 20 permet une augmentation de 10cts de l'AMO, qui passe donc à 2,60€, cependant le TMO reste à 2,50€.

Selon la convention "L'orthophoniste s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après : circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical, [...]. Dans ce cas, l'orthophoniste fixe ses honoraires avec tact et mesure [...]. "

Le télésoin n'est pas un motif de dépassement, il n'est pas possible de le facturer à 2,60€.

L'agénésie du corps calleux peut-elle entrer dans l'AMO 15,7 ?

L'intitulé de l'AMO 15,7 va être modifié, la partie sur l'origine va être supprimé ainsi l'intitulé sera "Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques"

L'agénésie du corps calleux est une malformation cérébrale congénitale il pourra entrer dans cette cotation.

La modification aura lieu en même temps que l'application des mesures tarifaires de l'avenant 20, soit le 26/01/2023.

Pourquoi certains actes sont mieux rémunérés que d'autres ?

Il est vrai que certains actes ont des cotations plus avantageuses financièrement que d'autres et que cela ne correspond pas toujours à une réalité du terrain. Cela s'explique, d'une part, par une volonté de la CNAM de séparer les pathologies afin d'avoir une meilleure lecture statistique et , d'autre part, par les négociations successives qui ont

permis des augmentations de telle ou telle cotation au fil des années. La Fno essaie toujours de tirer vers le haut toutes les cotations et de porter les négociations sur les cotations les plus basses .

Peut-on réaliser un acte deux jours consécutifs ?

Oui. Il est seulement interdit d'effectuer deux actes (même différents), le même jour.

Combien de bilans de renouvellement sont réalisables ?

Il n'y a aucune limite sur le nombre de bilans de renouvellement.

Quelle est la différence entre l'AMO 15,6 et l'AMO 15,7 ?

La différence entre ces deux cotations réside dans l'aspect neurodégénératif de la pathologie pour un AMO 15,6 et non neurodégénératif pour la cotation en AMO 15,7.

Quelle cotation pour une prise en soins après glossectomie à la suite d' une tumeur ?

Il s'agit d'une prise en charge des fonctions oro-myo-faciales dans la globalité et non uniquement de la voix, ainsi la cotation adéquate dans cette situation est AMO 13,5 .

Comment faire un changement de nomenclature en cours de DAP?

Dans le cadre de la première série de séances (non soumis à une DAP), il suffit simplement de faire la modification de cotation dans votre logiciel.

Pour les séries de soins suivant un bilan de renouvellement, il suffit de renvoyer une DAP avec le nombre d'actes restant et la nouvelle cotation.

J'ai entendu dire que les troubles de la déglutition dysfonctionnelle doivent à présent être cotés en trouble de l'oralité, qu'en est-il ?

Dès lors que le patient présente des troubles oro-myo-fonctionnels, il est possible de coter la prise en soins de ce trouble en AMO 13.5. Si le patient présente une déglutition dysfonctionnelle isolée, la cotation reste en 9,8.

Si je réalise un bilan LE et que je demande un bilan LO en complément, (donc 2 ordonnances) est-ce que je le côte aussi en bilan initial ?

Oui, chacun des bilans est coté en bilan initial. Les deux bilans doivent être réalisés sur 2 jours différents.

J'ai un patient qui a été opéré de la mâchoire pour un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, quelle cotation pour cette rééducation ?

Il s'agit d'un trouble oro-myo-fonctionnel, cela entre donc dans l'AMO 13,5.

Questions portant sur les Forfaits

Concrètement comment facturer le FOH ? Sur quelle date ?

Quand les patients avancent les frais, comment faire pour que ce soit la CPAM qui paye ce forfait ?

Le FOH peut se facturer seul ou associé à un acte (hors télésoin), à n'importe quel moment de l'année. Il n'est pas en rapport avec une participation à une réunion.

Le FOH est remboursé, comme les séances, à 60% par l'assurance maladie et à 40% par la mutuelle du patient, hors patients en ALD. Si les patients avancent les frais, ils seront remboursés par la suite comme pour les actes.

Peut-on faire un retour sur les forfaits annuels à 50 euros et les AMO concernés?

Il existe deux forfaits à 50€, le Forfait Handicap (FOH) et le Forfait PCO TND (FTD).

Le FOH concerne tous les patients en AMO 13,8 et AMO 14 ainsi que les patients, jusqu'à 16 inclus, en AMO 15,4 et AMO 15,7.

Le FTD concerne les patients, jusqu'à 12 ans inclus, suivis par une PCO, quelle que soit la cotation..

Ils sont facturables une seule fois par an par patient. Ils ne correspondent pas à la participation à une réunion. Attention, le FOH et le FTD ne sont pas cumulables ! Si un patient est éligible aux deux forfaits, vous ne pouvez cependant en coter qu'un seul, au choix.

Pour le FOH, en cas d'aggravation importante de l'état de santé du patient, il sera facturable une deuxième fois dans l'année. L'orthophoniste appréciera la notion d'aggravation si cela se justifie.

J'ai un patient qui s'est fait hospitalisé quelques jours, le FPH est possible ?

Oui. Le forfait post hospitalisation (FPH) est un forfait de 100€ pour la prise en soins rapide des patient.es en post hospitalisation. Le patient doit être reçu dans les 7 jours calendaires suivant la sortie d'hospitalisation, week-end inclus. Il est facturable 30 jours après la 1ère prise en charge.

Peut-on facturer un FPH si le patient est adressé par PRADO AVC ou par un SSR ?

Oui. La FNO considère les sorties de centres de rééducation et d'hospitalisation à domicile comme des sorties d'hospitalisation.

Questions portant sur les Domiciles

Pouvez-vous rappeler les 3 termes exacts liés aux indemnités de transport en fonction de la pathologie ?

L'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) reste à 2,5 euros mais deux autres indemnités sont créés , toutes deux à hauteur de 4 euros :

- L'indemnité forfaitaire de déplacement neurologique (IFN) pour les actes 15,6 et 15,7. Cette IFN n'est pas facturable sur le déplacement pour le bilan, une IFD sera facturée dans ce cas.
- L'indemnité forfaitaire de déplacement de sortie d'hospitalisation (IFS) pour tous les actes dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, jusqu'au 35ème jour suivant la sortie. Si la prise en charge se poursuit à domicile au delà, l'orthophoniste repasse à une IFD par déplacement.

La FNO considère les sorties de centres de rééducation et d'hospitalisation à domicile comme des sorties d'hospitalisation.

Peut-on rappeler la date de mise en application de l'augmentation du forfait indemnités kilométriques ?

La revalorisation des indemnités kilométriques et des indemnités forfaitaires a été signée dans l'avenant 19. Ces mesures sont effectives depuis le 27 octobre 2022.

Certains médecins ont du mal à écrire bilan de renouvellement malgré l'insistance des parents, si c'est la même ordonnance que pour un bilan initial peut-on corriger nous-mêmes cette ordonnance?

L'intitulé "Bilan de renouvellement" n'existe pas dans la nomenclature, il n'est donc pas nécessaire de demander spécifiquement une ordonnance qui indique le renouvellement.

Il existe seulement 2 intitulés dans la nomenclature :

- Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire
- Bilan d'investigation

L'ordonnance est-elle bien valable qu'un an?

Non, il n'y a pas de durée de validité pour une ordonnance d'orthophonie (contrairement aux ordonnances de médicaments).

Si un patient sort d'un SSR avec un bilan récent avec une ordonnance uniquement pour des séances, est-ce valable ou pas ?

Oui à condition d'avoir le compte-rendu de bilan.

Dans ce cas, si le bilan est récent, même si l'ordonnance indique l'intitulé officiel "Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire", il est tout à fait justifiable de ne pas faire de bilan si vous avez le dernier compte-rendu.

Pouvez-vous confirmer qu'un médecin scolaire peut prescrire un bilan mais pas de séances?

Il semblerait que les médecins scolaires ne puissent pas prescrire. Un amendement avait été voté au Sénat en 2019 pour permettre de leur ouvrir la prescription remboursée par l'Assurance maladie mais il a été invalidé par le conseil constitutionnel.

Nous avons posé la question à la CNAM et compléterons cette réponse dès que nous en saurons davantage.

Pouvez-vous nous redire ce qu'on doit mettre sur une ordonnance qui a été mal rédigée?

Les orthophonistes peuvent adapter une ordonnance mal rédigée de moins d'un an.

L'orthophoniste indique sur la prescription :

- Nom, prénom de l'orthophoniste
- Numéro ADELI
- "Renouvellement orthophoniste"
- "Le nombre de séances d'orthophonie inscrit sur la prescription médicale initiale n'est pas opposable dans le cadre de ce renouvellement"
- Date du renouvellement
- Signature

Et dans ce cas de correction d'ordonnance mal rédigée, comment gérons-nous éventuellement un renouvellement suivant pour une ordonnance de moins d'un an ?

De la même manière qu'un renouvellement classique d'ordonnance de moins d'un an.

Il faut indiquer sur la prescription :

- Nom, prénom de l'orthophoniste
- Numéro ADELI
- "Renouvellement orthophoniste"
- Date du renouvellement
- Signature

A-t-on encore besoin d'envoyer un compte-rendu d'évolution au médecin traitant ?

Il est indiqué dans la NGAP "La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur".

Ainsi, il faut envoyer une note d'évolution pour les séries en 50+50, à l'issue des 50 premières séances. Cela n'est pas le cas pour les séries en 30+20. Un mail envoyé par messagerie sécurisée compte comme note d'évolution, il n'y a pas besoin de rédiger un compte rendu comme on le fait lors d'un bilan,.

Un patient peut-il avoir 2 bilans pour la même pathologie auprès de deux orthophonistes différentes durant la même année? Et si oui, peut-il présenter une nouvelle ordonnance à la deuxième orthophoniste?

Il est possible pour un patient d'effectuer deux bilans auprès de deux orthophonistes la même année. Cependant, en dehors de la situation d'accès direct, il doit présenter deux ordonnances différentes.

Pouvez-vous rappeler depuis quand la DAP initiale a été supprimée?

Depuis le 25 juillet 2022.

Quelle est la procédure quand deux orthophonistes prennent en charge le même patient ?

Pour les séances qui suivent le bilan initial, il n'y a pas de DAP, les orthophonistes s'entendent pour partager le nombre de séances.

Après le bilan de renouvellement, il y a deux solutions : soit chacune fait sa DAP (en partageant le nombre de séances) soit les deux orthophonistes partagent la même DAP.

A noter qu'il faut veiller à ne pas effectuer les séances le même jour.

Questions sur l'accès direct

Dans le cas de l'accès direct, doit-on faire une dap quand même ou pas?

Si vous exercez dans le cadre de l'accès direct, comme avec une prescription, il n'est pas nécessaire de faire une DAP suite au bilan initial mais vous êtes toujours soumis à la DAP pour le bilan de renouvellement.

Cependant, dans le cas où le patient est couvert par la C2S au moment du bilan, il est fortement recommandé de faire une DAP. Cela permettra, si les droits à la C2S s'arrêtent en cours de prise en charge, que ce soit les droits à la date de la DAP qui soient retenus. La CNAM nous a confirmé que c'était bien toujours cette règle qui s'appliquait, cependant, les CPAM provoquent généralement un blocage automatique lorsque le droit C2S n'est plus valide. Il faut alors faire une réclamation via Reclaps ou en version papier pour que cette part soit réglée.

Questions sur les nouveautés de l'avenant 20

Est ce que les nouveaux libellés sont déjà appliqués ou seront -ils en application en janvier 2024?

Les libellés concernant les TND n'étendent pas le champ de compétence, et donc n'ont pas de coût, par conséquent ils sont applicables dès maintenant (NGAP du 25/10/2023).

En revanche, les libellés 13 et 15,7 sont soumis aux 6 mois de délai (stabilisateurs économiques), ils seront applicables le 26 janvier 2024.

Questions sur la double prise en charge

J'ai plusieurs établissements qui me proposent de signer une convention mais imposent fermement que l'établissement ne paye pas les séances pendant les vacances. Comment les convaincre que cela est abusif ?

Les séances réalisées pendant les périodes de fermeture de l'établissement ne donnent pas lieu à des indus. Cependant, dans une vision de défense de l'exercice libéral, nous conseillons aux orthophonistes de ne pas signer de conventions qui mettent des conditions plus restrictives que notre convention nationale.

Que faut-il faire pour les établissements qui disent avoir fait des demandes de dérogation?

Si il y a une demande de dérogation et que vous en avez la preuve et trace par écrit, vous pouvez facturer à la caisse et vous n'avez pas besoin de conventionner avec cet établissement. Lorsque c'est l'établissement qui a fait la demande de dérogation, il faut lui demander un écrit qui le justifie.

Questions portant sur le FAMI

Je ne comprends pas pourquoi le FAMI a pour critère obligatoire l'exercice coordonné car cela n'a rien à voir avec l'informatisation

En effet, il n'y a pas de lien entre cet indicateur "exercice coordonné" et l'informatisation. Cette obligation nous a été imposée par l'Uncam, ce n'était pas la volonté de la FNO. La FNO demande pour les prochaines négociations une réflexion autour du FAMI.

La CPAM nous a affirmé que nous devons avoir fait de nouveaux achats de matériel pour la vidéo transmission et présenter une facture datant de cette année pour demander cet indicateur du FAMI. Qu'en pensez-vous ?

En effet, il faut présenter une facture pour prétendre à ce deux parties optionnelles du FAMI :

- 350 euros pour l'équipement de vidéo-transmission (abonnement à une plateforme, équipement spécifique à la vidéo-transmission...)
- jusqu'à 175 euros, sur justificatif pour les appareils connectés.

Pour le Fami, l'ESS cela correspond aux équipes éducatives ?

La participation à 4 réunions interprofessionnelles dans l'année permet de valider le critère "exercice coordonné". Il peut en effet s'agir d'ESS (équipes de suivi de scolarité) ou d'équipes éducatives. Cet indicateur est coché par l'orthophoniste, il s'agit d'une attestation sur l'honneur. En cas de contrôle, la présentation d'une feuille d'émargement sera suffisante.

Questions portant sur la téléexpertise

Qu'est concrètement la demande de téléexpertise? Un appel téléphonique à un médecin, à un autre professionnel?

Si vous souhaitez échanger avec un médecin au sujet d'un patient (à savoir que ce médecin ne doit pas nécessairement connaître ce patient), vous sollicitez son avis via un outil de communication sécurisé afin de partager avec lui les documents et informations nécessaires (il ne s'agit pas forcément d'un échange en visio, l'échange peut être asynchrone, et donc passer notamment par un échange de mails sécurisés). A noter que le patient n'est pas obligatoirement présent pendant le temps d'échange.

Puis, pour la facturation, vous transmettez au médecin votre numéro adeli ainsi que les données administratives du patient et vous récupérez le numéro adeli du médecin.

Vous facturez un acte avec le code RQP (10€ en France métropolitaine et 11€ en Outre-mer), dans la limite de deux actes par an, par orthophoniste pour chaque patient.

Actuellement, il est seulement possible de requérir un professionnel médical, ainsi les orthophonistes ne peuvent pas être requis.es. La Fno demande que les orthophonistes puissent aussi être requis.es en tant qu'expert.

Questions portant sur le télésoin

Dans le cas d'un patient qui s'expatrie, il me semble que le télésoin n'est pas possible : pouvez-vous me le confirmer ?

Si le patient déménage, il est possible de poursuivre le suivi en télésoin si et seulement si, le patient est sur le même territoire que votre cabinet. La notion de territoire n'est pas définie précisément mais le patient doit pouvoir se rendre à votre cabinet si cela est nécessaire.

Questions portant sur le suivi d'activité

Comment se fait le contrôle de la CPAM pour les indicateurs?

Trois indicateurs ont été choisis dans l'avenant 16 pour le suivi individuel d'activité des orthophonistes :

- Le nombre de coefficients effectués sur l'année ;
- Le nombre de patients traités sur l'année ;
- Le nombre d'actes accomplis par patient

Le seuil d'alerte représente la valeur au-delà de laquelle l'indicateur est considéré atypique. Ils sont spécifiques à chaque département, car déterminés par rapport aux moyennes d'activité départementales de la profession sur l'année considérée.

Dans les tableaux SNIR que je reçois, j'ai souvent des 3 ou 4 étoiles pour certaines pathologies. Est-ce inquiétant?

Cela veut dire que vous dépassez les seuils départementaux pour ces critères.

Il est possible que vous ayez un contrôle et que vous deviez expliquer votre situation. Il est vrai que certains exercices plus spécifiques ou plus intensifs peuvent dépasser les seuils



mais, tant que vous exercez dans le cadre de la convention et que cela est justifiable, cela ne p