



FÉDÉRATION NATIONALE  
DES ORTHOPHONISTES

  LES  
WEBINAIRES  
DE LA FNO !  
S3E1 | INSTALLATION

**24 septembre 2024**

# Accueil

Bienvenue à toutes et tous !



# Convention

# Ordonnances

2 libellés :

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

→ PAS de libellé "bilan de renouvellement"

→ Pas de péremption, l'ordonnance n'est PAS limitée à un an !

Lors de la facturation → scanner l'ordonnance dans le logiciel → SCOR

Attention, si une ordonnance a un mauvais libellé (ex : QSP 6 mois), on doit s'y tenir, sinon nous risquons des indus.

Le mieux étant de demander une nouvelle ordonnance, conforme.

# Ordonnances

Si l'ordonnance a été faite par le médecin remplaçant du médecin traitant du patient, on met quelle personne en prescripteur ?

Peut-on modifier nous-mêmes l'ordonnance pour qu'elle ait le bon libellé ?

Si le libellé sur l'ordonnance est "bilan de renouvellement", l'ordonnance n'est pas valide ?

Si on a une seule ordo avec écrit bilan LE et bilan LM, on peut l'utiliser pour les 2 bilans ?

Si un patient fait un bilan au CHU puis commence la rééducation dans notre cabinet avec une ordonnance "bilan et rééducation" est-ce qu'on est obligé de faire un bilan ou on peut coter seulement les séances ?

Est-il possible d'avoir une ordonnance qui est datée de quelques jours après le bilan réalisé s'il y a eu un loupé au niveau de l'intitulé ?

# Accès direct

Exercice sans prescription médicale : loi du 19 mai 2023 puis avenant 20 entré en vigueur le 26 juillet 2023

Pour qui ? pour les orthophonistes qui exercent au sein :

- d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle ;
- d'une Equipe de Soins Primaires ;
- d'un centre de santé ;
- d'une CPTS ayant inscrit l'accès direct dans son projet de santé
- d'un établissement sanitaire ou médico-social (salariat)

Comment ?

- Nom et numéro ADELI de l'orthophoniste
- Rien à scanner

Obligations :

- Envoi du compte rendu au médecin traitant et versement dans le DMP

# Mon Espace Santé - Dossier médical partagé

Ouvert pour tous les usagers, sauf opposition de leur part

Autorisation orale du patient obligatoire !

Accessible via dmp.fr (pas encore via nos logiciels)

Authentification via CPS

Lecture de la carte vitale OU INS du patient (n° de sécurité sociale en général) OU Nom/Prénom/Sexe

Ajouter un document → compte rendu de bilan fonctionnel (auxiliaire médical)

# DMP (Dossier Médical Partagé)



1

- J'accède au DMP via le site : <https://www.dmp.fr/>
- Onglet « professionnel »



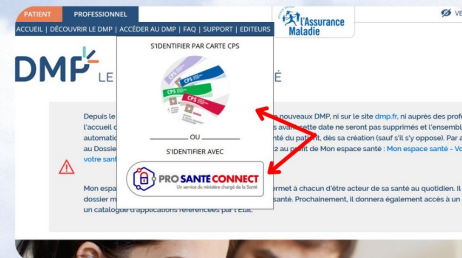
2

Accéder au DMP



3

- Authentification (CPS ou eCPS)





L'ASSÉS - Rechercher un patient

Rechercher un patient

**⚠** Pas accès permis de consulter le DMP. Un patient sans ce statut n'est pas enregistré en cas d'urgence.  
Pour cela être accès impossible au minimum au chemin de recherche « Nom (Prénoms ou de naissance) » + « Prénoms » et « Sexe ».  
**Avertissement: vérifiez vos filtres de patient avant d'accéder à votre dossier.**

Nom (Usage ou de naissance) : Prénoms : Sexe : Date ou année de naissance (AAAA/MM/AAAA ou AAAA) :  
 Age : Sexe : Département de naissance :  
 Recherche Rechercher Effacer les critères Effacer

Patients correspondant aux critères sur le

Patience	Nom de naissance	Prénoms	Nom d'usage	Née/le	Age	INS-C
67%						

ACCÉDER AU DMP

4

Je recherche le patient par lecture de carte vitale ou matricule INS\* ou traits (nom, prénom, sexe).

5

- Je confirme l'accord du patient en cochant « le patient (ou son représentant légal) m'a autorisé à accéder à son DMP »
- Accéder au DMP

**DMF** LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

MES PATIENTS PARAMÉTRAGES

Mrs.Patiles - Accès au DMP de

Accès au DMP de

Autorisation d'accès

\* Champs obligatoires

Vous n'êtes actuellement pas autorisé à accéder au DMP de

Confirmez-vous que :

Le patient (ou son représentant légal) m'a autorisé à accéder à son DMP ?

J'accède en urgence au DMP

ACCÉDER AU DMP Annuler

Documents médicaux

Tous les documents (6)

Liste des documents

Parcours de soins

Accès rapide

Aucun document de synthèse

0 document(s) non visible(s) par le patient

Ajouter un document

5 derniers documents ajoutés (5 nouveau(x))

- H** Historique de vaccinations - Historique de vaccinations ajouté le 18/08/2022 par Assurance Maladie - Assurance Maladie
- N** Note de vaccination - Note de vaccination ajouté le 18/08/2022 par Assurance Maladie - Assurance Maladie
- N** Note de vaccination - Note de vaccination ajouté le 18/08/2022 par Assurance Maladie - Assurance Maladie
- N** Note de vaccination - Note de vaccination ajouté le 18/08/2022 par Assurance Maladie - Assurance Maladie
- N** Données de remboursement - Historique de remboursement ajouté le 22/04/2022 par Assurance maladie - Assurance maladie

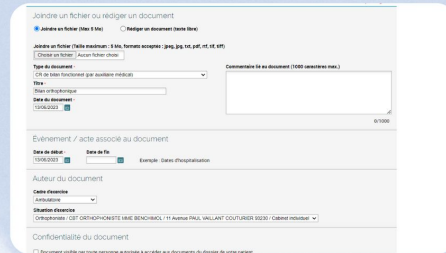
6

Ajouter un document

Téléchargement du document.

2 documents concernent les orthophonistes :

- Compte rendu de bilan fonctionnel
  - Compte rendu ou fiche de suivi de soins
- La Fno a demandé à pouvoir alimenter 2 autres catégories :
- Prescription de produits de santé
    - Bilan de santé et prévention de l'enfant



Joindre un fichier ou rédiger un document

Ajouter un fichier (Max 8 Mo)  Rédiger un document (texte libre)

Joindre un fichier (Taille maximale : 8 Mo, formats acceptés: jpg, gif, png, pdf, rtf, etc)

Type de document:  Commentaires (au document) (1000 caractères max.)

Titre:

Statut orthophonique:

Nom du document:

Evénement / acte associé au document

Date de début:  Date de fin:  Exemple: Dates d'hospitalisation

Auteur du document

Cette expertise:

Situation d'exercice:

Confidentialité du document

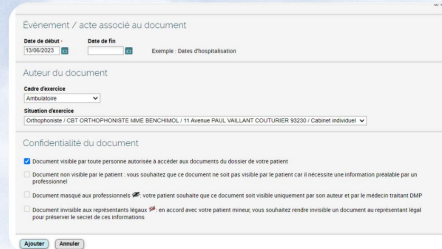
Document visible par toute personne autorisée à accéder aux documents du dossier de votre patient

Confidentialité du document

2 libellés de confidentialités sont possibles :

“document visible par toute personne autorisée à accéder aux documents du dossier de votre patient”

« document masqué aux professionnels : votre patient souhaite que ce document soit visible uniquement par son auteur et par le médecin traitant DMP » si le patient ne souhaite pas la transmission de son document.



Evénement / acte associé au document

Date de début:  Date de fin:  Exemple: Dates d'hospitalisation

Auteur du document

Cette expertise:

Situation d'exercice:

Confidentialité du document

Document visible par toute personne autorisée à accéder aux documents du dossier de votre patient

Document non visible par le patient : vous souhaitez que ce document ne soit pas visible par le patient car il nécessite une information préalable par un professionnel

Document masqué aux professionnels  votre patient souhaite que ce document soit visible uniquement par son auteur et par le médecin traitant DMP

Document invisible aux représentants légaux  en accord avec votre patient mineur, vous souhaitez rendre invisible un document au représentant légal pour préserver le secret de ces informations

# Accès direct

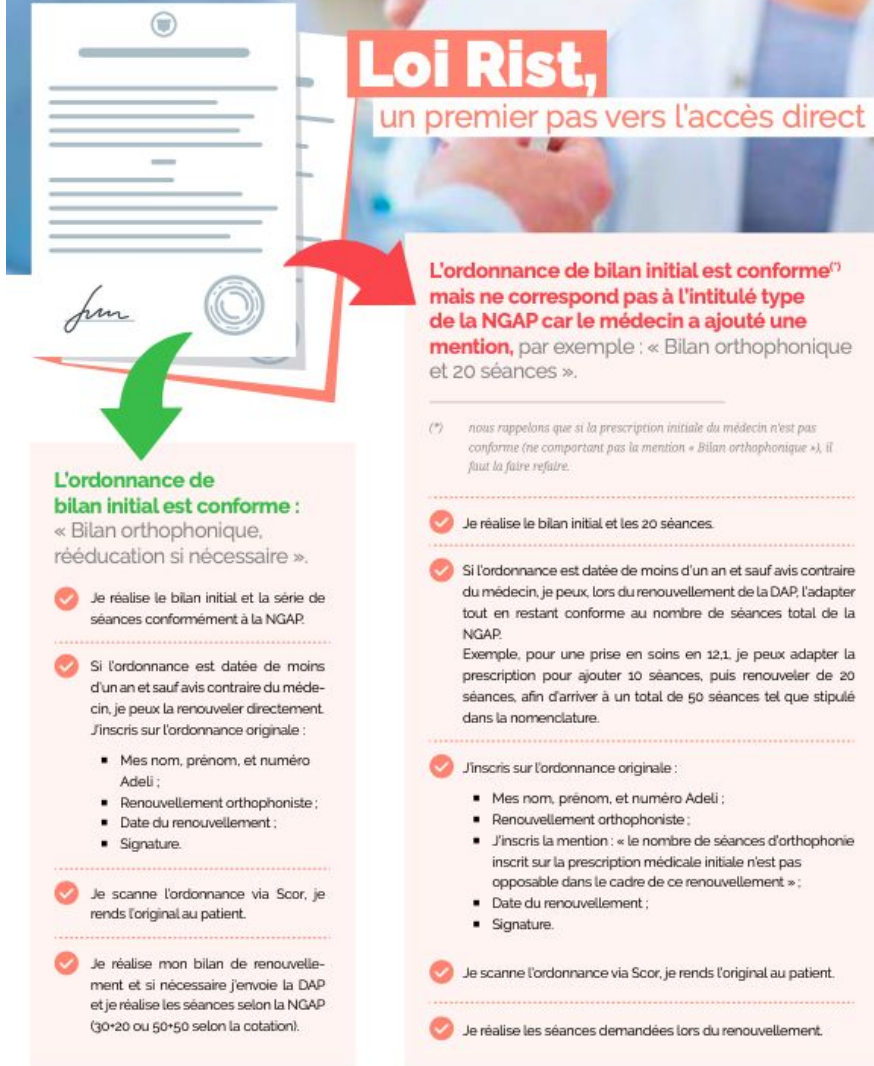
Est-ce que l'accès direct dépend seulement de l'orthophoniste ou aussi du médecin traitant par lequel le patient est pris en charge ?

Si on met le CRBO dans le DMP doit-on quand même l'envoyer aux médecins prescripteur / traitant ?

Si vous n'êtes pas en accès direct :

# Avenant 18

## Renouvellement et Adaptation de la prescription



### Loi Rist, un premier pas vers l'accès direct

**L'ordonnance de bilan initial est conforme<sup>(\*)</sup> mais ne correspond pas à l'intitulé type de la NGAP car le médecin a ajouté une mention, par exemple : « Bilan orthophonique et 20 séances ».**

(\*) nous rappelons que si la prescription initiale du médecin n'est pas conforme (ne comportant pas la mention « Bilan orthophonique »), il faut la faire refaire.

**L'ordonnance de bilan initial est conforme :**  
« Bilan orthophonique, rééducation si nécessaire ».

- ✓ Je réalise le bilan initial et la série de séances conformément à la NGAP.
- ✓ Si l'ordonnance est datée de moins d'un an et sauf avis contraire du médecin, je peux la renouveler directement. J'inscris sur l'ordonnance originale :
  - Mes nom, prénom, et numéro Adeli ;
  - Renouvellement orthophoniste ;
  - Date du renouvellement ;
  - Signature.
- ✓ Je scanne l'ordonnance via Scor, je rends l'original au patient.
- ✓ Je réalise mon bilan de renouvellement et si nécessaire j'envoie la DAP et je réalise les séances selon la NGAP (30\*20 ou 50\*50 selon la cotation).

✓ Je réalise le bilan initial et les 20 séances.

✓ Si l'ordonnance est datée de moins d'un an et sauf avis contraire du médecin, je peux, lors du renouvellement de la DAP, l'adapter tout en restant conforme au nombre de séances total de la NGAP.  
Exemple, pour une prise en soins en 12.1, je peux adapter la prescription pour ajouter 10 séances, puis renouveler de 20 séances, afin d'arriver à un total de 50 séances tel que stipulé dans la nomenclature.

✓ J'inscris sur l'ordonnance originale :

- Mes nom, prénom, et numéro Adeli ;
- Renouvellement orthophoniste ;
- J'inscris la mention : « 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.

✓ Je scanne l'ordonnance via Scor, je rends l'original au patient.

✓ Je réalise les séances demandées lors du renouvellement.

Avenant 18

# Bilan initial vs Bilan de renouvellement

Suite à la reprise d'un suivi d'un.e collègue, ou suite à une pause thérapeutique, réalise-t-on un bilan initial ou un bilan de renouvellement ?

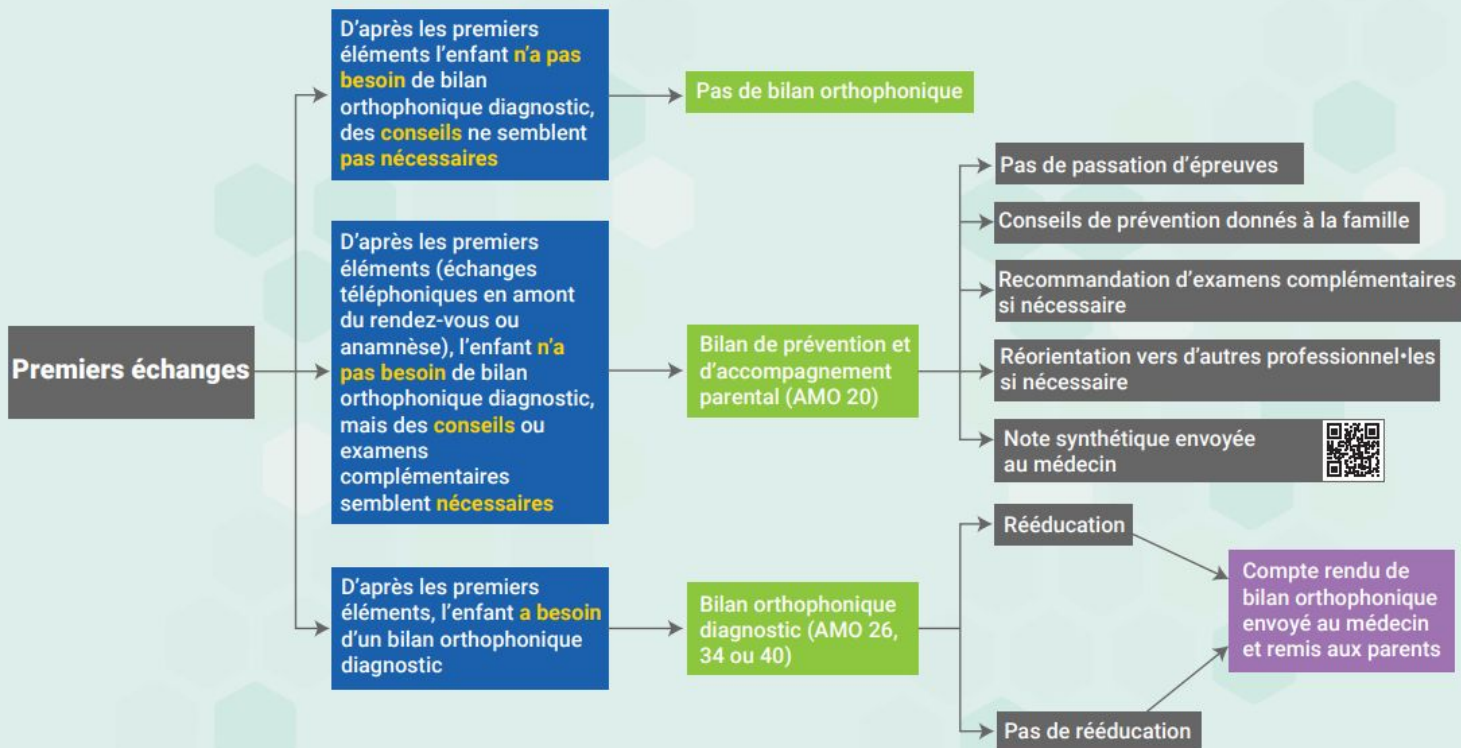
→ Pas de délai défini

Le bilan de renouvellement se veut plus court (minoration de 30% du tarif) : pas d'anamnèse à refaire, certaines épreuves ne sont pas à repasser, on peut repartir de la rédaction du bilan initial

Conclusion : à l'appréciation de l'orthophoniste

# ARBRE DÉCISIONNEL DU BILAN DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT PARENTAL

Uniquement pour les enfants jusqu'à 16 ans inclus



BPA

**À PLUS LONG TERME** : possibilité de pratiquer un nouveau bilan de prévention et d'accompagnement ou un bilan diagnostic si l'orthophoniste le juge nécessaire. Si l'ordonnance date de moins d'un an, elle peut être renouvelée par l'orthophoniste et donner lieu à un BPA ou à un bilan orthophonique diagnostic. (avenant 18).



# Bilan de prévention et d'accompagnement parental

Faut-il une ordonnance spécifique pour le BPA ?

Puis-je faire un BPA si je pense que le patient a besoin d'un bilan diagnostic mais qu'il y a beaucoup d'attente ?

Puis-je réaliser un deuxième BPA après en avoir réalisé un premier (grâce à l'avenant 18) ?

Dois-je attendre un certain délai après un BPA pour réaliser un bilan diagnostic ?

Qu'est-ce que la note au médecin qu'il faut rédiger à l'issue du BPA ?

- reprend la plainte initiale
- précise que des conseils de prévention ont été donnés (sans plus de précisions)
- informe sur les orientations éventuelles vers des bilans complémentaires

## Compte rendu de bilan orthophonique (CRBO)

- Peut on envoyer les CRBO via les adresses MSS ?
- Peut-on demander au patient de remettre le CRBO en main propre à son médecin ? Risque-t-on quelque chose si on n'envoie pas le compte rendu au médecin ? Peut-on attendre que le médecin nous le demande ?
- Quel délai est considéré comme « raisonnable » pour envoyer le CRBO au médecin et au patient ?



## **DAP : demande d'accord préalable**

A envoyer seulement après un bilan de renouvellement.

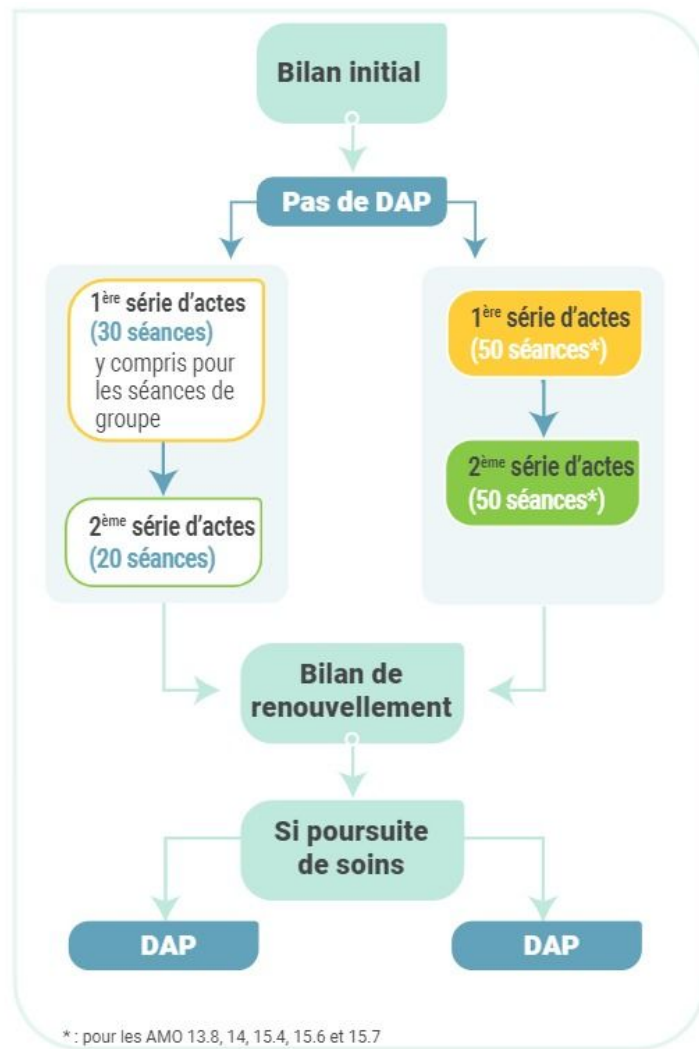
Elle doit être envoyée par le professionnel de santé (NGAP - article 7)

Dématérialisée dans certains départements

→ Aucune différence avec l'accès direct, la DAP continue d'être envoyée seulement post bilan de renouvellement.

Le délai de 15 jours reste nécessaire uniquement après envoi des DAP.

**Demande de la FNO de suppression totale**



\* : pour les AMO 13.8, 14, 15.4, 15.6 et 15.7

# DAP : Cas particuliers

2 orthophonistes voient le même patient en parallèle :

- Pour une même cotation : un traitement par patient (une ordonnance, un bilan, une DAP partagée)
- Pour deux cotations différentes : chaque orthophoniste a son ordonnance, son bilan, sa DAP.

Un.e orthophoniste reprend un suivi : au choix

Réalisation d'un nouveau bilan avec une nouvelle ordonnance OU reprise de l'ordonnance et de la DAP avec le nombre de séances restant.

→ Quels sont les documents à transmettre : on transmet au patient une copie du dossier qu'il transmet ensuite à l'orthophoniste de son choix.

## DAP : Cas particulier

Changement de cotation en cours de traitement :

12.6 → 12.1 : pas de nouvelle DAP, même si les soins sont soumis à DAP

Fin du MEO → pas de nouvelle DAP

12.6 → 14 ou 13.8 → Envoi d'une DAP si les soins y sont soumis (suite BR)

Deux séances peuvent avoir lieu le même jour pour un même patient SI :

- 2 orthophonistes différentes

ET

- 2 cotations différentes (donc deux ordonnances)

# NGAP : cotations d'actes

**Je veux réaliser pour mon patient une évaluation du langage oral et une évaluation du langage écrit :**

2 ordonnances et 2 compte-rendus de bilans distincts

**Mon patient présente plusieurs troubles (ex : LO et LE), quelle cotation ?**

une ordonnance pour chaque cotation, alternance des séances, 2 DAP

2 séances avec le même patient ne peuvent pas être facturées le même jour **par la même orthophoniste.**

**Quelle cotation pour mon patient qui présente un TDA/H ?**

Cotation selon les symptômes pris en charge (LO, LE, cognition mathématique ?)

→ Certaines CPAM recommandent une cotation en 13.8 mais il n'existe pas de consensus national

**Suite à un bilan de langage écrit, puis-je proposer une rééducation du langage oral ?**

Non, il faut d'abord faire un bilan de langage oral

# NGAP : cotations d'actes

**Pour un patient neuro, puis-je coter 2 bilans quand je réalise un bilan langage et un bilan fonctions cognitives ? Un bilan langage et un bilan déglutition ?**

Non, malheureusement le libellé de l'AMO 40 comprend tous ces domaines : *Bilan des troubles d'origine neurologique*

Le libellé de rééducation stipule d'ailleurs :

*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, par séance*

# NGAP : renouvellement

## **Suis-je obligé d'aller au bout des séances de l'ordonnance avant de réaliser un bilan de renouvellement ?**

*Si, à l'issue des 50/100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste.*

→ C'est la procédure si l'orthophoniste arrive à la fin des séances, MAIS un bilan de renouvellement peut être demandé avant la fin des séances.

## **Si je termine la première série de séances, dois-je faire quelque chose pour renouveler avec la deuxième série ?**

30 + 20 :

- Suite au bilan initial → rien à faire
- Suite au bilan de renouvellement → renvoi d'une DAP

50 + 50 :

- Suite au bilan initial → note d'évolution au médecin prescripteur
- Suite au bilan de renouvellement → note d'évolution au médecin prescripteur  
+ renvoi d'une DAP

## Forfaits

**FPH** - Forfait post hospitalisation - 100€ - prise en charge dans les 7 jours calendaires/à domicile/plurihebdo. A facturer 30 jours après la 1ère PEC.

Pour une PEC liée à un accident vasculaire cérébral (AVC), à une pathologie cancéreuse ou une maladie neurologique grave entraînant une dysphagie sévère et/ou troubles de la voix

**MEO** - Majoration Enfant Orthophoniste + 6 euros par acte de 0 à la veille des 3 ans, associée à tous les actes de rééducation (hors bilan).



# Forfaits

## **Forfait handicap (FOH) : 50€**

- 13.8 et 14 quel que soit l'âge
- 15.4 et 15.7 jusqu'à 16 ans

1 fois par année civile, facturation possible une 2<sup>e</sup> fois dans l'année en cas d'aggravation.

[...] visant à la mise en place des aides fonctionnelles à la communication qui favorisent la compensation des troubles dans le cadre de vie habituel du patient

## **FTD : 50€**

- Pour tous les patients suivis en PCO jusqu'à 12 ans inclus
- coté en association d'un acte, non cumulable avec le FOH

[...] valoriser via un forfait l'implication des orthophonistes dans ce type de prise en charge et les spécificités des contraintes liées aux PCO

Ne remplacent pas des réunions.

→ A partager si le patient est suivi par 2 orthophonistes.

# Plateforme de coordination et d'orientation (PCO)

- Initiative gouvernementale
- 97 plateformes en France aujourd'hui
- 0-6 ans et 7-12 ans
- quand l'entourage et/ou le médecin constate un écart inhabituel de développement.
- Objectif : prendre en charge les soins des professionnels non conventionnés sans attendre la pose d'un diagnostic et le financement par la MDPH (psychologues, psychomotricien.nes, ergothérapeutes). Les professionnels sont payés directement par la PCO.
- Orientation par le médecin

→ Ne pas signer de convention avec les PCO, sauf pour qu'ils vous rémunèrent la présence aux réunions de coordination.

## CRITÈRES OBLIGATOIRES

- 1 Utiliser un logiciel métier certifié par la HAS
- 2 Être doté-e d'une version récente du cahier des charges SESAM-Vitale
- 3 Utiliser la solution SCOR pour la transmission des pièces justificatives numérisées
- 4 Atteindre un taux de télétransmission supérieur à 70 % en sécurisé
- 5 Disposer d'une adresse de messagerie sécurisée de santé.
- 6 Prise en charge des coordonnées patient-es

Il est important de faire les dernières mises à jour de votre logiciel de télétransmission fin décembre, et de télétransmettre au moins une fois après la mise à jour.



## 6

## Prise en charge coordonnée des patient·es

### MODALITÉS



En adhérant à une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) avant le 31 décembre (plus d'infos : <https://www.fcpts.org/>)



En exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle



En participant à une équipe de soins primaires

### COMMENT ?



La participation à 4 réunions interprofessionnelles par an permet également de remplir cet indicateur.

Ces réunions comprennent les réunions au sein des établissements de santé, avec les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), les équipes de suivi de scolarisation (ESS), etc.



## CRITÈRES OPTIONNELS

1

**350 euros pour l'équipement en vidéotransmission:** être équipé-e d'une solution complète de vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation ou avoir souscrit un abonnement à une solution de télésanté

2

**175 euros pour l'aide à l'équipement en appareils médicaux connectés** (oxymètre connecté, otoscope connecté, caméra connectée, matériel d'exploration fonctionnelle respiratoire dont le spiromètre et le tympanomètre connectés et aérophonoscope connecté)



# Domiciles

## Frais de déplacement pour les actes effectués à domicile

- **Indemnités forfaitaires de déplacement :**

- IFD : le cas général : 2,50€

- IFS : indemnité forfaitaire de déplacement de sortie d'hospitalisation : 4€ jusqu'au 35ème jour après la sortie d'hospitalisation.

- IFN : indemnité forfaitaire neurologique : 4€.

- ☞ IFN et IFS ne sont pas cumulables avec IFD

- ☞ Si plusieurs patients au même domicile : une seule facturation de frais de déplacement.

# Domiciles

## Frais de déplacement pour les actes effectués à domicile

- **Indemnités kilométriques : IK**

facturées quand le domicile du patient n'est pas dans la même agglomération que notre cabinet ET à plus de 2 km, avec un abattement de 4 km A/R (Réduit à 2 km en montagne)

Pour savoir si on circule en plaine ou montagne :

<https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/zonage-de-politiques-publiques?z1=&pos=>

Définition retenue par l'UNCAM pour définir l'agglomération :

**Une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants.**

# Domiciles

## Frais de déplacement pour les actes effectués à domicile

- Indemnités kilométriques : IK

	Métropole	DOM
IK plaine	0,38€/km	0,43€/km
IK montagne	0,61€/km	0,66€/km
IK à pied/à ski	3,35€/km	3,35€/km

- **Les IK et l'indemnité forfaitaire sont cumulables.**



# Domiciles

Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade.

→ Sauf dans le cas d'un Prado

# Dépassement exceptionnel (DE)

Motifs clairement identifiés ET circonstances exceptionnelles :

- Exigences particulières du patient (non liées à un motif médical)  
→ exemple : lieu particulier, des soins à heure fixe ou en dehors de l'horaire normal de l'orthophoniste
- Déplacement anormal imposé à l'orthophoniste éloigné de la résidence du patient

Tarif fixé « avec tact et mesure »

Sur la FDS : indiquer montant perçu + motif du dépassement (DE)

Le patient n'est pas remboursé par l'assurance maladie

ATTENTION, pas de dépassement exceptionnel en cas de procédure de dispense d'avance de frais (CSS, ALD, AME)

Travailler un jour férié n'est pas un motif de DE.

# Double prise en charge

On parle de double prise en charge si :

- L'orthophonie fait partie de la mission de l'établissement
- L'établissement est en dotation globale
- le patient est suivi dans la structure pour la même pathologie que celle vue en libéral

→ C'est presque toujours le cas !

L'absence d'orthophoniste dans la structure n'empêche pas la double prise en charge !

Liste non exhaustive :

CMP, CMPP, HDJ, CAMSP, SESSAD, UEMA, UEEA, CME, IME, IEM, ITEP, HAD, MAS, EHPAD...

Dans ce cas → signature d'une convention avec la structure

# Double prise en charge

Conventions (1 par patient): attention !

- le numéro ADELI de l'orthophoniste
- le nom du patient
- le principe du libre choix du praticien par un patient
- le respect de la nomenclature générale des actes professionnels
- le respect des tarifs conventionnels
- la rémunération des réunions de synthèse
- la durée de la convention (date de début et de fin)

Éléments abusifs (éléments non conventionnels/en opposition avec l'exercice libéral) :

- chercher un remplaçant
- justifier les absences
- limitation du nombre de séances par semaine
- date vacances
- horaires des séances
- rythme des facturations

## Double prise en charge

ATTENTION il peut y avoir des dérogations :  
si en raison de l'intensité ou de la technicité les soins ne peuvent être proposés par la structure, une dérogation est possible.

Procédure de demande dérogatoire :

1°) Rédaction de la prescription argumentée par le médecin attaché à l'établissement. Le document doit expliquer la situation particulière de l'enfant par rapport à la capacité de la structure à assurer les soins adaptés en termes de technicité ou d'intensité requis par la pathologie ou les troubles dont souffre l'enfant.

2°) Envoi de la Demande d'Accord Préalable par l'orthophoniste souhaitant effectuer la prise en charge. L'absence de réponse du Service Médical sous 15 jours vaut accord. En cas d'accord, l'ensemble du traitement du patient sera pris en charge exclusivement en soins de ville.

## Double prise en charge

Normalement la demande de dérogation peut être envoyée par la structure, mais pour vous couvrir → envoi par vos soins en courrier recommandé avec accusé de réception.

Non réponse sous 15 jours vaut accord

Si un patient que vous suiviez précédemment est admis dans une structure, vous tombez immédiatement dans le cadre de la double prise en charge. Vous ne pouvez pas aller au bout de votre série de séances.

Il est donc important que votre patient vous ait bien informé...

# Double prise en charge

La FNO demande la récupération des indus auprès des structures !  
Déjà dans la loi pour les EHPAD (l'article L133-4-4 du code de la sécurité sociale)  
→ demande d'élargissement à tous les ESMS

Puis-je refuser un patient au motif qu'il entre dans le cadre de la double prise en charge ?

→ Motion du congrès FNO en 2019

→ des modèles de lettres sont proposés aux orthophonistes

[Double prise en charge et prises en charges concomitantes](#)

# Refus de soins

Le refus de soins s'entend par tout comportement qui conduirait, directement ou indirectement, à une absence de soins adaptés à l'état de santé du patient. **Bien qu'il soit possible pour un professionnel de santé de refuser de dispenser des soins, cette faculté ne doit pas s'apparenter à une discrimination en raison de son origine, de son sexe, de sa situation familiale, de son état de santé, de son handicap, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.**

Le professionnel de santé peut refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, par exemple en cas de mésentente avec un patient, d'un comportement agressif, ou d'incompétence compte tenu de la spécificité d'une prise en soin...

**Dans le cas d'un arrêt de prise en soin, il doit avertir sans délai le patient par écrit en indiquant la raison et lui fournir les coordonnées des orthophonistes aux alentours et lui mettre à disposition son dossier.**

**Un copie du courrier sera adressée au médecin prescripteur afin de le prévenir également.**



## Double prise en charge

Si on a commencé les soins en libéral et que le patient est ensuite pris en soin en structure (CMPP...) faut-il refaire un bilan et une DAP ?

Si on a facturé des séances en libéral alors que le patient est suivi en structure, comment rectifier le tir ?

# Les “erreurs” à ne pas commettre

Jamais 2 séances le même jour (sauf 2 orthophonistes pour 2 cotations différentes)

Si vous avez un doute sur une facturation, demandez à votre SRO !

Attention aux réponses CPAM : adressez vous aux membres de votre CPD !

Attention à la double prise en charge

Ne pas facturer des séances qui n’ont pas eu lieu (“lapins”)

Etablir ses propres limites et tacher de ne pas les dépasser (notamment en termes d’horaires et de compétences)...

**Contactez vos syndicats régionaux**  
**<https://www.fno.fr/la-fno/>**  
**ou envoyez un mail à [contact@fno.fr](mailto:contact@fno.fr)**