CONVENTION CONCERNANT L’INTERVENTION ORTHOPHONIQUE EN EXERCICE LIBERAL, AUPRÈS D’UN PATIENT RELEVANT D’UNE STRUCTURE SANITAIRE

DONT LE FINANCEMENT **N’INCLUT PAS** LA RÉMUNÉRATION DES ORTHOPHONISTES

Numéro de convention : ……………………- 2025 (*n° d’ordre – année de signature*)

**Entre les soussigné(e)s,**

………………………………………………………………………………………..EI, Orthophoniste libéral(e)

N° RPPS : …………………………………………

Adresse :…………………………………………………………….………………………………………………………….

ci-après dénommé(e) **l’orthophoniste,**

et

Monsieur le Directeur/ Madame la Directrice,……………………………………..……………….…....

Représentant l’établissement ……………………………………………………………..………..…….

Adresse :……………………………………………………………………………………………..…...

ci-après dénommé(e) **l’établissement,**

***il est préalablement exposé ce qui suit :***

Cette convention concerne l’intervention orthophonique en exercice libéral auprès d'un patient relevant d'un établissement sanitaire dont le financement n’inclut pas la rémunération des orthophonistes.

Elle est conclue en l’absence de possibilité de prise en charge par un orthophoniste salarié de **l’établissement**.

***il a été convenu ce qui suit :***

1. **OBJET**

**L’établissement** atteste par la présente convention que ……………………………………..……… *(prénom et nom du patient)*, patient confié à **l’établissement**, nécessite l’intervention d’un orthophoniste libéral en dehors du motif d’admission au sein de **l’établissement.**

Cette intervention est fondée sur le libre choix de **l’orthophoniste** par le patient et s'inscrit dans le cadre des conditions et principes de l’exercice libéral conventionné de l’orthophonie.

1. **MODALITES ET SUIVI**

L’intervention orthophonique fait partie intégrante du projet individualisé du patient élaboré et mis en place avec la famille par **l’établissement**.

En application de la réglementation en vigueur, notamment des articles R4341-1 à R4341-3 du Code de la Santé Publique, du Code de la Sécurité Sociale et de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, le bilan orthophonique établi par **l’orthophoniste** précise le diagnostic orthophonique et propose un projet thérapeutique adapté.

**L’orthophoniste** est responsable de son intervention auprès du patient auquel il dispense ses soins et exécute ses actes dans le respect des textes réglementaires et législatifs en vigueur.

**L’orthophoniste** est, selon la nécessité spécifique à chaque patient, en relation avec la famille et **l’établissement** pour ce qui concerne les modalités et le déroulement de son intervention.

1. **FREQUENCE ET PERIODE DE DISTRIBUTION DES SOINS**

La fréquence et le nombre de séances hebdomadaires sont fixés par **l’orthophoniste**, en fonction du projet thérapeutique orthophonique et en tenant compte du projet thérapeutique global de l’enfant.

La fréquence et le nombre de séances hebdomadaires peuvent être réévalués en fonction de la situation du patient.

1. **TARIFICATION**

La facturation des bilans, des soins et des forfaits (comprenant des indemnités kilométriques en cas de déplacement) sont fixés, au tarif en vigueur le jour de l’acte effectué, selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels applicable aux orthophonistes ayant signé la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les orthophonistes et l’Union Nationale des Caisses d’assurance maladie et facturés directement à la Caisse (la prise en charge intervenant en sus des soins hospitaliers).

Pour toute réunion de synthèse concernant le patient, **l’établissement** s’engage à régler à **l’orthophoniste** la somme forfaitaire de cent (100) euros.

**L’établissement** s’engage à fournir annuellement à **l’orthophoniste**, au cours du mois de février de l’année n+1, un document mentionnant le montant des honoraires versés au titre de la présente convention et attestant que ces honoraires sont conformes aux honoraires conventionnels en vigueur (cf. annexe).

1. **MODALITES DE REGLEMENT DES REUNIONS DE SYNTHESE**

Le règlement sera effectué par **l'établissement**, au moyen d'un virement administratif, dans un délai maximum de trente jours suivant la présentation par **l’orthophoniste** d’une facture détaillée (nom du patient, date de la réunion, montant total dû) accompagnée d’un relevé d’identité bancaire pour le premier règlement.

Le non-respect du délai fixé ci-dessus par **l'établissement** entraîne le versement à **l’orthophoniste** d'une pénalité égale à 10 % de la facture réglée à compter du trente et unième jour ouvré.

1. **DUREE DE LA CONVENTION**

La présente convention est conclue à compter de la signature des présentes et jusqu’au terme de la prise en charge du patient par **l'établissement**.

En cas d'arrêt des soins au cours de la prise en charge[[1]](#footnote-0) du fait de **l'orthophoniste**, la présente convention cesse de plein droit. La cessation sera alors effective quinze jours francs après réception par **l’établissement** d'une lettre ou d’un courriel.

En cas de non-respect de l'un des engagements de la présente convention, celle-ci deviendra automatiquement caduque, quinze jours francs après mise en demeure lui ayant été adressée par l’autre partie, sous forme recommandée avec accusé de réception, l’invitant à satisfaire à ses obligations, et demeurée sans effet (le délai partant à compter de la réception de cette lettre).

1. **REMPLACEMENT DE L’ORTHOPHONISTE**

En cas d'arrêt momentané d'exercice, il est entendu que **l’orthophoniste** pourra se faire remplacer. L’orthophoniste jugera selon la situation de cette nécessité et de sa possibilité

Une convention, couvrant la durée du remplacement, pourra être signée entre son/sa remplaçant(e) et **l’établissement**.

Fait à ……………………………..

le …………………………………

(en 2 exemplaires,

Un pour chaque partie)

**L'orthophoniste** **L’établissement**

**Attestation de versement des honoraires**

**conforme à la convention nationale des orthophonistes**

**L’établissement :** …………………………………………………………………..…..……………………...…....

Adresse :…………………………………………………………………………………………

Convention(s) n°……………………………………………………….………………...., concernant la prise en charge orthophonique en exercice libéral d'un patient relevant d'une structure dont le financement n’inclut pas la rémunération des orthophonistes et conclues entre **l’établissement**……………………………………………………………………………………………………………………….. et ……………………………………………………………………………………….. EI *(prénom et nom)*, Orthophoniste à ……………………………………………...........................................................................…*(adresse)*, n° RPPS ……………………………………..

Je, soussigné, ……………………………………………..…………………………………….. *(prénom, nom et qualité du signataire)* atteste, que la somme de …………………………€ correspondant au montant des honoraires versés au cours de l’année ………….., à ……………………………………………………………………………………….. EI *(prénom et nom de l’orthophoniste)*, en application des conventions ci-dessus référencées, est conforme aux règles de rémunération prévues par la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les orthophonistes et l’Union Nationale des Caisses d’Assurance Maladie.

Le présent document est fourni à l’intéressé (e) pour répondre aux exigences de la convention nationale des orthophonistes libéraux signée le 31 octobre 1996 et publiée au Journal Officiel du 9 janvier 1997.

Fait à ……………………………..

Le …………………………………

**L’établissement**

*(Signature)*

1. A l’exception des périodes de congés de l’orthophoniste [↑](#footnote-ref-0)