

ACCOMPAGNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE LORS DE L'INSTALLATION EN SECTEUR LIBÉRAL

MEMENTO À DESTINATION DES INFIRMIÈR(E)S

Mise à jour au 27/12/2022



SOMMAIRE

1. Les règles générales de cotation des actes
2. Les soins liés à la dépendance (BSI/DSI)
3. La facturation et la télétransmission
4. Le tiers-payant
5. La télétransmission des pièces justificatives et SCOR
6. Le forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (FAMI)
7. ADRI
8. Le droit de prescription
9. L'accompagnement des téléconsultations
10. Vous faire remplacer
11. Liens utiles
12. Vos interlocuteurs : contacts utiles



1. RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES

Prescription obligatoire :

Tout acte **doit être prescrit**. Un acte prescrit n'est pas obligatoirement remboursable. Les actes non inscrits à la NGAP sont facturables au patient mais non remboursables par l'Assurance Maladie. Par exemple, l'instillation de collyres, l'aspiration par sonde nasale, la pose des bas de contention, ne sont pas remboursables (liste non exhaustive).

Exceptions :

- Injection du **vaccin antigrippal** pour les plus de 18 ans dans le cadre de la campagne de vaccination de l'Assurance Maladie.
- **Perfusion** : acte AMI 4,1 prévu à la NGAP : changement de flacon ou branchement ou autres interventions.
- **Bilan à la première prise en charge d'une plaie** nécessitant un pansement lourd et complexe, sous réserve d'une prescription médicale de ce pansement.



Toutes les cotations des actes infirmiers et conditions de facturation sont accessibles sur ameli.fr

Cumul des actes et dérogations :

Article 11B de la NGAP : le principe

Actes multiples au cours d'une même séance sur un même malade par le même infirmier :

- L'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.
- Le deuxième acte est ensuite facturé à 50%. Les actes suivants ne sont pas facturables.

EXEMPLE

1 ablation de fils ou d'agrafes (plus de 10)
y compris le pansement éventuel (AMI 4)
1 pansement de stomie (AMI 3)

Facturation = AMI 4 + AMI 3/2

Il existe 2 types de dérogations à l'article 11B

- dérogation sur le taux d'abattement des actes facturés, tout en respectant la règle du nombre maximal d'actes facturables à 2 : le coefficient du 2^e acte est à 100% de sa valeur. (ex : prélèvement sanguin)
- dérogation sur le nombre d'actes facturables : 3 actes ou plus peuvent être facturés au cours de la même séance.

Frais de déplacement :

Article 13 de la NGAP : le principe

- La prescription doit préciser la réalisation des soins à domicile
- **Les indemnités de déplacement sont remboursées en sus de la valeur de l'acte réalisé, selon des règles très précises** : rendez vous sur ameli.fr pour connaître le détail, et notamment le calcul et les modalités de facturation de ces indemnités kilométriques
- Lorsque les IK sont facturables, elles peuvent se cumuler avec l'IFD ou l'IFI
- **La facturation des IK (à partir du cabinet) est dégressive à partir de seuils quotidiens :**



Jusqu'à 299 kms cumulés > Pas d'abattement

À partir de 300 kms cumulés > Abattement de 50% du tarif du remboursement des IK

À partir de 400 kms cumulés > Abattement de 100% du tarif du remboursement des IK



1. RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES

Pour être facturable, la mention nuit/dimanche/férié doit être indiquée sur la prescription :

La NGAP précise que les majorations nuit/dimanche/férié se justifient dès lors que l'acte est urgent ou justifié par l'état du patient.

Pas de prescriptions nécessaires pour les majorations MAU, MCI et MIE :

- **Majoration d'Acte Unique (MAU) :**

- o Une MAU est appliquée lorsqu'un infirmier réalise au cours de son intervention un **acte unique de cotation AMI ≤ 1,5** au cabinet ou au domicile du patient

- **Majoration de Coordination Infirmière (MCI) :**

- o Du fait de son **rôle de coordination et de continuité des soins**, un infirmier applique une MCI lorsqu'il réalise, au domicile du patient :

- > Un pansement lourd et complexe inscrit au titre XVI, Chap 1, Article 3 ou Chap II, Article 5bis (Exemple : AMI 4 + MCI)

- > Des actes infirmiers inscrits à la NGAP réalisés sur un patient en soins palliatifs

- **Majoration de prise en charge des enfants de – de 7 ans (MIE) :**

- o Cotable jusqu'à la veille du 7^e anniversaire et cumulable avec les autres majorations



Page tarifs conventionnels sous ameli.fr

Actes soumis à accord préalable

- **Les actes ou traitements soumis à accord préalable sont indiqués par les lettres AP dans la NGAP :**

- o **La demande d'accord préalable** se fait sur le formulaire d'accord préalable S 3108 (disponible dans votre logiciel métier) :

- > Exemple : l'administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neuro-dégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage (AMI), au-delà du 1^{er} mois



L'absence de réponse dans un délai de 15 jours après la réception de la demande par la caisse d'affiliation du patient équivaut à un accord (et à condition que l'acte soit inscrit à la NGAP)

Soins postopératoires à domicile

4 actes à la NGAP permettent la prise en charge des soins post-opératoires à domicile par l'infirmier, sur prescription et avec l'élaboration d'un protocole écrit :

1. séance de surveillance clinique et d'accompagnement post-opératoire – AMI 3,9

Trois séances au plus peuvent être facturées pour un patient du retour à domicile (J0) à la veille de la 1^{re} consultation post-opératoire avec le chirurgien, ou à défaut à J+6 inclus.

2. séance de surveillance du cathéter périmerveux pour analgésie post-opératoire - AMI 4,2

Un acte au plus de surveillance peut être facturé par jour avec présence d'un aidant à domicile, ou deux actes au plus en l'absence d'aidant sur trois jours consécutifs.

3. Un acte de retrait de sonde urinaire - AMI 2

Précision : Un acte de retrait de sonde urinaire est parallèlement ajouté à l'article 6 du chapitre I du titre XVI de la NGAP, cet acte n'étant pas lié aux seuls soins post-opératoires.

4. Un acte de surveillance de drain de redon et/ou retrait post-opératoire de drain - AMI 2,8

Deux séances peuvent être facturées pour un patient à partir du retour à domicile.

Précisions : Les séances de surveillance cotées AMI 3,9 et 4,2 ne sont pas cumulables entre elles. Chacune d'elles peut toutefois être associée avec l'acte de retrait de sonde urinaire ou l'acte de surveillance de drain de redon et/ou retrait post-opératoire de drain à taux plein.



1. RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES

Exemple de cotations IDE

Illustration de l'article 1 chapitre I sur le prélèvement par ponction veineuse : prélèvement sanguin (AMI 1, 5) + injection sous cutanée d'insuline (AMI 1)

L'acte de ponction veineuse est cumulable à taux plein quel que soit le coefficient de l'acte associé (coefficient < 1,5) par dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.

Illustration de l'article 2 du chapitre I sur les pansements opératoires d'exérèses multiples de varices :

Pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et /ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping (AMI 3)

Quelle que soit la localisation des plaies (sur un seul membre ou sur les 2 membres), deux actes au plus peuvent être facturés même si au total le nombre de plaies est supérieur à 2.

Illustration de l'article 3 du chapitre I sur les pansements lourds et complexes avec l'analgésie topique :

analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre (AMI 1,1) + pansement d'escarre profonde et étendue et atteignant les muscles et les tendons (AMI 4)

L'acte d'analgésie topique comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie la mise en attente

Lorsque l'analgésie et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux sans application de l'article 11B des Dispositions générales.

Illustration de l'article 12 chapitre I : (AIS 3 ou forfait BSI) + soins de perfusion (AMX 14)

Des actes sont cotables en sus des séances AIS ou des forfaits de dépendance BSA, BSB, BSC.

Illustration de l'article 5B chapitre II sur le nombre d'actes facturés : contrôle glycémique (AMI 1) + Injection d'insuline lente (AMI 1) et rapide (AMI 1) + pansement lourd et complexe pour plaie diabétique (AMI 4)

Illustration de l'article 5B chapitre II sur le taux d'abattement : contrôle glycémique (AMI 1) + Injection d'insuline (AMI 1)

Tous les actes de l'article 5 B du chapitre II peuvent se cumuler entre elles sans application de l'article 11B des Dispositions Générales de la NGAP.

Illustration de l'article 7 du chapitre II sur les soins post-opératoires : Un acte de retrait de sonde (AMI 2) ou un acte de surveillance de drain (2,8) peut être associé soit à une séance de surveillance post-opératoire (AMI 3,9), soit à une séance de surveillance de cathéter périmerveux (4,2), à taux plein en dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.

Les combinaisons possibles :

Séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile pour les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de soins de réhabilitation améliorée (RAAC) (AMI 3,9) + Retrait de sonde urinaire (AMI 2)

Séance de surveillance et /ou retrait de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire (AMI 4,2) + Retrait de sonde urinaire (AMI 2)

Séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile pour les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de soins de réhabilitation améliorée (RAAC) (AMI 3,9) + Surveillance de drain de redon et/ou retrait post opératoire de drain (AMI 2,8)

Séance de surveillance et /ou retrait de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire (AMI 4,2) + Surveillance de drain de redon et/ou retrait post opératoire de drain (AMI 2,8)



1. RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES

Nouveauté
2022

L'acte d'accompagnement à la prise médicamenteuse du patient à domicile – Depuis le 1er janvier 2022

Création au 1^{er} janvier de l'acte d'accompagnement par l'infirmier de la prise médicamenteuse du patient à domicile :

- Peut être **prescrit par le médecin** lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou encore au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique.
- Concerne un patient à domicile, non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés.
- **Comprend 3 séances** incluant chacune : prise de contact, mise en œuvre (l'adhésion du patient au traitement, l'observance, la gestion du stock des médicaments, la détection des effets indésirables et l'aide à l'organisation de la prise médicamenteuse), évaluation et compte rendu. Elles sont à réaliser **dans un délai maximal d'un mois**. A l'issue, un retour écrit est fait au médecin prescripteur (et au médecin traitant s'il n'est pas le prescripteur)..
- Est renouvelable sur prescription une fois au cours des 12 mois suivants.
- N'est pas cumulable avec un autre acte de l'article 10 au cours d'une même séance de soins.
- Cotation : 1^{re} séance AMI 5,1 / 2^{ème} et 3^{ème} séance : AMI 4,6.



2. LES SOINS LIÉS À LA DÉPENDANCE

Objectif : favoriser le maintien à domicile des personnes en situation de dépendance temporaire ou permanente

Le Bilan de Soins Infirmiers (BSI) est étendu à l'ensemble des patients dépendants et s'accompagne de la mise en place progressive d'une rémunération au forfait journalier :

- **Patient 90 ans et +** ► 1^{er} janvier 2020 : saisie de l'outil et facturation des forfaits
- **Patient 85 ans et +** ► saisie de l'outil et facturation des forfaits
- **Patient 78 ans et +** ► } **1^{er} janvier 2022 : saisie de l'outil BSI (sans facturation parallèle des forfaits BSI aux patients dépendants de moins de 90 ans)**
- **Tout patient dépendant** ► }

Les **forfaits journaliers (BSA / BSB / BSC)** remplacent la facturation à la séance en AIS pour les patients de 85 ans et plus uniquement, et sont valorisés différemment selon la charge en soins infirmiers nécessités par le patient.

Comment facturer les soins aux patients dépendants durant la période de mise en œuvre progressive du BSI et des forfaits journaliers :

- Pour les patients dépendants **de 85 ans et plus** : le bilan de soins infirmiers et les forfaits journaliers s'appliquent
- Pour les patients dépendants **de moins de 85 ans** : la saisie de l'outil BSI est étendue et la tarification des séances en AIS continuent de s'appliquer. (récapitulatif ci-après)

A noter que : le volet de facturation du téléservice BSI est adapté, à titre dérogatoire, en vue de la saisie d'un BSI pour des patients de moins de 85 ans et permettra à l'infirmier d'indiquer la cotation en AIS.



2. LES SOINS LIÉS À LA DÉPENDANCE

L'extension du bilan de soins infirmiers (BSI)

	Soins liés à la dépendance pour patients de 85 ans et plus	Soins liés à la dépendance pour patients de moins de 85 ans
Saisie du Bilan de soins infirmiers	Elaboration du BSI : BSI initial : DI 2,5 BSI intermédiaire ou de renouvellement : DI 1,2	
Frais de déplacement	IFI (+/- IK) Au <u>maximum 4 IFI</u> par jour pour un même patient	IFD (+/- IK)
Facturation	Forfaits journaliers selon la lourdeur de la prise en charge : - « légère » : BSA - « intermédiaire » : BSB - « lourde » : BSC <u>Une seule facturation par un seul infirmier</u> (quel que soit le nombre d'infirmiers intervenant dans la même journée de soins auprès du patient)	AIS 3 Facturation <u>à chaque passage par chaque infirmier</u> Au <u>maximum 4 AIS3</u> par jour pour un même patient (quel que soit le nombre d'infirmiers intervenant dans la même journée de soins auprès du patient)
Actes techniques avec « facturation autorisée » dans le cadre de la dépendance	AMX <u>Un seul acte AMX peut être coté, seul ou en association aux forfaits journaliers et/ou IFI, à chaque passage de l'infirmier (sauf exceptions(1))</u>	AMX <u>Un seul AMX peut être coté avec l'AIS 3 à chaque passage de l'infirmier (sauf exceptions(1))</u>
Majorations autorisées	A chaque passage de l'infirmier au cours duquel est facturé au moins un forfait journalier, IFI ou AMX ; possibilité de coter pour <u>un seul</u> de ces actes: Majoration nuit de 23h à 5h : MM Majoration nuit de 20h à 23h et de 5h à 8h : MN Majoration dimanche/jour férié : F Majoration coordination infirmière : MCI	A chaque passage de l'infirmier en sus de l'AIS 3, possibilité de coter : Majoration nuit de 23h à 5h : MM Majoration nuit de 20h à 23h et de 5h à 8h : MN Majoration dimanche/jour férié : F Majoration coordination infirmière : MCI Majoration jeunes enfants : MIE

* Nb : MAU non facturable avec AMX

(1) Exceptions :

Possibilité de facturer en sus du forfait journalier ou des AIS 3, des actes techniques cotés AMX :

En dérogation à l'article 11B (à taux plein) :

- perfusions ;
- pansements lourds et complexes ;
- surveillance clinique et de prévention suite à une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) ;
- prélèvements sanguins.

Avec application de l'article 11B (à 50% de son coefficient) :

- Injections intra-musculaires, intradermiques et injections sous cutanées (Chap I - Art 1 et Chap II Art 4)
- Injections sous-cutanées d'insuline ;
- Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané.

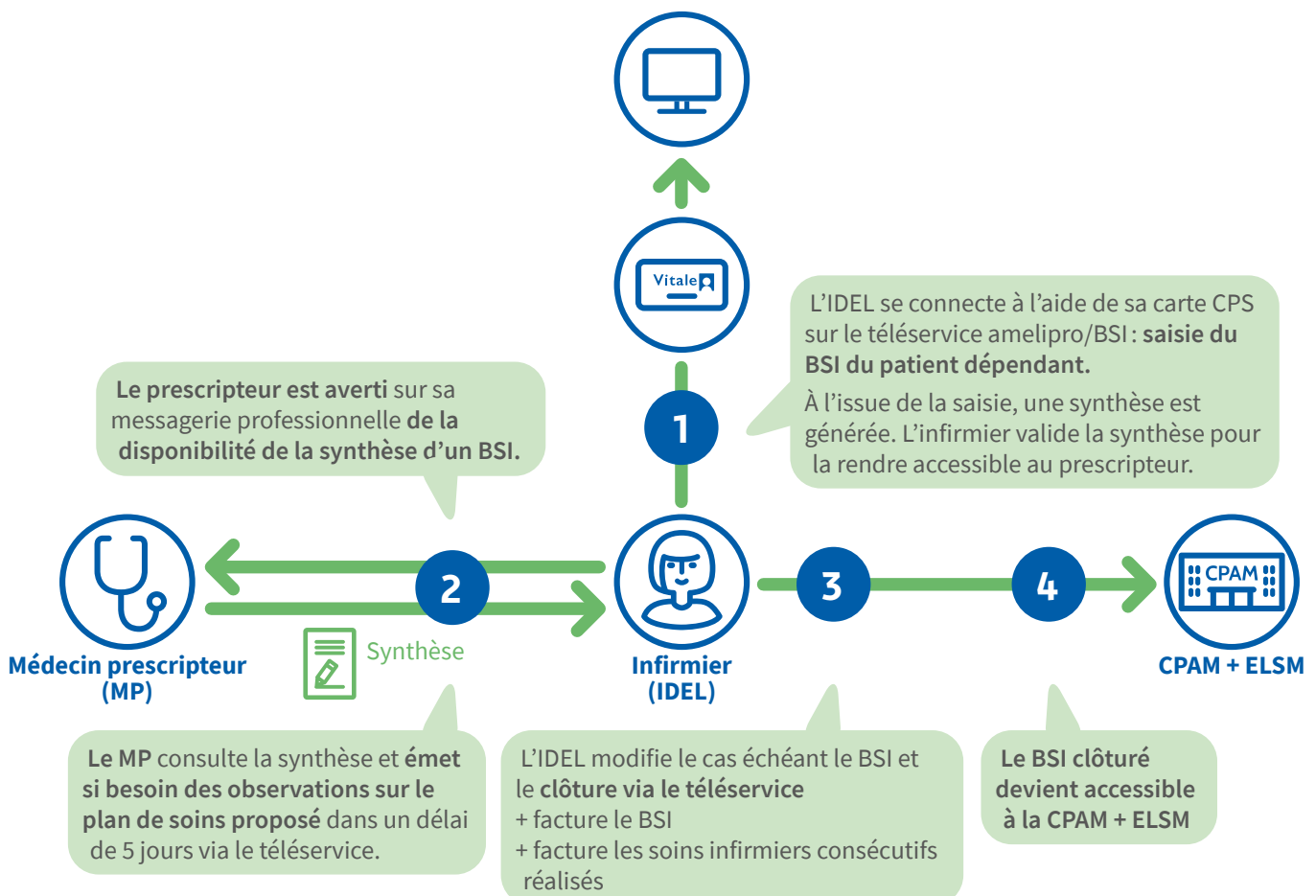


2. LES SOINS LIÉS À LA DÉPENDANCE

Elaboration du BSI

- Le médecin établit une prescription pour des soins à domicile pour un patient dépendant. La mention explicite du terme BSI n'est pas nécessaire.
- L'infirmier réalise le BSI sur son compte AMELI PRO avec sa carte CPS. Il indique dans l'outil les interventions réalisées par l'infirmier en propre auprès du patient (nb : les interventions des tiers ne doivent pas être cochées).**
- Le BSI a une durée de validité d'un an. Il est donc nécessaire de le renouveler chaque année, munie d'une nouvelle prescription de soins
- Dès l'envoi de la synthèse du BSI au prescripteur, l'infirmier peut débuter les soins. Le BSI ne vaut plus demande d'entente préalable
- Le BSI comporte 3 volets : volet administratif, volet facturation et volet médical qui sont renseignés par l'infirmier.
- Le niveau de forfait journalier à facturer est alors automatiquement déterminé par l'outil BSI en fonction des interventions réalisées en propre par l'IDE et saisies dans l'outil. De manière dérogatoire, pour les soins prodigués aux patients dépendants de moins de 85 ans, l'outil BSI permet à l'infirmier de saisir une cotation en AIS
- Le prescripteur est informé sur sa messagerie professionnelle (AMELI PRO) de la disponibilité de la synthèse d'un BSI : il peut émettre dans un délai de 5 jours des observations sur le plan de soins proposé si nécessaire
- L'infirmier clôture le BSI même en l'absence de réponse du prescripteur dans le délai des 5 jours (clôture automatique possible via l'outil).
- Le BSI clôturé devient accessible à la CPAM (volet administratif et facturation) et à l'ELSM (tous volets). **Sa facturation est alors prise en charge par l'Assurance Maladie.**

Le circuit du BSI



NB : Sans retour du prescripteur sur le plan de soins dans les 5 jours, l'infirmier peut clôturer le BSI.
Si le MP est un médecin hospitalier, l'IDEL adresse la synthèse par MSS (messagerie sécurisée de santé).



3. FACTURATION ET TÉLÉTRANSMISSION

Facturation et télétransmission

- Vous demandez à l'assuré sa carte Vitale afin de sécuriser votre facturation.
- A défaut, vous utilisez le mode dégradé (télétransmission avec votre seule carte CPS)
- Votre facturation doit correspondre à des actes prescrits et réalisés. Elle vous engage personnellement, même si elle est réalisée par une société de facturation.
- Vous disposez d'un délai de 3 jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré ou de 8 jours ouvrés* en cas de dispense d'avance de frais (donc de tiers payant) pour télétransmettre vos Feuilles de Soins Electroniques (FSE) à l'Assurance Maladie
- Ce délai court à partir de la réalisation de l'acte si celui-ci est unique, ou à partir du dernier acte présenté au remboursement dans le cadre de la prescription d'une série d'actes. Pour des actes en série, il est recommandé d'envoyer rapidement et régulièrement vos factures en télétransmission sans attendre le dernier soin pour vous permettre un meilleur suivi des actes déjà facturés auprès de l'Assurance Maladie.

* art. R.161-47 Code de la sécurité sociale

Facturation et traitement des rejets



POUR ÉVITER DES REJETS, VÉRIFIEZ QUE LA PRESCRIPTION CONTIENT BIEN :

- **L'identification complète du prescripteur** (nom, qualification, numéro d'identification: FINESS et RPPS du médecin pour les établissements; numéro ADELI et RPPS pour les libéraux)
- **Le nom et le prénom du patient**, éventuellement son âge, son sexe, son poids et sa taille
- **La date de rédaction** de l'ordonnance
- **Le type de soins**
- **Le nombre de séances** nécessaires ou la durée du traitement le cas échéant
- **Le lieu** de réalisation des soins
- **Le moment et la fréquence** de réalisation des soins
- **Le rapport ou non du traitement avec une ALD** (ordonnancier bi-zone)
- **Sa signature**

N'hésitez pas à contacter le prescripteur en cas de doute ou d'oubli de sa part

NB : les infirmiers installés dans une zone très dotée ou intermédiaire limitrophe à une zone surdotée doivent réaliser les 2/3 de leur activité dans cette zone.

Facturation et traitement des rejets

Les retours

Dès lors que vous lui transmettez les lots des factures électroniques en mode SESAM Vitale, l'Assurance Maladie met à votre disposition un retour d'informations électronique.

Vous recevez en retour deux types de fichiers :

- L'accusé de réception logique (ARL) qui vous confirme la bonne réception de vos fichiers par l'Assurance Maladie.
- Le retour NOEMIE (norme ouverte d'échange entre l'Assurance Maladie et les intervenants extérieurs) qui contient l'ensemble des informations relatives aux paiements et/ou rejets éventuels de vos factures et autres prestations, issu du traitement de vos factures par l'Assurance Maladie (uniquement en tiers Payant).

Le traitement de votre facturation

- Dès la réception des lots par la CPAM, vous recevrez un courriel listant :
 - o Les paiements,
 - o Les rejets à traiter par vos soins accompagnés de consignes de traitement claires et adaptées
 - o les rejets traités directement par la CPAM
- Pour ce faire, il est nécessaire de transmettre à la CPAM une adresse mail.



4. LE TIERS-PAYANT

- Depuis le 1^{er} janvier 2017, les soins pris en charge au titre de l'assurance maternité ou en lien avec une affection de longue durée (ALD) bénéficient du tiers payant intégral.
- Vous devez pratiquer le tiers payant pour les bénéficiaires de la C2S, et de l'AME, ainsi que pour les patients victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.
- Vous pouvez également pratiquer le tiers payant pour la part obligatoire pour l'ensemble de votre patientèle.

Comment facturer la part complémentaire pour les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ?

- Le fonctionnement de votre logiciel pour la CSS est identique au fonctionnement de la CMU C
- L'identification des bénéficiaires de soins au regard de la CSS peut être faite:
 - o à partir de la carte Vitale
 - o de l'attestation de droit à la CSS
 - o d'ADRI

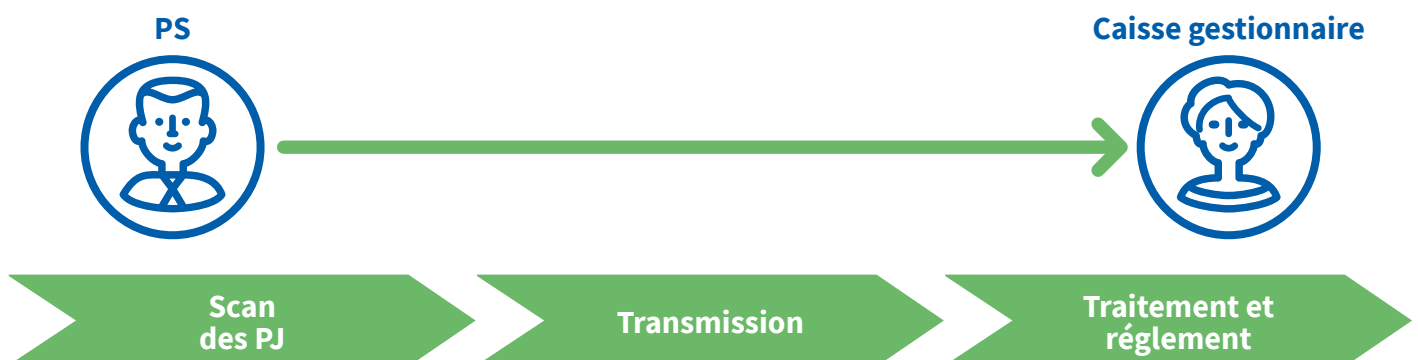


5. TÉLÉTRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES ET SCOR

La transmission des pièces justificatives (prescription médicale, formulaire 3740 de prescription de DSI, feuille de soins signée par l'assuré en cas de mode dégradé) doit s'effectuer simultanément à la télétransmission de vos factures.

Intégré à votre logiciel métier, le service SCOR permet, lors de la réalisation de la FSE (Feuille de Soins Electronique), de numériser la ou les pièces justificatives et de la (les) transmettre directement à la caisse de rattachement de l'assuré.

- Vérifiez régulièrement la qualité des Scan avant envoi pour éviter une créance pour manque de PJ ou pour PJ illisible.
- N'oubliez pas de vérifier vos confirmations de réception SCOR, car si les PJ ne sont pas transmises, une retélétransmission est possible.





5. TÉLÉTRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES ET SCOR

- Le respect du délai de 8 jours permet d'éviter des retards de paiement.
- Vous devez conserver vos pièces justificatives pendant 90 jours même en cas d'envoi via SCOR
- Dans l'hypothèse d'un envoi papier de vos pièces justificatives, les documents sont à adresser mensuellement par voie postale avec le bordereau de lot récapitulatif des factures transmises. Le bordereau doit être positionné en première page, suivi des factures classées par ordre d'apparition sur le bordereau.

Pensez à indiquer sur l'enveloppe « Pôle télétransmission infirmiers ».



Attention

Les DAP et DSI (imprimé 3742) accompagnées d'une copie de l'ordonnance sont à adresser au plus tard au début des soins à l'attention du médecin conseil par voie postale.

Les modes de facturation : sécurisé (SESAM-VITALE), dégradé, hors SESAM VITALE (B2)

Facturation à utiliser en priorité	FSE sécurisée SESAM - Vitale  + 	Respect de la garantie de paiement. Paiement habituel dans les 48 heures avec pénalités de retard payées par l'AMO si au-delà de 7 jours.	Les flux sont signés électroniquement et protégés de toute intervention d'un tiers. La FSE sécurisée remplace la FSP. La transmission des pièces justificatives est obligatoire pour les actes prescrits.	Le retraitement des rejets de facturation se fait en mode dégradé si logiciel SV
	FSE dégradée  + 	Pas de garantie de paiement. Pas de pénalités en cas de retard de remboursements.	La facturation d'une facture dématérialisée sous norme B2 implique l'envoi des pièces justificatives.	
Facturation à utiliser exceptionnellement	Norme B2  +   + 	Pas de garantie de paiement. Pas de pénalités payées par l'AMO en cas de retard de remboursement. Facturation avec des progiciels qui s'appuient sur la norme IRIS/B2 « Inter régime »	La facturation d'une FSE sous norme B2 implique l'envoi des pièces justificatives. En cas d'attente d'un logiciel SV, d'absence de carte CPS. Les consultations des vacataires et en soirée doivent dans la mesure du possible être réalisées en FSE sécurisée SV.	
	Feuille de soins papier 	Pas de garantie de paiement. Pas de pénalités en cas de retard de remboursement. Engagement de paiement à 20 jours.		



Rejet sur la connaissance des droits





6. FORFAIT D'AIDE À LA MODERNISATION ET À L'INFORMATISATION DU CABINET

6 indicateurs obligatoires pour bénéficier de l'aide annuelle de 590€

- Disposer d'un logiciel métier compatible DMP
- Disposer d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence
- Utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'Assurance Maladie des pièces justificatives numérisées
- Atteindre un taux de feuilles de soins électroniques (FSE) supérieur ou égal à 70 %
- Disposer d'une messagerie sécurisée de santé (MSS)
- Implication dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients (MSP, CPTS, ESP, etc.)

1 indicateur optionnel

- Liste des indicateurs complémentaires (télésanté) et optionnels disponible sur ameli.fr



7. ADRI

Avec **ADRI** (**A**cquisition des **DR**oits **I**ntégrée), c'est l'assurance de facturer avec des droits à jour, notamment pour les situations spécifiques telles que la C2S, l'ALD, la maternité, mais également l'AME.

Le logiciel peut être paramétré pour qu'il y ait un appel automatique :

- Lorsque la carte Vitale est absente ou n'est plus à jour (droits de base expirés en carte)
ou
- Pour toute facturation avec ou sans carte, à jour ou non
- A tout moment, un appel manuel est toujours possible pour vérifier la situation d'un patient

Vous connaîtrez également les coordonnées de l'organisme d'affiliation de vos patients ainsi que l'existence ou non d'un médecin traitant.

Pour l'obtenir : Contactez votre éditeur de logiciel de facturation SESAM-Vitale



8. LE DROIT DE PRESCRIPTION

Article L. 4311-1 du code de la santé publique :

- Les dispositifs médicaux
- L'injection du vaccin antigrippal pour les plus de 18 ans dans le cadre de la campagne de vaccination de l'Assurance Maladie
- Les contraceptifs oraux
- Les substituts nicotiniques
- Solutions et produits antiseptiques et sérum physiologique à prescription médicale facultative

Les dispositifs médicaux

1^{ER} CAS

- Articles pour pansement
- Cerceaux pour lit de malade
- Traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital
- Perfusion à domicile

Exclusion : le petit matériel nécessaire à la réalisation de l'acte facturé.

2^E CAS

Sous réserve d'une information au médecin traitant :

- Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres
- Coussins d'aide à la prévention des escarres
- Pansements
- Sondes naso-gastriques ou naso-entérales pour nutrition entérale à domicile

+ dans le cadre d'un renouvellement à l'identique :

- Orthèses élastiques de contention des membres (bas, chaussettes)
- Accessoires pour lecteur de glycémie (lancettes, bandelettes, autopiqueurs...)

L'arrêté du 20 mars 2012 fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. Cette liste est consultable [ici](#).

3 conditions à remplir pour prescrire les dispositifs médicaux :

1. Vous agissez dans le cadre de votre compétence.
2. Vous agissez pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers.
3. Il n'existe pas d'indication contraire du médecin



À noter que certains dispositifs ne sont pas remboursables, d'autres nécessitent une information préalable du médecin traitant.



8. LE DROIT DE PRESCRIPTION

Les éléments à renseigner sur votre prescription

- Votre identification complète : nom, qualification, numéro d'identification, etc.
- Le nom et le prénom du patient
- La date de rédaction de l'ordonnance
- La dénomination du dispositif médical et, le cas échéant, la quantité prescrite
- Si vous avez prescrit des dispositifs non remboursables, précisez la mention non remboursable NR.
- Si la prescription est en rapport avec une ALD ou un AT/MP
- Votre signature

Contraceptifs oraux, ajouter :

- La mention « renouvellement infirmier »
- La date du renouvellement
- La durée exprimée en mois

les contraceptifs oraux

- Renouvellement d'une prescription de moins d'1 an
- Durée maximale 6 mois
- Non renouvelable

les substituts nicotiniques

- Ordonnance distincte
- Liste figurant sur [Ameli](#)

Dans les cas où vous pouvez prescrire, il vous appartient de veiller à ce que votre prescription se conforme aux conditions spécifiques de prise en charge qui peuvent être prévues pour certains dispositifs médicaux à la Liste des Produits et Prestations (LPP).

La LPP vous permet de faire une recherche par code, par désignation ou par chapitre. Elle contient les données nécessaires à la facturation d'un code LPP et comporte l'ensemble des historiques d'un code LPP.

Vous pouvez retrouver cette liste ici : [LPP](#)



9. ACCOMPAGNEMENT DES TÉLÉCONSULTATIONS

Lors d'une consultation réalisée à distance par un médecin et à la demande du médecin, le patient peut être assisté par un infirmier :

- **Cotations :** un acte d'accompagnement du patient à la téléconsultation a été créé, valorisé différemment selon que :
 - o l'acte est réalisé lors d'un soin infirmier déjà prévu (acte TLS à 10 €),
 - o ou organisé de manière spécifique à domicile (acte TLD à 15 €)
 - o ou dans un lieu dédié aux téléconsultations (acte TLL à 12 €).
- **Aide financière pour l'équipement :** versée dans le cadre du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation
 - o 350 € pour l'équipement de vidéotransmission : visiocommunication et messagerie sécurisée
 - o 175 € pour l'acquisition d'appareils médicaux connectés (tensiomètre...).



pas de prescription nécessaire pour l'acte de téléconsultation, mais le numéro du médecin téléconsultant est indiqué dans la zone médecin prescripteur lors de la facturation

- **possibilité de facturer des frais de déplacement y compris pour l'acte TLL***

*applicables qu'1 fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié. 2 déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour



10. VOUS FAIRE REMPLACER

Avant de vous engager, vérifiez que l'infirmier remplaçant :

- Est IDE et dispose d'une autorisation de remplacement en cours de validité délivrée par le Conseil de l'Ordre des Infirmiers Libéraux de son lieu de résidence
- A effectué ses démarches auprès de **l'Ordre**
- Dispose d'une attestation de validation de l'expérience professionnelle délivrée par **la CPAM**
- Justifie d'une activité professionnelle de 18 mois (soit 2400 heures), dans les six années précédant la date de demande de remplacement. Cette activité professionnelle doit avoir été réalisée dans un établissement de soins, une structure de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire
- Ne remplace au maximum que deux infirmiers simultanément. L'infirmier remplaçant doit avoir communiqué à la caisse l'adresse du lieu d'exercice dans lequel il assure son activité de remplaçant
- Dispose d'un contrat de Responsabilité Civile Professionnelle
- Dispose d'une carte CPS remplaçant



10. VOUS FAIRE REMPLACER

De votre côté :

- Vous vous engagez à ne pas exercer en tant qu'infirmier libéral pendant la durée du remplacement.
- Si vous recourez à plusieurs remplaçants pour la même période de remplacement, ces professionnels ne peuvent pas intervenir sur les mêmes horaires.

Pour plus de détails, rendez vous sur [Ameli](#)



Vous devez conclure un contrat de remplacement avec l'infirmier qui vous remplace dès lors que le remplacement dépasse une durée de 24 heures ou d'une durée inférieure mais répétée → contrat à transmettre à l'Ordre

Des modèles de contrats sont disponibles sur le site du [conseil de l'Ordre](#).



11. LIENS UTILES

- [NGAP](#) et [LPP](#)
- [AMELI](#)
- [AMELIPRO](#)
- Code de déontologie des infirmiers diplômés d'Etat. Décret 2016-1605 du 25 novembre 2016.



12. VOS INTERLOCUTEURS : CONTACTS UTILES

Numéro d'appel dédié :

3608

Service gratuit
+ prix appel

SERVICE RPS :

SERVICE MÉDICAL :

CIS/DAM :

TÉLÉTRANSMISSIONS :