Dos et Posture Honoraires

Actes ou prestations de soins les plus couramment pratiqués

Consultation	Cotation	Remboursement de la sécurité sociale	Remboursement mutuelle santé	Dépassement en hors nomenclature	Tarif de la séance
Lombalgie commune	RAM 7,49	9,93 €	6,62 €	78,45 €	95 €
Rachis Lombo Sacré	RAM 7,51	9,96 €	6,64 €	78,40 €	95 €
Rachis Dorsal	RAM 7,50	9,95 €	6,63 €	78,42 €	95 €
Rachis Cervical sans atteinte neurologique	RAM 7,47	9,95 €	6,60 €	78,45	95 €
Rachis Cervical autre	RAM 7,52	9,97 €	6,65 €	78,38 €	95 €
Au moins 2 segments du rachis	RAM 7,53	9,98 €	6,66 €	78,36 €	95 €
Epaule ou bras	VSM 7,48	9,92 €	6,61 €	78,47 €	95 €
Coude ou avant-bras	VSM 7,49	9,93 €	6,62 €	78,45 €	95 €
Hanche ou cuisse	VIM 7,49	9,93 €	6,62 €	78,45 €	95 €
Genou ou Jambe	VIM 7,51	9,96 €	6,64 €	78,40 €	95 €
Cheville ou Pied	VIM 7,50	9,95 €	6,63 €	78,42 €	95 €
Tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	TER 9,49	12,58 €	8,39 €	74,03 €	95 €

Comprendre la facturation d'une séance de rééducation

La technique de rééducation employée, dite « globale », n'est pas spécifiquement prévue par la nomenclature de la CPAM et nécessite des séances d'environ 40 minutes, comprenant deux volets complémentaires et indissociables :

- **Un acte thérapeutique de rééducation inscrit à la nomenclature**, remboursable et tarifé en AMS ou AMK.

- **Un acte complémentaire de prévention et d'éducation proprioceptive**, non répertorié dans la nomenclature (H.N.), prenant en compte la globalité du patient et nécessitant un temps supplémentaire.

La facturation se fait en deux étapes distinctes :

- La séance de rééducation est tarifée selon la nomenclature générale des actes professionnels et inscrite sur la feuille de soins.
- La partie « H.N. » est facturée séparément sur un support indépendant, non soumis à l'Assurance Maladie.

Le règlement de la séance peut se faire par chèque, espèces ou via Paylib.

Dépassement d'honoraires : Comprendre la distinction entre Dépassement pour Exigence (D.E.) et Hors Nomenclature (H.N.)

En kinésithérapie, il n'existe pas de « secteur de conventionnement » comme c'est le cas pour les médecins. Le kinésithérapeute est soit conventionné, et respecte scrupuleusement les tarifs de remboursement fixés par la Sécurité sociale, soit non conventionné. Dans ce dernier cas, l'Assurance Maladie ne rembourse aucune prestation.

Un kinésithérapeute conventionné peut, dans certaines circonstances, appliquer un dépassement d'honoraires. Ces frais supplémentaires ne sont alors jamais couverts par la Sécurité sociale, mais peuvent, selon le type de dépassement, être partiellement remboursés par la mutuelle.

Il existe deux types de dépassements : le dépassement pour exigence et le dépassement en hors nomenclature.

1) Le Dépassement pour Exigence

Le dépassement pour exigence (D.E.) s'applique lorsque le patient formule une demande spécifique liée au lieu ou à l'horaire, conformément à l'article 3-6 de la Convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes :

- **Lieu** : le thérapeute est amené à se déplacer au domicile du patient.
- **Horaire** : le patient sollicite une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet.

L'application du D.E. doit rester exceptionnelle, basée sur une évaluation avec tact et mesure. **Un usage abusif peut entraîner des sanctions de la part de la CPAM, allant jusqu'à un déconventionnement partiel ou total.**

Lorsque ce dépassement est appliqué, il peut être pris en charge partiellement par la mutuelle, souvent à plus de 100% sur la base du remboursement de la sécurité sociale.

À noter qu'à Paris, où le D.E. était précédemment toléré, cette pratique n'est désormais plus autorisée.

2) Le Hors Nomenclature

Le Hors Nomenclature (HN) correspond à un dépassement d'honoraires appliqué lorsque le thérapeute réalise un acte complémentaire ou non répertorié dans la nomenclature de la CPAM.

Ce dépassement ne doit jamais figurer sur la feuille de soins (FSP ou FSE), mais doit faire l'objet d'une facturation distincte, émise sur papier à en-tête du masseur-kinésithérapeute, conformément aux articles L.162-4 et L.162-8 du Code de la Sécurité Sociale.

La prise en charge de ce type de dépassement par la mutuelle dépend du contrat que vous avez souscrit avec elle.