

CORONAVIRUS COVID-19



Recours au télésoin

Masseur-kinésithérapeute

La France fait face depuis quelques semaines à une importante épidémie d'infection à SARS-CoV-2, coronavirus à transmission principalement respiratoire. Les établissements de santé sont mobilisés pour prendre en charge les patients présentant les formes les plus sévères.

La prise en charge des autres patients (patients présentant les formes les moins graves et cliniquement stables) est assurée par les professionnels de santé de ville sur la base des lignes directrices et recommandations diffusées par le Ministère de la Santé.

Par l'Arrêté du 16 avril 2020, le gouvernement encourage la télésanté, et pour les masseurs-kinésithérapeutes, le recours au télésoin.

Recours au télésoin dans le cadre de l'épidémie de Coronavirus Covid-19

Quand puis-je réaliser un télésoin ?

À l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilan, les actes de masso-kinésithérapie mentionnés dans le tableau ci-après, peuvent être réalisés à distance par télésoin. La pertinence du recours au télésoin est déterminée par le masseur-kinésithérapeute.

Ces actes de télésoin sont réalisés par vidéotransmission. Ils sont conditionnés à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par le masseur-kinésithérapeute. Pour les mineurs de 18 ans, la présence d'un des parents majeurs ou d'un majeur autorisé est nécessaire. Pour les patients présentant une perte d'autonomie, la présence d'un aidant est requise.

Ce type de télésoin n'implique pas d'échanges de documents médicaux.

À noter que pour accompagner les professionnels dans leur choix d'un outil numérique, le site du Ministère des Solidarités et de la Santé référence les solutions disponibles en télésanté, à la rubrique « [covid-19 informations aux professionnels de santé](#) » et que sur certains territoires, des solutions d'échange vidéo peuvent être proposées par les ARS.



Comment facturer ce télésoin ?

- Vous connaissez déjà le patient. Le service en ligne ADRI vous permet de récupérer des données à jour dans votre logiciel.
- Vous procédez à la facturation selon la cotation applicable (cf. tableau ci-après).
- La prise en charge est assurée par l'Assurance maladie obligatoire à 100% ; vous indiquez, pour chaque prestation liée au télésoin (acte et majorations associées), l'exonération de type « soins particuliers exonérés » (exo div, valeur 3).
- Vous renseignez le numéro du médecin ayant prescrit le soin.
- Vous effectuez ainsi uniquement une transmission de la feuille de soins à l'Assurance maladie obligatoire. La FSE est transmise en mode dégradé. Il n'est pas nécessaire d'envoyer en parallèle une feuille de soins papier.

En parallèle vous transmettez via SCOR la prescription. Si vous ne disposez pas de SCOR, vous conservez les prescriptions médicales à votre cabinet. Cette conservation des pièces est à maintenir jusqu'à communication de nouvelles informations.

Comment me faire payer ce télésoin ?

Compte tenu du contexte, il est fortement préconisé de proposer le tiers payant aux patients.

En cas de hors tiers payant, le patient vous règle par tous moyens que vous lui indiquerez (paiement en ligne, virement instantané, chèque...).



Les actes réalisables en télésoin

Actes de kinésithérapie facturables à l'Assurance maladie dans le cadre d'une réalisation à distance par télésoin (Arrêté du 16 avril 2020 – JO du 18 avril 2020).

Prestation	Code prestation
Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée	AMS⁽¹⁾ 7,5
Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	AMS⁽¹⁾ 9,5
Rééducation du rachis et/ou des ceintures quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur)	AMS⁽¹⁾ 7,5
Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis	AMS⁽¹⁾ 7,5
Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...) : → Atteinte localisée à un membre ou le tronc ; → Atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres.	AMK 7,6
Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire	AMK 7,6
Rééducation abdominale du post-partum	AMK 7,6
Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale	AMK 7,6
Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques	AMK 7,6

⁽¹⁾ Mentionné AMK par erreur dans l'Arrêté du 16 avril 2020, paru au JO du 18 avril 2020 – Arrêté rectificatif à venir.



Prestation

Code prestation

Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs

AMK 7,6

Rééducation de l'hémiplégie

AMK 9

Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie :

→ Localisation des déficiences à un membre et sa racine

AMK 8,3

→ Localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face

AMK 10

Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)

AMK 8,3