



Mise à jour octobre 2018

LA GESTION ADMINISTRATIVE EN EXERCICE LIBÉRAL

Une fois le Certificat de Capacité enregistré à la DTARS de son lieu d'exercice ou de son lieu d'habitation dans le cas d'un remplacement, l'orthophoniste obtient un numéro ADELI et est affilié à l'Assurance Maladie qui va alors délivrer des feuilles de soins pré-identifiées et déclencher l'attribution de la CPS (Carte Professionnelle de Santé).

- **La Feuille de Soins Électronique :**

Les orthophonistes, conventionnés ou non, sont appelés à dispenser des soins aux assurés sociaux et doivent établir pour leurs patients une feuille de soins personnalisée : c'est la Feuille de Soins Électronique (FSE).

Pour élaborer cette FSE, vous devez introduire la Carte Vitale de votre patient ainsi que votre Carte de Professionnel de Santé (CPS) dans le lecteur électronique.

Ensuite, grâce au modem, via votre réseau téléphonique, vous effectuerez la télétransmission groupée de différentes FSE sous forme de fichier électronique.

Cette feuille sera télétransmise au lieu de rattachement du praticien pour un assuré qui relève du même département. Pour un assuré extérieur au département c'est la caisse de l'assuré qui traitera le flux sécurisé.

Si la télétransmission se fait en mode dégradé (sans la carte vitale du patient), le parcours est le même. Le professionnel doit cependant envoyer en parallèle la feuille de soins papier avec le bordereau de télétransmission à la caisse du patient. Le procédé SCOR dispense de l'envoi de ces pièces justificatives.

Pour en savoir plus ou si vous rencontrez des difficultés, vous pouvez prendre contact avec le service chargé des relations avec les professionnels de santé au sein de la CPAM.

En ce qui concerne le matériel, vous devez vous équiper d'un logiciel de télétransmission et d'un lecteur de carte vitale.

https://www.ameli.fr/orthophoniste/exercice-liberal/facturation-remuneration/teletransmission-retour-noemie/teletransmission#text_12579

Vous pouvez trouver toutes les infos pour vous aider à choisir sur www.sesam-vitale.fr.

Une aide financière est prévue pour compenser les surcoûts annuels réguliers d'informatisation induits par la télétransmission. Détails de l'aide, conditions d'attribution et montants sur www.ameli.fr ou dans notre dossier <https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/wp-content/uploads/Avenant16-Art-29-2018-01-25.pdf>

Dans le cas d'un remplacement, l'orthophoniste remplaçant peut disposer d'une CPS-remplaçant pour facturer les séances ou utiliser les feuilles de soins papier du titulaire du cabinet. Les dates du remplacement doivent être définies à l'avance et communiquées à la CPAM.

- **La feuille de soins " papier " :**

La généralisation de la feuille de soins électronique (FSE) devrait limiter les documents papier. Ceux-ci ne seront utilisés à terme qu'à titre résiduel, au cas où une des deux cartes à microprocesseur (carte d'assurance maladie et/ou carte professionnelle) ne fonctionne pas au moment de l'élaboration de la FSE ou en cas de dysfonctionnement du lecteur de cartes.

Les feuilles de soins papier peuvent être utilisées également dans le cas de séances de rééducation d'une personne ne possédant pas de carte vitale (par exemple assuré étranger travaillant pour un temps en France).

La feuille de soins permet d'identifier la facturation des soins réalisés par un professionnel de santé et permet au patient – assuré social – de faire sa demande de remboursement auprès de sa Caisse de Sécurité Sociale.

Le fait que l'orthophoniste signe la feuille de soins (papier) ou la télétransmette par le biais de son lecteur (avec sa carte CPS) permet de certifier :

- la réalité de la prestation (en indiquant les jours et le type d'actes réalisés)
- son règlement (remise d'une quittance indiquant le montant de la part du patient).

- **La Demande d'Accord Préalable (DAP)**

Pour donner lieu à remboursement, tous les actes d'orthophonie sont soumis à la procédure de l'accord préalable.

La demande est rédigée par l'orthophoniste et adressée au service médical de la Caisse Primaire.

En cas de refus, la caisse doit en informer le patient au plus tard le 15^{ème} jour qui suit la réception de la demande. Passé ce délai, l'avis favorable est réputé acquis et les séances peuvent débuter.