

Mémo destination des infirmier(e)s

Accompagnement de l'Assurance Maladie lors de l'installation en secteur libéral

Août 2025

- | | | |
|---|--|---|
| 1. LES RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES | 5. LA TÉLÉTRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES DANS SCOR | 9. L'ACCOMPAGNEMENT DES TÉLÉCONSULTATIONS |
| 2. LES SOINS LIÉS À LA DÉPENDANCE (BSI) | 6. LE FORFAIT D'AIDE À LA MODERNISATION ET À L'INFORMATISATION DU CABINET (FAMI) | 10. VOUS FAIRE REMPLACER |
| 3. LA FACTURATION ET LA TÉLÉTRANSMISSION | 7. ADRI | 11. POUR EN SAVOIR PLUS |
| 4. LE TIERS-PAYANT | 8. LE DROIT DE PRESCRIPTION | 12. VOS INTERLOCUTEURS, CONTACTS UTILES |

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 de bas de contention, ne sont pas remboursables (liste non exhaustive).

Exceptions :

- Sous réserve de formation et de déclaration à l'ONI, l'infirmier peut prescrire et administrer l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal, aux personnes de 11 ans et plus, à l'exception :
 - des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées
 - des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'Ovalbumine ou à une vaccination antérieure
- **Perfusion** : acte AMI 4,1 prévu à la NGAP pour toutes complications sur la voie d'abord.
- **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. A l'exception des actes du diabète, définis à l'article 5 bis, qui se comportent sur le plan tarifaire comme un seul acte

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. En cas de protocole d'accord local sur les IK, rapprochez-vous de votre CPAM pour y avoir accès
- **Lorsque les soins sont réalisés dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant à domicile, les indemnités forfaitaires infirmiers de déplacement sont cotées IFI.** Ces indemnités sont facturables isolément ou avec un acte infirmier coté en AMX et sont cumulables avec les IK. 4 IFI peuvent être facturées dans la même journée pour un même patient. En cas de prise en charge simultanée de patients dépendants au même domicile et au cours du même passage, l'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1 pour le premier patient et de coefficient égal à 0,01 pour chacun des autres patients
- Quand 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

ACTES SOUMIS À ACCORD PRÉALABLE

- Les actes ou traitements soumis à accord préalable sont indiqués par les lettres AP dans la NGAP :
 - 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 neurodégénératives 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 POST-OPÉRATOIRES 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.
Le terme de « cathéter périarticulaire » sur la prescription est toléré pour la prise en charge de cet acte par l'Assurance Maladie

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

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.

Cas particulier :

En raison de l'évolution de la prise en charge des plaies (plus de réfection quotidienne du pansement sauf exception), la cotation d'une majoration « F » (dimanche ou jour férié) est justifiée si la prescription médicale indique clairement le rythme et la durée des soins, quel que soit ce rythme.

Par exemple, si la prescription médicale indique « pansement un jour sur deux pendant 15 jours », alors la majoration « F » s'applique au pansement réalisé le dimanche de la première ou la deuxième semaine de soins.

Par extension, la majoration « F » est facturable lorsque des pansements, des injections ou des perfusions sont réalisés sur la base d'une prescription mentionnant que ces actes doivent être réalisés « tous les jours » mais ne précisent pas « y compris dimanches et jours fériés ».

PAS DE PRESCRIPTIONS NÉCESSAIRES POUR LES MAJORATIONS MAU, MCI ET MIE :

Majoration d'Acte Unique (MAU) :

- 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) :

- 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 moins de 7 ans (MIE) :

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

Page tarifs conventionnels sous [ameli.fr](https://www.ameli.fr)

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^e et 3^e séances : AMI 4,6.

EXEMPLES DE COTATIONS IDE

Illustration de l'article 1 du 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. Pour une prescription de biologie médicale, l'acte de prélèvement est facturable par un IDEL même en l'absence de mention du préleveur (exemple : « à faire par IDEL »...) et de l'acte de prélèvement (exemples : « prélèvement », « prise de sang », « bilan sanguin »...) sur l'ordonnance.

La mention « à domicile » n'est nécessaire que lorsque l'acte de prélèvement veineux est réalisé de manière isolée à domicile.

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. Si l'acte d'analgésie topique est réalisé dans un temps distinct, nécessitant un 2^e passage pour la réalisation du pansement conformément à la prescription médicale ou au protocole thérapeutique rédigé par le médecin qui indique un délai d'action compatible avec la réalisation d'un soin au domicile d'un autre patient, la majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique MAU et les frais de déplacement sont facturables comme suit :

- Application d'analgésie topique en 1^{er} temps = AMI 1,1 + MAU + indemnités de déplacement
- Réalisation du pansement en 2nd temps = AMI 4 + MCI + indemnités de déplacement

Dans le cas contraire, l'acte d'analgésie topique et de pansement lourd et complexes sont cumulables à taux plein et la MAU ne s'applique pas = AMI 1,1 + AMI 4 + MCI + indemnités de déplacement.

À noter, les pansements d'ulcère ou d'escarre cotés AMI 5,1 et 4,6 sont également concernés.

Par ailleurs, si l'acte de bilan de plaie coté AMI 11 comprend la réalisation d'un pansement lourd, il ne comprend pas l'éventuelle analgésie topique préalable à ce pansement. Le cas échéant, cette analgésie se cumule à taux plein avec le bilan : AMI 11 + AMI 1,1 + indemnités de déplacement.

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

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

Certains actes peuvent être facturés en supplément des forfaits de dépendance BSA, BSB et BSC, conformément à une liste limitative figurant à l'article 12. Certains de ces actes sont facturés à taux plein, tandis que d'autres le sont à 50 %.

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 7 du chapitre II sur les soins post-opératoires : Un acte de retrait de sonde (AMI 2) ou un acte de surveillance de drain (AMI 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 (AMI 4,2), à taux plein en dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.

Les combinaisons possibles :

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



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

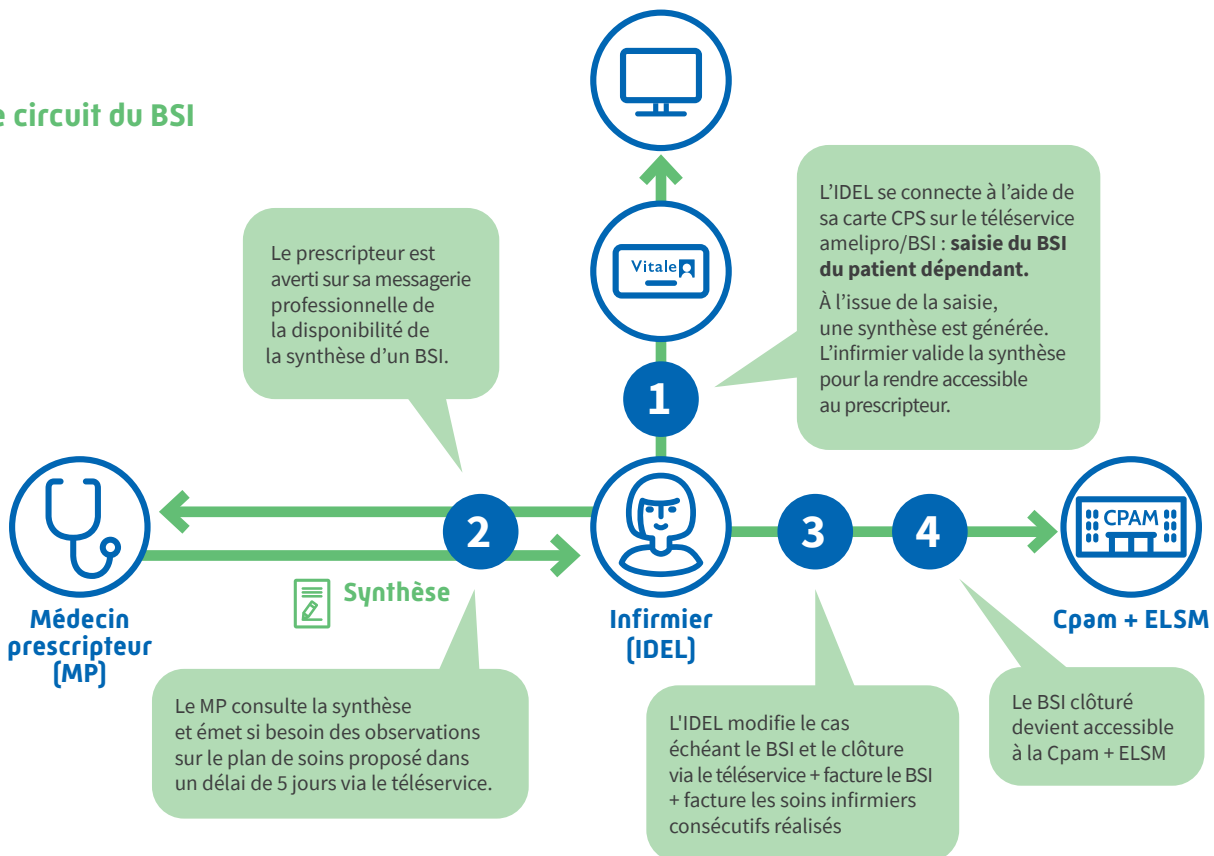
Les **forfaits journaliers (BSA/BSB/BSC)** valorisent la charge en soins infirmiers nécessités par le patient.

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 amelipro avec sa carte CPS. Il indique dans l'outil les interventions réalisées par l'infirmier en propre auprès du patient (N.B. : 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, en s'appuyant sur une nouvelle prescription de soins.
- Dès l'envoi de la synthèse du BSI au prescripteur, l'infirmier peut débiter les soins. Le BSI ne vaut plus demande d'entente préalable.
- Le BSI comporte 3 volets à renseigner par l'infirmier : volet administratif, volet facturation et volet médical.
- Le niveau de forfait journalier à facturer est automatiquement déterminé par l'outil BSI en fonction des interventions réalisées en propre par l'IDE et saisies dans l'outil.
- Le prescripteur est informé sur sa messagerie professionnelle (amelipro) 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, à l'échéance du délai de 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 prescripteur est averti sur sa messagerie professionnelle de la disponibilité de la synthèse d'un BSI.

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).



FACTURATION ET TÉLÉTRANSMISSION

FACTURATION ET TÉLÉTRANSMISSION DES FEUILLES DE SOINS ÉLECTRONIQUES (FSE)

- Vous demandez à votre patient sa carte Vitale (physique ou application mobile) afin de signer la feuille de soins et sécuriser votre facturation. À défaut, vous pouvez télétransmettre la FSE en mode dégradé (uniquement avec votre carte CPS), c'est-à-dire non signée électroniquement par le patient. Aussi, cela implique de transmettre la feuille de soins papier correspondante, signée via le téléservice SCOR (dématérialiser l'envoi des pièces justificatives papier, ordonnances et feuilles de soins dégradées).

Votre facturation doit correspondre à des **actes prescrits et réalisés par vos soins**¹.

- Vous disposez d'un délai de 3 jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré ou de 8 jours ouvrés² en cas de dispense d'avance de frais (donc de tiers payant) pour télétransmettre vos 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, afin de vous permettre un meilleur suivi des actes déjà facturés auprès de l'Assurance Maladie.

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 Assurance Maladie 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 rapport ou non du traitement avec une ALD**
(ordonnancier bizone)
- **La signature du prescripteur**

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

Les retours

Dès lors que vous lui transmettez des lots de 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) : il vous confirme la bonne réception de vos fichiers par l'Assurance Maladie.
- Le retour NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange entre l'assurance Maladie et les Intervenants Extérieurs) : il 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.

Le traitement de votre facturation

Dès la réception des lots par la CPAM, vous recevrez un courriel listant :

- Les paiements
- Les rejets à traiter par vos soins accompagnés de consignes de traitement claires et adaptées
- Les rejets traités directement par la CPAM

Pour ce faire, il est nécessaire d'informer la CPAM de votre adresse mail.

¹ L'émission d'une facture vous engage personnellement, même si elle est réalisée par une société de facturation en votre nom.

² art. R.161-47 du code de la sécurité sociale

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 Complémentaire santé solidaire (**CSS**), et de l'Aide Médicale d'État (**AME**), ainsi que pour les patients victimes d'un accident du travail (AT), d'une maladie professionnelle (MP), victime de guerre ou attentat (SMG).
- 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 CSS ?

L'identification des bénéficiaires de soins au regard de la CSS peut être faite à partir :

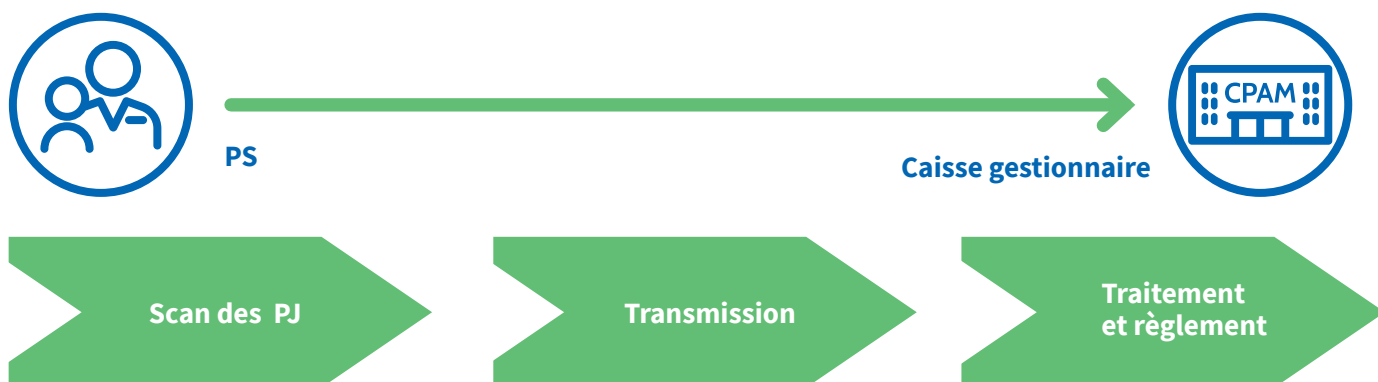
- de la carte Vitale
- de l'attestation de droit à la CSS
- d'ADRI

TÉLÉTRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES VIA SCOR

Intégré à votre logiciel métier, le service SCOR (SCannérisation des ORdonnances) 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 présence et la qualité des fichiers PDF avant envoi pour éviter une créance pour manque de PJ ou pour PJ illisible.
- N'oubliez pas de vérifier vos confirmations de réception SCOR (ARL positif) car **si les PJ ne sont pas transmises, une créance pour absence de PJ pourrait vous être notifiée. En cas d'échec de l'envoi, une nouvelle transmission est possible.**

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



- Le **respect du délai de transmission**, 3 jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré ou 8 jours ouvrés en cas de dispense d'avance de frais (donc de tiers payant), 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 accompagnées d'une copie de l'ordonnance doivent être adressées au plus tard au début des soins à l'attention du médecin conseil par voie postale.

MODES DE FACTURATION

| TYPE DE FACTURATION | DISPOSITIF UTILISÉ | AVANTAGES | REMARQUES |
|--|---|--|---|
| Facturation SESAM-Vitale à privilégier |  | Respect de la garantie de paiement en Tiers Payant. Paiement habituel dans les 48 heures avec pénalités de retard payées par l'AMsi au-delà de 7 jours. | Les flux sont signés électroniquement et protégés de toute intervention par un tiers. La transmission des pièces justificatives (prescription médicale) est obligatoire pour les actes prescrits. |
| Facturation dégradée (en cas d'absence de carte ou d'appli carte Vitale) |  | Pas de garantie de paiement en Tiers Payant. Pas de pénalités payées par l'AMen cas de paiement au-delà de 7 jours. | La facturation d'une facture dématérialisée sous norme B2 implique l'envoi des pièces justificatives (prescription médicale et feuille de soins). |
| Facturation B2 (à utiliser en dernier ressort) | Sans objet | Pas de garantie de paiement. Pas de pénalités payées par l'AM paiement au-delà de 7 jours. Facturation avec des progiciels qui s'appuient sur la norme IRIS/B2 « Inter régime ». | Ce type de facturation ne doit pas être privilégié et ne doit être effectuée que dans certains cas comme par exemple les patients bénéficiaires de l'AME, recyclage des factures rejetées. La facturation d'une FSE sous norme B2 implique l'envoi des pièces justificatives (prescription médicale et feuille de soins). |
| Facturation à l'aide d'une feuille de soin papier | | Pas de garantie de paiement. Pas de pénalités paiement au-delà de 7 jours. Engagement de l'AMd'un paiement à 20 jours. | Ce type de facturation ne doit pas être privilégié. |

FORFAIT D'AIDE À LA MODERNISATION ET À L'INFORMATISATION DU CABINET (FAMI)

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)

2 indicateurs optionnels

- Liste des indicateurs disponible sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr).
- Implication dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients (MSP, CPTS, ESP, etc.)

ADRI

Avec l'utilisation du service ADRI (Acquisition des DRoits intégrée), c'est l'**assurance de facturer avec des droits à jour**, notamment pour les situations spécifiques telles que la CSS, l'ALD, la maternité.

Le service ADRI d'acquisition des droits en ligne est une source de référence des droits de pour les professionnels de santé libéraux. Il vous fournit l'ensemble des informations d'identification d'un bénéficiaire de soins, ainsi que :

- ses droits sur la part obligatoire,
- ses droits complémentaires réglementaires (C2S, AME, ACS),
- ses droits complémentaires en gestion unique.

Ce service permet de **fiabiliser les factures en limitant les situations de rejets** en lien avec des problématiques d'écarts concernant la situation médico-administratives. En effet, contrairement à la carte Vitale dont le contenu peut être obsolète à la date de réalisation de certains actes, le service ADRI permet de récupérer des informations à jour car récupérées au plus proche des référentiels.

Pour toute facturation, votre 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).
- À tout moment, un appel manuel à ce service est toujours possible pour vérifier la situation de votre 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 obtenir et pouvoir utiliser ce service, contactez votre éditeur de logiciel de facturation SESAM-Vitale.



LE DROIT DE PRESCRIPTION

ARTICLE L. 4311-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- Les dispositifs médicaux
- Prescrire et administrer l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal, aux personnes de 11 ans et plus, à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées
- 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 du 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](#).

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.

LES ÉLÉMENTS À RENSEIGNER SUR VOTRE PRESCRIPTION :

- Votre identification complète : nom, qualification, numéroidentification, 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 datant de moins d'1 an
- Durée maximale 6 mois
- Non renouvelable

LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

- Ordonnance distincte
- Liste figurant sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr)

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](#)



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 :
 - l'acte est réalisé lors d'un soin infirmier déjà prévu (acte TLS à 10 €)
 - ou organisé de manière spécifique à domicile (acte TLD à 15 €)
 - 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
 - 350 € pour l'équipement de vidéo-transmission : visiocommunication et messagerie sécurisée
 - 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*

* applicable 1 seule 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.



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
- Remplace au maximum 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

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.fr](https://www.ameli.fr)



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 est d'une durée inférieure mais répétée, et le transmettre à l'Ordre. Des modèles de contrats sont disponibles sur le site du [conseil de l'Ordre](https://www.conseil-de-lordre.fr).



POUR EN SAVOIR PLUS

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

VOS INTERLOCUTEURS, CONTACTS UTILES

Numéro d'appel dédié : **3608** Service gratuit
+ prix appel

SERVICE RPS

SERVICE MÉDICAL

DNS / DAM

TÉLÉTRANSMISSIONS