Fiche d'évolution réglementaire N°154v4

Convention orthoptiste : création du forfait d'évaluation à domicile

- *Date d'application de la mesure :* **Immédiate**
- *Textes associés :*

Avenant 12 à la convention nationale des Orthoptistes

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=284342DE3DE138A8093436E2B98AE360.tplgfr33s_3?cidTexte=JORFTEXT000034580428&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000034579357 **JO du 23/06/2017**

Avenant 14 à la convention nationale des Orthoptistes **JO du 30/10/2021**

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/Ng9i2KEYFB_uOM29YFJd_aoArdJbQV6el-lGhHFx2Bs=/JOE_TEXTE

- *Professionnels de Santé concernés :* **Orthoptistes**
- *Cahier des Charges SESAM-Vitale concerné:* **1.40**
- *Référentiel TLA concerné :* **Oui**

Contexte de l'évolution

L'article 8 de l'avenant n°12 à la convention nationale des orthoptistes prévoit la création d'un forfait pour l'évaluation de l'environnement au domicile du patient en situation de handicap sévère et présentant une déficience visuelle pour définir ou adapter la stratégie de rééducation.

Le code prestation FOT correspond à ce forfait d'évaluation. ~~Il doit être côté en association d'un acte de rééducation (AMY) réalisé au domicile ou lieu de vie du patient.~~

Le code prestation FOT intègre les frais de déplacement. De ce fait, ils ne doivent pas être ajoutés en plus dans la facturation avec l'acte associé AMY.

L'article 4 de l'avenant 14 à la convention nationale des orthoptistes, paru au JO du 30/10/2021, prévoit la possibilité pour les orthoptistes de facturer le code prestation FOT seul ou en association d'un acte de rééducation réalisé au cabinet, au domicile ou lieu de vie.

Modalité de mise en œuvre

A cet effet est créé le code prestation :

- **FOT : Forfait évaluation domicile handicap**

La version n°2 de cette FR concerne une mise à jour des cas de tests liée à l'enchaînement des prestations : l'acte FOT de « type secondaire » doit être positionné après les indemnités de déplacement et supprime le code prestation FOT en table 12, cette table n'étant pas utilisée par les orthoptistes.

En conséquence, les cas de tests sont mis à jour.

Cette version 4 met à jour la table 1.

Légende

Texte surligné en jaune	Ajouts par rapport au CDC SESAM-Vitale
Texte surligné en vert	Modifications par rapport à la précédente version de la fiche
Texte surligné en gris	Evolutions du format des tables pour le palier Addendum 7
~~*Texte barré*~~	Suppression

Détail de l'évolution

➢ **Les modifications apportées à la table 1 de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale sont les suivantes** :

Table 1 : table des codes prestations

Code Prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné (**)	Origine prestation (***)
					général	détail		
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
FOT	Forfait évaluation domicile handicap		~~Secondaire~~ Support	NGAP	so	so	Non	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

(*) Uniquement en version 1.40 – Addendum 2bis et suivantes
(**) Uniquement en version 1.40 – Addendum 6 et suivantes
(***) Uniquement en version 1.40 – Addendum 7 et suivantes

➢ **Les modifications apportées à la table 2 de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale sont les suivantes** :

Table 2 : table des compatibilités entre codes prestations et spécialités de professionnels de santé

Spécialités PS	Libellé	Code prestation
		FOT
.../...	.../...	.../...
29	Orthoptiste	X
.../...	.../...	.../...

➢ **Les modifications apportées à la table 3 de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale sont les suivantes** :

Table 3 : table des compatibilités entre les codes prestations et qualité du bénéficiaire

Libellé		Code prestation
		FOT
Assuré		1
Ascendant, descendant, collatéraux ascendants		1
Conjoint		1
Conjoint divorcé		1
Concubin		1
Conjoint séparé		1
Enfant		1
Conjoint veuf		1
Autre ayant-droits		1
Age min(*)	mois	
	années	
Age max(*)	mois	
	années	

(*) Uniquement à partir des versions 1.40 – Addendum 2bis et suivantes

1 = oui

➢ **Les modifications apportées à la table 4 de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale sont les suivantes** :

Table 4 : table des compatibilités entre les codes prestations et plusieurs concepts (nature d'assurance, coefficient…..)

Libellé		**Code prestation**
		FOT
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maladie		**O**
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maternité		**O**
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance AT		**O**
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits (3)		**O**
Nécessité d'une prescription		**O**
Nécessité d'un coefficient		**N**
Valeurs minimales et maximales du coefficient		**so**
Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement		**N (**)**
Compatibilité de l'acte avec une majoration d'urgence, nuit, dimanche, férié (1)		**N**
Compatibilité de l'acte avec une majoration (2)	Férié	**N**
	Nuit	**N**
	Urgence	**N**
T.R théorique (Régime général - Régime agricole - ENIM - CNMSS - CCIP- CAVIMAC - Sections Locales Mutualistes – RSI – Sénat – Assemblée Nationale – Port Autonome Bordeaux)		**60 %**
T.R. théorique CRPCEN		**80 %**
Date d'effet des taux (4)		**24/12/2017**

(**) La compatibilité s'effectue avec l'acte support
(1) Hors version 1.40 -Addendum 4
(2) Uniquement en version 1.40 -Addendum 4 et suivantes
(3) Uniquement en version 1.40 -Addendum 6 et suivantes
(4) Uniquement en version 1.40 -Addendum 7 et suivantes

➢ **Les modifications apportées à la table 7 de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale sont les suivantes** :

Table 7 : table des compatibilités entre les codes prestations et le qualificatif de la dépense

Libellé	**Code prestation**
	FOT
Gratuit	**1**
Déplacement non prescrit	**0**
Dépassement exigence	**0**
Entente directe	**0**
Non remboursable	**1**
Dépassement autorisé*	**0**
Dépassement maîtrisé***	**0**
Cumul dépassement autorisé et entente directe*	**0**
Cumul dépassement maîtrisé et exigence***	**0**
Prise en charge SMG**	**1**

* uniquement en version 1.40 Addendum 2bis et suivantes
****uniquement en version 1.40 Addendum 6 et suivantes
*****supprimé en version 1.40 Addendum 7 et suivantes

Cas de facturation - Orthoptistes - Convention orthoptiste : création du forfait d'évaluation à domicile

Test n°1	**FSE en TP AMO**							
FR 154v4 : Convention orthoptiste : création du forfait d'évaluation à domicile.	→AMO - Facturation d'une séance de rééducation ~~associé au forfait évaluation domicile handicap~~ d'une déficience visuelle organique ou fonctionnelle AMY associée à l'acte FOT (Forfait évaluation domicile handicap) à domicile.			→AMC -				
CPS 29A VISION	AMO→			AMC→				
CV 0120 ALAIN	**Code prestation et descriptif de l'acte**	**Date de facturation**	**Date des soins**	**Montant facturé**	**Base de remb.**	**Justificatif d'exo.**	**Part AMO**	**Part AMC**
Assurance maladie N° prescripteur : 99100069 6 Date de prescription et d'envoi de la demande d'entente préalable : date du jour Code EP = 4	AMY 18,00 (PU 2,60) FOT (PU 50,00)	Date du jour Date du jour	Date du jour Date du jour	46,80 50,00	46,80 50,00	60% code 0 60% code 0	28,08 30,00	0,00 0,00
				96,80	96,80		58,08	0,00

Cas de facturation - Orthoptistes - Convention orthoptiste : création du forfait d'évaluation à domicile

Test n°2	**FSE en TP AMO**								
FR 154v4 : Convention orthoptiste: création du forfait d'évaluation à domicile.	→AMO - Facturation d'une séance de ~~rééducation associé au forfait évaluation domicile handicap~~ traitement de strabisme AMY associée à l'acte FOT (Forfait évaluation domicile handicap) à domicile. Pas de code situation 0103 en carte Vitale mais le PS décide de sélectionner la nature d'assurance maternité.			→AMC -				
CPS 29A VISION	AMO→			AMC→				
CV 0120 AMELIE	**Code prestation et descriptif de l'acte**	**Date de facturation**	**Date des soins**	**Montant facturé**	**Base de remb.**	**Justificatif d'exo.**	**Part AMO**	**Part AMC**
Assurance maternité Date présumée de début de grossesse : 7 mois avant la date du jour N° prescripteur : 99100069 6 Date de prescription et d'envoi de la demande d'entente préalable : date du jour Code EP = 4	AMY 6,50 (PU 2,60) FOT (PU 50,00)	Date du jour Date du jour	Date du jour Date du jour	16,90 50,00	16,90 50,00	100% code 0 100% code 0	16,90 50,00	0,00 0,00
				66,90	66,90		66,90	0,00

Cas de facturation - Orthoptistes - Convention orthoptiste : création du forfait d'évaluation à domicile

Test n°3	**FSE en TP AMO**							
FR 154v4 : Convention orthoptiste: création du forfait d'évaluation à domicile. CPS 29A VISION	→AMO - Facturation d'une séance de rééducation ~~associé au forfait évaluation domicile handicap~~ d'une déficience visuelle organique ou fonctionnelle AMY associée à l'acte FOT (Forfait évaluation domicile handicap) à domicile. AMO→			→AMC - AMC→				
CV 0120 ALAIN	**Code prestation et descriptif de l'acte**	**Date de facturation**	**Date des soins**	**Montant facturé**	**Base de remb.**	**Justificatif d'exo.**	**Part AMO**	**Part AMC**
Assurance accident du travail Date AT : date du jour L'assuré a présenté son feuillet AT. N° prescripteur : 99100069 6 Date de prescription et d'envoi de la demande d'entente préalable : date du jour Code EP = 4	AMY 18,00 (PU 2,60) FOT (PU 50,00)	Date du jour Date du jour	Date du jour Date du jour	46,80 50,00	46,80 50,00	100% code 0 100% code 0	46,80 50,00	0,00 0,00
				96,80	96,80		96,80	0,00

Cas de facturation - Orthoptistes - Convention orthoptiste : création du forfait d'évaluation à domicile

Test n°4	**FSE en TP AMO**								
FR 154v4 : Convention orthoptiste: création du forfait d'évaluation à domicile.	→AMO - Facturation seule de l'acte FOT (Forfait évaluation domicile handicap).			→AMC -					
CPS 29A VISION	AMO→			AMC→					
CV 0120 ALAIN	**Code prestation et descriptif de l'acte**	**Date de facturation**	**Date des soins**	**Montant facturé**	**Base de remb.**	**Justificatif d'exo.**	**Part AMO**	**Part AMC**	
Assurance maladie N° prescripteur : 99100069 6 Date de prescription : date du jour	FOT (PU 50,00)	Date du jour	Date du jour	50,00	50,00	60% code 0	30,00	0,00	
				50,00	50,00		30,00	0,00	

C.N.D.A	*Demande d'agrément ou d'homologation pour l'intégration d'une fiche réglementaire*	afaq ISO 9001 Qualité AFNOR CERTIFICATION CNDA Missions Nationales

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

(Remplir 1 engagement par logiciel)

Je soussigné(e), ……, agissant en qualité de …….

pour la société……, **atteste sur l'honneur que le logiciel**

référencé …….. **dans sa version n°**[1]……**, pour système (OS)**……

intègre correctement :

. L'évolution liée à la fiche réglementaire n° _____

Version du cahier des charges de référence (CDC) : ……..
Ou
Version du référentiel d'homologation (rayer la mention inutile) : DI version ….. / TLA version …

Identification des factures transmises sur le frontal du CNDA :

Tableau récapitulatif à compléter :

Carte CPS utilisée	Date de transmission des cas de facturation :				Nom des Fichiers (Groupe de données 12 champ 2 ou Type 000 pos 50-55)
n° de facturation du PS	N° Cas de tests	N° LOT	N° FACTURE	Régime	

Je joins à cette attestation la(es) copie(s) d'écran correspondant aux cas de tests non passants relatifs à la fiche réglementaire prise en compte[2].

Fait le ……**à** ……..

Signature du représentant et cachet de la société

---

[1] évolution **obligatoire** du n° de version **sur les 4 premiers caractères** par rapport à la dernière version agréée.
[2] si prévus dans les cas de tests de la fiche réglementaire prise en compte.