

## Convention orthophoniste : évolution des coefficients du code prestation AMO

- *Date d'application de la mesure :* **01/01/2019**  
**01/04/2018**
- *Textes associés :*  
**Avenant 16 à la convention nationale des Orthophonistes**  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3FC84604FE1AF5C9837CE910DC5255EC.tplgfr26\\_s\\_1?cidTexte=JORFTEXT000035880652&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORF](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3FC84604FE1AF5C9837CE910DC5255EC.tplgfr26_s_1?cidTexte=JORFTEXT000035880652&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORF) **JO du 26/10/2017**
- *Professionnels de Santé concernés :* **Orthophonistes**
- *Cahier des Charges SESAM-Vitale concerné:* **1.40**
- *Référentiel TLA concerné :* **Oui**

### Contexte de l'évolution

L'article 7 de l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes prévoit une valorisation des coefficients du code prestation AMO avec une valeur maximale portée à **36** à compter du 01/04/2018.

~~☞ Pour information, cette valeur maximale passera à **40** au 01/01/2019 et fera l'objet d'une évolution de la présente FR.~~

La version « v2 » de cette fiche réglementaire prend en compte la valeur maximale du coefficient à **40** au 01/01/2019.

### Modalité de mise en œuvre

A cet effet la table 4 est mise à jour.

### Légende

- Texte surligné en jaune** Ajouts par rapport au CDC SESAM-Vitale
- Texte surligné en vert** Modification par rapport à la précédente version de la fiche
- ~~Texte barré~~ Texte supprimé

## Détail de l'évolution



**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	
	AMO	
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 <sup>(3)</sup>	O	
Nécessité d'une prescription	O	
Nécessité d'un coefficient	O	
Valeurs minimales et maximales du coefficient	[2,5 ; 30 36 40]	
Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	O	
Compatibilité de l'acte avec une majoration d'urgence, nuit, dimanche, férié <sup>(1)</sup>	N	
Compatibilité de l'acte avec une majoration <sup>(2)</sup>	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 <sup>(4)</sup>	T <sub>0</sub>	

<sup>(1)</sup> hors version 1.40-Addendum 4

<sup>(2)</sup> uniquement en version 1.40-Addendum 4 et suivantes

<sup>(3)</sup> uniquement en version 1.40-Addendum 6 et suivantes

<sup>(4)</sup> uniquement en version 1.40-Addendum 7 et suivantes

N = NON, O = OUI

**(\*)** Si le coefficient n'est pas saisi par le Professionnel de Santé, il doit être renseigné à 1 par défaut.

**(\*\*)** le contrôle de compatibilité est effectué avec l'acte support auquel la majoration ou le forfait est rattaché.

**(\*\*\*)** T.R. Théorique à appliquer pour tous les régimes hormis : SNCF, CRPCEN

**(\*\*\*\*)** T<sub>0</sub> = 01/07/10

## 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  
référéncé ..... dans sa version n°<sup>1</sup> ....., 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  n° de facturation du PS	Date de transmission des cas de facturation :				Nom des Fichiers  (Groupe de données 12 champ 2 ou Type 000 pos 50-55)
	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<sup>2</sup>.**

Fait le ..... à .....

*Signature du représentant et cachet de la société*

<sup>1</sup> évolution **obligatoire** du n° de version **sur les 4 premiers caractères** par rapport à la dernière version agréée.

<sup>2</sup> si prévus dans les cas de tests de la fiche réglementaire prise en compte.