



ACCOMPAGNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE LORS DE L'INSTALLATION EN SECTEUR LIBÉRAL

MEMENTO À DESTINATION DES INFIRMIÈR(E)S

Mise à jour Octobre 2024



SOMMAIRE

- [1. Les règles générales de cotation des actes](#)
- [2. Les soins liés à la dépendance \(BSI\)](#)
- [3. La facturation et la télétransmission](#)
- [4. Le tiers-payant](#)
- [5. La télétransmission des pièces justificatives et SCOR](#)
- [6. Le forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet \(FAMI\)](#)
- [7. ADRI](#)
- [8. Le droit de prescription](#)
- [9. L'accompagnement des téléconsultations](#)
- [10. Télésoin et télé-expertise](#)
- [11. Vous faire remplacer](#)
- [12. Liens utiles](#)
- [13. Vos interlocuteurs : contacts utiles](#)



1. RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES

Prescription obligatoire

Article 5 des dispositions générales de la NGAP

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

Exceptions :

- Injection du **vaccin antigrippal** pour les plus de 11 ans dans le cadre de la campagne de vaccination de l'Assurance Maladie, ainsi que l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal.
- **Perfusion** : acte AMI 4,1 prévu à la NGAP : changement de flacon ou branchement ou autres interventions.
- **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](https://www.ameli.fr).
- Toutes les facturations vers les SSIAD ou les EHPAD doivent être réalisées sur simple feuille blanche avec votre entête. Les feuilles de soins cerfatisées (S 3129e) ne doivent en aucun cas être utilisées dans ce cadre.
- Dès que vous avez connaissance de l'hospitalisation de votre patient, pensez à mettre à jour le fichier informatique afin d'éviter une facturation à tort pour des actes non réalisés.
- En cas d'acte de soin supplémentaire non prescrit initialement, une nouvelle prescription est à faire établir par le médecin.

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.

Il existe deux types de dérogation 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^{ème} 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 (ex. : les actes de l'article 5 bis, chap. II)

Frais de déplacement

Article 13 de la NGAP

- La prescription doit préciser la réalisation des soins à domicile (À ce jour, la dérogation COVID autorisant les infirmiers à effectuer des soins à domicile sans mention spécifique sur la prescription médicale est toujours en vigueur).
- **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](https://www.ameli.fr) pour connaître le détail, et notamment le calcul et les modalités de facturation de ces indemnités kilométriques.
- Lorsque les IK sont facturables, elles peuvent se cumuler avec l'IFD ou l'IFI.

EXEMPLE

1 ablation de fils ou d'agrafes (10 au moins)
y compris le pansement éventuel (AMI 4)
1 pansement de stomie (AMI 3)

Facturation = AMI 4 + AMI 3/2



1. RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES

Règles applicables en Loire-Atlantique à compter du 1^{er} décembre 2022

(selon le protocole local signé)

La facturation des IK

L'infirmier peut facturer des IK lorsqu'une distance supérieure ou égale à 3 km sépare son cabinet du domicile du patient, tout en respectant la règle du professionnel de santé le plus proche.

EXEMPLE 1

Cabinet infirmier A pour se rendre au domicile du patient B = 2 km aller

La distance qui sépare le cabinet infirmier du domicile du patient étant inférieure à 3 km, l'infirmier facture l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) uniquement.

EXEMPLE 2

Cabinet infirmier A pour se rendre au domicile du patient C = 10 km aller - Pas de cabinet infirmier plus proche

La facturation des indemnités horokilométriques se fait de la façon suivante :

10 km - 2 km (abattement prévu à la NGAP) = 8 km aller, soit 16 km aller-retour.

Facturation pour un trajet aller-retour : IFD + 16 IK

EXEMPLE 3

Cabinet infirmier A pour se rendre au domicile du patient C = 10 km aller - Cabinet infirmier plus proche à 4 km du domicile du patient

La facturation des indemnités horokilométriques se fait de la façon suivante :

4 km - 2 km (abattement prévu à la NGAP) = 2 km aller, soit 4 km aller-retour

Facturation pour un trajet aller-retour : IFD + 4 IK

EXEMPLE 4

Cabinet infirmier A pour se rendre au domicile du patient C = 10 km aller - Cabinet infirmier plus proche à 2 km du domicile du patient

La distance qui sépare le cabinet infirmier le plus proche du domicile du patient étant inférieur à 3 km, l'infirmier facture l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) uniquement.

Règle du professionnel de santé le plus proche applicable en Loire-Atlantique

Par dérogation aux règles de l'article 13 de la NGAP, le protocole IK de Loire-Atlantique prévoit 3 situations pour lesquelles l'infirmier peut demander la facturation des IK :

- 1 liées à des difficultés d'accès aux soins,
- 2 liées à une compétence particulière de l'infirmière,
- 3 suite à une « mise en sécurité pour violence faite à un(e) infirmier(e) ».

La procédure et l'imprimé qui vous permettront de formaliser une demande de dérogation sont disponibles sur le site ameli.fr. Cliquer [ici](#), rubrique « Près de chez vous ».



1. RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES



La facturation des IK à partir du cabinet infirmier est dégressive selon les seuils quotidiens suivants :

- jusqu'à 299 kms cumulés = pas d'abattement,
- à partir de 300 kms cumulés = abattement de 50 % du tarif de remboursement des IK,
- à partir de 400 kms cumulés = abattement de 100 % du tarif de remboursement des IK.



BON À SAVOIR

- Lorsque vous intervenez au cours d'une même visite pour des patients résidant dans le même logement ou dans un établissement d'hébergement de personnes âgées (EHPAD), **vous ne pouvez facturer l'indemnité kilométrique qu'une seule fois.**
- **Si vous effectuez des soins non prescrits « à domicile »,** vos frais de déplacement ne seront pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Ils seront facturés, en sus de vos actes, en utilisant la cotation DD et non les cotations IFA et IK (art. 18, avenant 6 à la Convention Nationale).

Pour être facturable, la mention nuit/dimanche/férié doit être indiquée sur la prescription

Article 14 de la NGAP : sont considérés comme actes de nuit, les actes effectués entre 20h et 8h et justifiés médicalement par l'état de santé du patient.

Pas de prescription nécessaire pour les majorations MAU, MCI et MIE

• Majoration d'Acte Unique (MAU) - Article 23.1 de la NGAP

Une MAU est appliquée lorsqu'un infirmier réalise au cours de son intervention un **acte unique de cotation AMI < ou = à 1,5** au cabinet ou au domicile du patient.

• Majoration de Coordination Infirmière (MCI) - Article 23.2 de la NGAP

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, Art. 3 ou Chap. II, Art. 5 bis (ex. : AMI 4 + MCI),
- > des actes infirmiers inscrits à la NGAP réalisés auprès d'un patient en soins palliatifs.

• Majoration de prise en charge des enfants de moins de 7 ans (MIE) - Article 5.3 de l'avenant 6

Cotable jusqu'à la veille du 7^{ème} anniversaire et cumulable avec les autres majorations.



- Pages des tarifs conventionnels sur ameli.fr
- Si vous pratiquez un acte entre 20h et 8h du seul fait de votre organisation, vous ne pouvez pas appliquer une majoration de nuit.
- Si la prescription mentionne 12h d'intervalle, une seule majoration de nuit est facturable si les actes ont effectivement été réalisés après 20h ou avant 8h.
- MAU et MCI ne sont pas cumulables entre elles.
- Les majorations de nuit ne sont pas cumulables entre elles, ni avec les majorations de jours fériés.



1. RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES

Actes soumis à accord préalable

• Les actes ou traitements soumis à l'accord préalable sont indiqués par les lettres AP dans la NGAP

- La demande d'accord préalable s'effectue sur le formulaire d'accord préalable S 3108 (disponible dans votre logiciel métier).

Ex. : administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neuro-dégénératives 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 le Service Médical équivaut à un accord (et à condition que l'acte soit inscrit à la NGAP).

Soins post-opératoires à domicile - Depuis le 1^{er} janvier 2021

4 nouveaux actes à la NGAP afin de permettre à l'infirmier, sur prescription et avec l'élaboration d'un protocole écrit, la prise en charge des soins post-opératoires à domicile.

- 1. Séance de surveillance clinique et d'accompagnement post-opératoire - AMI 3,9**
Trois séances au plus peuvent être facturées pour un patient de retour à domicile (J0) à la veille de la 1^{ère} 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.
- 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 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 d'un retour à domicile.



Les séances de surveillance côtées AMI 3,9 et 4,2 ne sont pas cumulables entre elles. Chacune d'elle 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.

L'acte d'accompagnement à la prise médicamenteuse du patient à domicile (depuis le 1^{er} janvier 2022)

Création de l'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 caractères 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 maximum d'un mois**.
A l'issue, un retour écrit est fait au médecin prescripteur (et au médecin traitant s'il n'est pas la 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^{ère} séance AMI 5,1 / 2^{ème} et 3^{ème} séance : AMI 4,6.



1. RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES

Nouveaux actes relatifs aux pansements lourds et complexes depuis le 19 mars 2022.

Inscription de nouveaux actes relatifs aux pansements - art 3, chap. I du titre XVI de la NGAP.

- Pose de système de traitement par pression négative à usage unique avec pansement : AMI 4,6.
- L'acte peut être prescrit pour 30 jours, renouvelé une fois au maximum.
- Mise en place d'un pansement additionnel : AMI 2,1.

Nouveaux actes en vigueur depuis le 23 mars 2023.

- AMI 2,4 : vaccination avec prescription médicale ou lorsque le vaccin* ne nécessite pas de prescription.
- AMI 3,05 : vaccination sans prescription médicale d'un vaccin* à prescription obligatoire.

- AMI 1,6 : acte de surveillance à distance d'un pansement.

Cet acte est facturable :

- pour un patient ayant déjà bénéficié d'un acte de pansement en présentiel,
- si le patient n'a pas bénéficié le même jour d'un acte de pansement,
- dans la limite de 4 actes par mois, par patient.

*ensemble des vaccins du calendrier vaccinal, à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées.



- Par dérogation à l'article 11B, lorsque l'acte de vaccination est réalisé **à domicile**, il peut se cumuler à taux plein quelque soit le coefficient du ou des actes associés.
- Le supplément vaccination grippe (AMI 1) est supprimé.

Règles de cumul des actes

Par dérogation à l'article 11B, dans la limite de 2 actes facturables par séance, excepté pour 2 situations :

- cas particulier de la dépendance,
- actes de l'article 5 bis, chap II.

LETTRE CLÉ	ACTES CUMULABLES	ACTES NON CUMULABLES
Forfaits BSI	<p>À taux plein</p> <ul style="list-style-type: none"> • AMX 4 (pansement lourd et complexe) • AMX 9, AMX 10 ou AMX 14, AMX 15 (perfusion) • AMX 5,8 (séance de surveillance clinique IC/BPCO) • AMX 1,5 (prélèvement sanguin) • AMX 5,1 (pansement d'ulcère ou de greffe cutanée, avec pose de compression) • AMX 1,1 (analgésie topique) • AMX 11 (bilan 1^{ère} prise en charge d'une plaie) • AMX 4,6 (pose de système de traitement par pression négative) • AMX 2,1 (mise en place d'un pansement additionnel) • AMX 2,4 (vaccination avec prescription médicale ou vaccin ne nécessitant pas de prescription) • AMX 3,05 (vaccination sans prescription médicale d'un vaccin à prescription obligatoire) <p>À 50%</p> <ul style="list-style-type: none"> • AMX 1 (injection intramusculaire, intradermique et sous-cutanée) • AMX 1 (injection sous-cutanée d'insuline) • AMX 1 (surveillance et observation d'un patient diabétique / contrôle extemporané) 	<ul style="list-style-type: none"> • Actes en AMI autres que ceux mentionnés dans les actes cumulables • Séances d'AMI 5,1 et AMI 4,6 (article 10, chap I)



1. RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES

Actes de l'art. 5 bis, titre XVI	<p>À taux plein</p> <ul style="list-style-type: none">• Tous les actes de cet article entre eux (patients insulino-traités)• AMI 1,5 (prélèvement sanguin)• AMI 2,4 (vaccination avec prescription médicale ou vaccin ne nécessitant pas de prescription)• AMI 3,05 (vaccination sans prescription médicale d'un vaccin à prescription obligatoire) <p>À 50%</p> <ul style="list-style-type: none">• Avec un autre acte AMI réalisé au cours de la même séance	
AMI 9 AMI 10 ⁽¹⁾	<p>À taux plein</p> <ul style="list-style-type: none">• AMI 14, AMI 15• Forfait BSI• AMI 1,5 (prélèvement sanguin)• AMI 2,4 (vaccination avec prescription médicale ou vaccin ne nécessitant pas de prescription)• AMI 3,05 (vaccination sans prescription médicale d'un vaccin à prescription obligatoire) <p>À 50%</p> <ul style="list-style-type: none">• Avec un autre acte AMI réalisé au cours de la même séance	
AMI 14 AMI 15 ⁽²⁾	<p>À taux plein</p> <ul style="list-style-type: none">• AMI 14, AMI 15• Forfait BSI• AMI 1,5 (prélèvement sanguin)• AMI 2,4 (vaccination avec prescription médicale ou vaccin ne nécessitant pas de prescription)• AMI 3,05 (vaccination sans prescription médicale d'un vaccin à prescription obligatoire) <p>À 50%</p> <ul style="list-style-type: none">• Avec un autre acte AMI réalisé au cours de la même séance	
AMI 5,8	<p>À taux plein</p> <ul style="list-style-type: none">• Forfait BSI• AMI 1,5 (prélèvement sanguin)• AMI 2,4 (vaccination avec prescription médicale ou vaccin ne nécessitant pas de prescription)• AMI 3,05 (vaccination sans prescription médicale d'un vaccin à prescription obligatoire) <p>À 50%</p> <ul style="list-style-type: none">• Pour les autres actes AMI réalisés au cours de la même séance	<ul style="list-style-type: none">• AMI 4 (séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour patients de plus de 75 ans insulino-traités)

⁽¹⁾ AMI 10 pour les patients immunodéprimés ou cancéreux

⁽²⁾ AMI 15 pour les patients immunodéprimés ou cancéreux, ainsi que pour les patients atteints de mucoviscidose



1. RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES

LETTRE CLÉ	ACTES CUMULABLES	ACTES NON CUMULABLES
AMI 5,1 (art. 3, chap. I)	À taux plein <ul style="list-style-type: none">• Forfait BSI• AMI 1,1• AMI 1,5 (prélèvement sanguin)• AMI 2,4 (vaccination avec prescription médicale ou vaccin ne nécessitant pas de prescription)• AMI 3,05 (vaccination sans prescription médicale d'un vaccin à prescription obligatoire) À 50% <ul style="list-style-type: none">• Pour les autres actes AMI réalisés au cours de la même séance	
AMI 1,1	À taux plein <ul style="list-style-type: none">• Forfait BSI• AMI 4 et AMI 5,1 (pansement lourd et complexe - art. 3, chap. I et art. 5 bis, chap. II)• AMI 1,5 (prélèvement sanguin)• AMI 2,4 (vaccination avec prescription médicale ou vaccin ne nécessitant pas de prescription)• AMI 3,05 (vaccination sans prescription médicale d'un vaccin à prescription obligatoire)	
AMI 2 (art. 7, chap. II)	À taux plein <ul style="list-style-type: none">• AMI 3,9 (séance de surveillance post-opératoire)• AMI 4,2 (séance de surveillance / retrait cathéter périmerveux)• AMI 1,5 (prélèvement sanguin)• AMI 2,4 (vaccination avec prescription médicale ou vaccin ne nécessitant pas de prescription)• AMI 3,05 (vaccination sans prescription médicale d'un vaccin à prescription obligatoire) À 50% <ul style="list-style-type: none">• Pour les autres actes AMI réalisés au cours de la même séance	
AMI 2,8		
AMI 3,9	À taux plein <ul style="list-style-type: none">• AMI 2 (retrait de sonde urinaire)• AMI 2,8 (surveillance de drain de redon / retrait post-opératoire de drain)• AMI 1,5 (prélèvement sanguin)• AMI 2,4 (vaccination avec prescription médicale ou vaccin ne nécessitant pas de prescription)• AMI 3,05 (vaccination sans prescription médicale d'un vaccin à prescription obligatoire) À 50% <ul style="list-style-type: none">• Pour les autres actes AMI réalisés au cours de la même séance	<ul style="list-style-type: none">• AMI 4,2 (séance de surveillance / retrait cathéter périmerveux)



1.1 RÈGLES GÉNÉRALES DE COTATION DES ACTES

LETTRE CLÉ	ACTES CUMULABLES	ACTES NON CUMULABLES
AMI 4,2	<p>À taux plein</p> <ul style="list-style-type: none">• AMI 2 (retrait de sonde urinaire)• AMI 2,8 (surveillance de drain de redon / retrait post-opératoire de drain)• AMI 1,5 (prélèvement sanguin)• AMI 2,4 (vaccination avec prescription médicale ou vaccin ne nécessitant pas de prescription)• AMI 3,05 (vaccination sans prescription médicale d'un vaccin à prescription obligatoire) <p>À 50%</p> <ul style="list-style-type: none">• Pour les autres actes AMI réalisés au cours de la même séance	<ul style="list-style-type: none">• AMI 3,9 (séance de surveillance post-opératoire)
AMI 5,1 AMI 4,6 (art. 10, chap. I)	<p>À taux plein</p> <ul style="list-style-type: none">• AMI 1,5 (prélèvement sanguin)• AMI 2,4 (vaccination avec prescription médicale ou vaccin ne nécessitant pas de prescription)• AMI 3,05 (vaccination sans prescription médicale d'un vaccin à prescription obligatoire) <p>À 50%</p> <ul style="list-style-type: none">• Pour les autres actes AMI réalisés au cours de la même séance	<ul style="list-style-type: none">• Avec les autres actes de l'art.10, chap. I



1.2 MODALITÉS DE FACTURATION DE LA VACCINATION

PATIENTS	SITUATIONS	MODALITÉS DE FACTURATION			OBSERVATIONS
		N° PRESCRIPTEUR	N° EXÉCUTANT	COTATION	
<p>Les textes publiés au Journal officiel du 9 août 2023 élargissent les compétences vaccinales des infirmiers chez les personnes de 11 ans et plus. Les infirmiers sont désormais autorisés à prescrire l'ensemble des vaccinations mentionnées dans le calendrier des vaccinations selon les recommandations figurant dans ce calendrier, sous réserve d'avoir suivi une formation à la prescription et d'avoir déclaré cette nouvelle activité à l'autorité compétente du Conseil de l'ordre des infirmiers dont ils relèvent.</p>					
<u>Moins de 11 ans</u>	<p>Vous réalisez l'injection d'un vaccin : Avec prescription médicale de l'acte d'injection. Avec une prescription médicale du vaccin réalisée par un autre professionnel de santé</p>	N° AM du professionnel figurant sur la prescription	vosre N° AM	AMI 2,4	Vous n'êtes pas autorisés à vacciner un patient de - 11 ans sans prescription médicale de l'acte d'injection et sans prescription médicale du vaccin
<u>Plus de 11 ans</u>	<p>Vous réalisez l'injection d'un vaccin sans prescription médicale de l'acte d'injection avec une prescription du vaccin réalisée par un autre professionnel de santé</p>	N° AM du professionnel figurant sur la prescription	vosre N° AM	AMI 3,05	Uniquement pour les vaccins du calendrier vaccinal sauf les vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées. - Possibilité d'injecter un vaccin sans prescription médicale de l'acte d'injection
	<p>Vous réalisez l'injection d'un vaccin sans prescription médicale de l'acte d'injection et vous réalisez la prescription du vaccin</p>	vosre N° AM			Uniquement pour les vaccins du calendrier vaccinal sauf les vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées. - Possibilité de prescrire un vaccin RAPPEL : vous ne pouvez prescrire que les vaccins mentionnés dans le calendrier vaccinal.
	<p>Vous réalisez l'injection d'un vaccin : Avec prescription médicale de l'acte d'injection. Avec une prescription du vaccin réalisée par un autre professionnel de santé</p>	N° AM du professionnel figurant sur la prescription	AMI 2,4	La prescription médicale de l'acte d'injection n'est plus nécessaire pour les patients de 11 ans et plus, pour les vaccins du calendrier vaccinal sauf les vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées.	
<u>GRIPPE</u>	Vaccin ne nécessitant pas de prescription médicale faisant partie du calendrier vaccinal	vosre N° AM	vosre N° AM	AMI 2,4	Personnes majeures ciblées par les recommandations à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure ; RAPPEL : le vaccin et l'acte d'injection ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie pour les personnes non ciblées.
<u>COVID-19</u>	Vaccin ne nécessitant pas de prescription médicale	vosre N° AM	vosre N° AM	INJ	<ul style="list-style-type: none"> • 7,80 € pour la vérification de l'éligibilité et l'injection du vaccin ; • 10,30 € si un dépistage par test rapide d'orientation diagnostique sérologique est réalisé lors de l'administration de la 1ère dose de vaccin. <p>Dans le cadre d'une injection à domicile, la cotation est portée à</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14,15 € s'il s'agit du seul acte réalisé pour une personne ne nécessitant pas de soins infirmiers par ailleurs ; • 16,65 € si un dépistage par test rapide d'orientation diagnostique sérologique est réalisé lors de l'administration de la 1ère dose de vaccin. <p>Ces cotations sont cumulables à taux plein avec la cotation d'un autre acte dans la limite de deux actes au plus pour un même patient.</p> <p>RAPPEL : la vaccination concomitante COVID19/Grippe doit faire l'objet de 2 factures distinctes</p>



2. 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 et s'accompagne de la mise en place progressive d'une rémunération au forfait journalier.

- Patients de 90 ans et plus ► 1^{er} janvier 2020 : saisie de l'outil et facturation des forfaits.
- Patients de 85 ans et plus ► 5 septembre 2022 : facturation des forfaits et saisie de l'outil BSI depuis le 1^{er} janvier 2022.
- Patients dépendants de moins de 85 ans ► 1^{er} janvier 2022 : saisie de l'outil BSI sans facturation parallèle des forfaits BSI aux patients dépendants de moins de 85 ans.
- Tout patient dépendant ► Depuis le 3 octobre 2023 : saisie dans l'outil et facturation des forfaits

Les **forfaits journaliers (BSA / BSB / BSC)** remplacent la facturation à la séance en AIS pour l'ensemble des patients dépendants pris en charge à domicile, et sont valorisés différemment selon la charge en soins infirmiers nécessités par le patient.



2. LES SOINS LIÉS À LA DÉPENDANCE

L'extension du bilan de soins infirmiers (BSI)

SOINS LIÉS À LA DÉPENDANCE POUR L'ENSEMBLE DES PATIENTS DÉPENDANTS (FORFAIT BSI)	
SAISIE DU BILAN DE SOINS INFIRMIERS	Élaboration du BSI : <ul style="list-style-type: none"> • BSI initial : DI 2,5 • BSI intermédiaire ou de renouvellement : DI 1,2
FRAIS DE DÉPLACEMENT	IFI (+/- IK) Au <u>maximum 4 IFI</u> par jour pour un même patient
FACTURATION	Forfait journalier selon la lourdeur de la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> • " légère " : BSA • " intermédiaire " : BSB • " lourde " : BSC Un seul forfait journalier facturable (quel que soit le nombre d'infirmiers intervenant dans la même journée de soins auprès du patient)
ACTES TECHNIQUES AVEC " FACTURATION AUTORISÉE " DANS LE CADRE DE LA DÉPENDANCE	AMX Un seul acte AMX peut être coté, seul ou en association au forfait journalier et/ou IFI, à chaque passage de l'infirmier (sauf exception ¹).
MAJORATIONS AUTORISÉES	À chaque passage de l'infirmier au cours duquel est facturé au moins un forfait journalier, IFI ou AMX, possibilité de coter pour un seul de ces actes : <ul style="list-style-type: none"> • majoration de nuit de 23h à 5h : MM, • majoration de nuit de 20h à 23h et de 5h à 8h : MN, • majoration dimanche/jour férié : F, • majoration coordination infirmière : MCI. • majoration jeunes enfants : MIE



2. LES SOINS LIÉS À LA DÉPENDANCE

⁽¹⁾ Exceptions :

Possibilité de facturer en sus du forfait journalier, des actes techniques cotés AMX.

En dérogation à l'article 11B (à taux plein) :

- perfusion,
- pansement lourd et complexe,
- séance de surveillance clinique et de prévention suite à une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO),
- prélèvement sanguin
- vaccination avec prescription médicale ou vaccin ne nécessitant pas de prescription,
- vaccination sans prescription médicale d'un vaccin à prescription obligatoire.

Avec application de l'article 11B (à 50% de son coefficient) :

- injection intra-musculaire, intradermique et injection sous cutanée (chap. I, art. 1 et chap. II, art.4),
- injection sous-cutanée d'insuline,
- surveillance et observation d'un patient diabétique dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané,

- La MAU n'est pas facturable avec un AMX.
- Seuls les actes en AMX peuvent être associés aux forfaits BSI.
- Pour un acte exceptionnel non prévu dans le BSI (hors cadre de la dépendance), la cotation se fera en AMI.
- Si les soins du patient dépendant éligible au forfait BSI relèvent des conditions de facturation de la MCI, cette majoration peut être facturée **à chaque passage** de l'infirmier, soit **au maximum 4 par jour pour un même patient**.



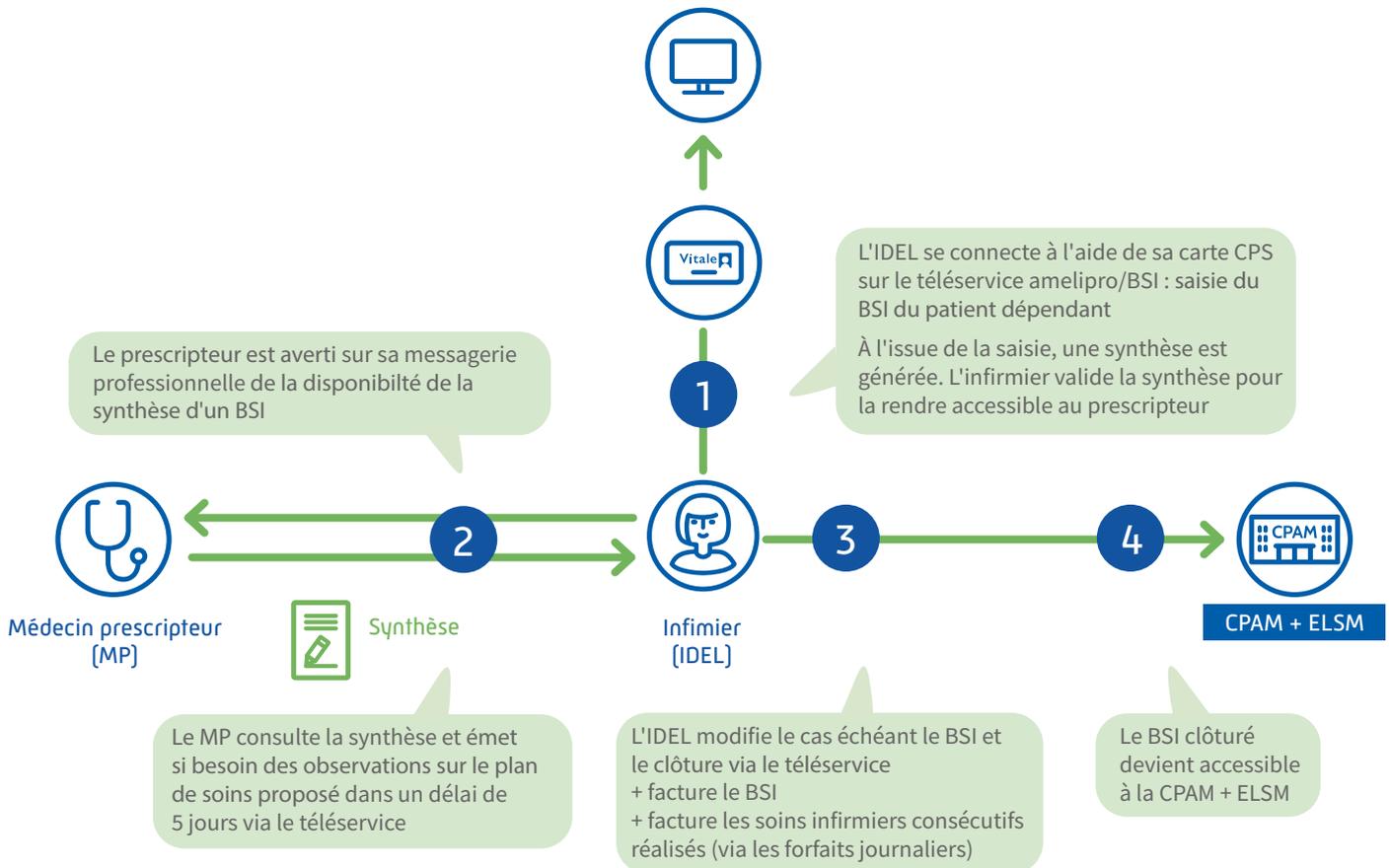
Élaboration du BSI

- Le médecin établit une prescription pour des soins infirmiers à domicile pour un patient dépendant. La mention explicite du terme BSI n'est pas nécessaire.
- **L'infirmier réalise le BSI sur son compte AMELI PRO avec sa carte CPS. Il indique dans l'outil les interventions à réaliser auprès du patient. Les interventions des tiers ne doivent pas être cochées.**
- Dès l'envoi de la synthèse du BSI au prescripteur, l'infirmier peut débiter et facturer les soins.
- Le BSI comporte 3 volets : volet administratif, volet facturation et volet médical qui sont renseignés par l'infirmier.
- Le niveau de forfait journalier à facturer est alors automatiquement déterminé par l'outil BSI en fonction des interventions à réaliser par l'IDE et saisies dans l'outil.
- Toutes les dimensions du soin, l'environnement du patient ainsi que la pénibilité de la prise en charge sont retenus par l'algorithme. Celui-ci retient l'action infirmière mobilisant l'effort de soins plus important.
- Le prescripteur est informé sur sa messagerie professionnelle - AMELI PRO - 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 dans le délai des 5 jours (clôture automatique possible via l'outil).
- Le BSI clôturé devient accessible à la CPAM (volet administratif et facturation) et par le Service Médical (tous volets). **Sa facturation est alors prise en charge par l'Assurance Maladie.**



2. LES SOINS LIÉS À LA DÉPENDANCE

Le circuit du BSI



NB : Sans retour du prescripteur sur le plan de soins dans les 5 jours, l'infirmiers peut clôturer le BSI.

Si le MP est un médecin hospitalier, l'IDEL adresse la synthèse par messagerie sécurisée de santé (MSS)

* ELSM : Echelon Local du Service Médical



3. FACTURATION ET TÉLÉTRANSMISSION

Facturation et télétransmission

- Vous demandez à l'assuré sa carte Vitale afin de sécuriser votre facturation.
- À défaut, vous utilisez le mode dégradé (télétransmission avec votre seule carte CPS).
- Votre facturation doit correspondre à des actes prescrits et réalisés. Elle vous engage personnellement, même si elle est réalisée par une société de facturation.
- Vous disposez d'un délai de 3 jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré ou de 8 jours ouvrés* en cas de dispense d'avance de frais (donc de tiers-payant) pour télétransmettre vos Feuilles de Soins Électroniques (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 pour vous permettre un meilleur suivi des actes déjà facturés auprès de l'Assurance Maladie.

*art. R.161-47 du Code de la sécurité sociale

Facturation et traitement des rejets



POUR EVITER DES REJETS, VERIFIEZ QUE LA PRESCRIPTION CONTIENT BIEN :

- **L'identification complète du prescripteur** (nom, qualification, numéro d'identification : FINESS et RPPS du médecin pour les établissements, numéro AM 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 nombre de séances** nécessaires ou la durée du traitement le cas échéant.
- **Le lieu** de réalisation des soins.
- **Le moment et la fréquence** de réalisation des soins.
- **Le rapport ou non du traitement avec une ALD** (ordonnancier bi-zone).
- **Sa signature.**

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 les lots des 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) qui vous confirme la bonne réception de vos fichiers par l'Assurance Maladie.
- Le retour NOEMIE (norme ouverte d'échanges entre l'Assurance Maladie et les intervenants extérieurs) qui 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 (uniquement en tiers-payant).

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 de transmettre à la CPAM une adresse mail.



3. FACTURATION ET TÉLÉTRANSMISSION



- Consulter le site [Clic Santé CIS](#)
- En cas d'anomalie, de réclamation sur une facture : utiliser [ce formulaire de saisie](#)



4. LE TIERS-PAYANT

- Depuis le 1er 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 CSS, de l'AME ainsi que pour les patients victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.
- Vous pouvez également pratiquer le tiers-payant sur la part obligatoire pour l'ensemble de votre patientèle.

Comment facturer la part complémentaire pour les patients bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ?

- Le fonctionnement de votre logiciel pour la CSS est identique au fonctionnement de la CMU-C.
- L'identification des bénéficiaires de soins au regard de la CSS peut être faite à partir :
 - de la carte Vitale,
 - de l'attestation de droits à la CSS,
 - d'ADRI

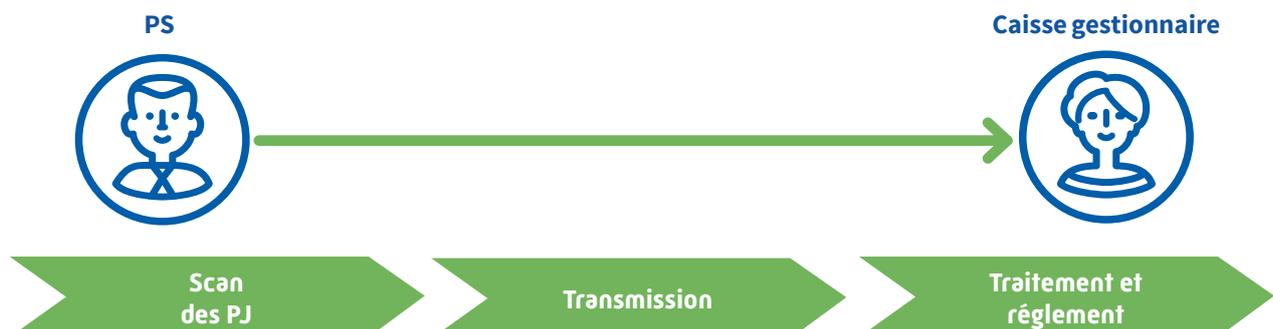


5. TÉLÉTRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES ET SCOR

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

Intégré à votre logiciel métier, le service SCOR 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.

- Vérifier régulièrement la qualité des Scan avant envoi afin d'éviter une créance pour manque de pièce(s) jointe(s) ou pièce(s) jointe(s) illisible(s).
- Ne pas oublier de vérifier vos confirmations de réception SCOR, car si les pièces jointes ne sont pas transmises, une re-télétransmission est possible.





5. TÉLÉTRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES ET SCOR

- Le respect du délai de 8 jours permet d'éviter des retards de paiement.
- Vos pièces justificatives sont à conserver 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

La DAP (imprimé 3742) accompagnée d'une copie de l'ordonnance est à adresser au plus tard au début des soins à l'attention du médecin conseil par voie postale.

Les modes de facturation : sécurisé (SESAM-Vitale) et dégradé (hors SESAM-Vitale : B2)

Facturation à utiliser en priorité	<p>FSE sécurisée SESAM-Vitale</p> 	<p>Respect de la garantie de paiement.</p> <p>Paiement habituel dans les 48h avec pénalités de retard payées par l'AMO si au-delà de 7 jours.</p>	<p>Les flux sont signés électroniquement et protégés de toute intervention d'un tiers.</p> <p>La FSE sécurisée remplace la FSP. La transmission des pièces justificatives est obligatoire pour les actes prescrits.</p>	Le retraitement des rejets de facturation se fait en mode dégradé si logiciel SV.
Facturation à utiliser si absence de CV (oubli) ou en cas d'AME	<p>FSE dégradée</p> 	<p>Pas de garantie de paiement.</p> <p>Pas de pénalités en cas de retard de remboursement.</p>	La facturation d'une facture dématérialisée sous norme B2 implique l'envoi des pièces justificatives.	
Facturation à utiliser exceptionnellement	<p>Norme B2</p> 	<p>Pas de garantie de paiement.</p> <p>Pas de pénalités payées par l'AMO en cas de retard de remboursement.</p> <p>Facturation avec des logiciels qui s'appuient sur la norme IRIS/B2 " Inter-régime ".</p>	<p>La facturation d'une FSE sous norme B2 implique l'envoi des pièces justificatives.</p> <p>En cas d'attente d'un logiciel SV, d'absence de carte CPS.</p>	
	<p>Feuille de soins papier</p> 	<p>Pas de garantie de paiement.</p> <p>Pas de pénalités en cas de retard de remboursement.</p> <p>Engagement de paiement à 20 jours.</p>	<p>← Rejet sur la connaissance des droits </p>	



6. FORFAIT D'AIDE À LA MODERNISATION ET À L'INFORMATISATION DU CABINET

5 indicateurs obligatoires pour bénéficier de l'aide annuelle de 490 €

- Disposer d'un logiciel compatible DMP.
- Avoir 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 Electroniques (FSE) **sécurisées** supérieur ou égal à 70 %. Il s'agit des feuilles télétransmises avec la CPS et la carte Vitale.
- Disposer d'une Messagerie Sécurisée de Santé (MSS).

1 indicateur complémentaire pour bénéficier d'une rémunération de 100€

(si les indicateurs obligatoires sont atteints).

- S'engager à une prise en charge coordonnée des patients : participation à une équipe de soins primaires (ESP) ou à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou autre type d'exercice coordonné capable d'apporter une réponse coordonnée de proximité au besoin de prise en charge des patients.

2 indicateurs optionnels télésanté

- Liste des indicateurs disponibles sur ameli.fr.



7. ADRI

Avec **ADRI (Aquisition 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 et également l'AME.

Le 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),
ou
- pour toute facturation avec ou sans carte, à jour ou non.

A tout moment, un appel manuel est toujours possible pour vérifier la situation d'un patient.

ADRI vous permet également de connaître les coordonnées de l'organisme d'affiliation de vos patients ainsi que l'existence ou non d'un médecin traitant.

Pour obtenir ADRI, contacter votre éditeur de logiciel de facturation SESAM-Vitale.



8. LE DROIT DE PRESCRIPTION

3 conditions à remplir pour prescrire

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.

Les éléments à renseigner sur votre prescription

- Votre identification complète : nom, qualification, numéro d'identification, etc...
- Le nom et prénom de 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, préciser la mention non remboursable « NR ».
- Si la prescription est en rapport avec une ALD ou un accident professionnel ou maladie professionnelle.
- Votre signature.

Pour les contraceptifs oraux, ajouter :

- La mention « Renouvellement infirmier ».
- La date du renouvellement.
- La durée du renouvellement (nombre de mois).

A noter : le renouvellement peut se faire à partir d'une prescription de moins d'1 an, pour une durée maximale de 6 mois, non renouvelable.

Pour les substituts nicotiniques :

- Ordonnance distincte.
- Liste figurant sur ameli.fr.

Dans le 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).

Vous pouvez retrouver cette liste [ici](#).

Article L. 4311-1 du code de la santé publique

- Les dispositifs médicaux
- Les contraceptifs oraux
- Les substituts nicotiniques
- Solutions et produits antiseptiques et sérum physiologique à prescription médicale facultative

Article L.4311-5-1 du code de la santé publique

- Extension des compétences vaccinales des infirmiers.



8. LE DROIT DE PRESCRIPTION

1^{ER} CAS

- Articles pour pansements
- Cerceaux pour lit de malade
- Traitement de l'incontinence et pour appareil urogénital
- Perfusion à domicile

Exclusion : le petit matériel nécessaire à la réalisation de l'acte facturé.

2^{EME} CAS

Sous réserve d'une information au médecin traitant :

- Matelas ou sur-matelas 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, auto-piqueurs...)

L'arrêté du 20 mars 2012 fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. Cette liste est consultable [ici](#).



À noter que certains dispositifs ne sont pas remboursables, d'autres nécessitent une information préalable du médecin traitant.



9. ACCOMPAGNEMENT DES TÉLÉCONSULTATIONS

Lors d'une consultation réalisée à distance par un médecin ou une sage-femme et à la demande du médecin ou de la sage-femme, le patient peut être assisté par un infirmier.

- **Cotations** : Un acte d'accompagnement du patient à la téléconsultation a été créé. Il est 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,
 - 175 € pour l'acquisition d'appareils médicaux connectés (tensiomètre...)



- Pas de prescription nécessaire pour l'acte de téléconsultation, mais le numéro Assurance Maladie du téléconsultant est indiqué dans la zone « identification prescripteur » lors de la facturation.
- Possibilité de facturer des frais de déplacement y compris pour l'acte TLL*.
- Le TLS est cumulable à taux plein avec les actes infirmiers réalisés au cours de la même séance

* Applicables une seule fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié.
Deux déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour.



10. TÉLÉSOIN – TÉLÉ-EXPERTISE

Depuis le 23 septembre 2022, les actes réalisés en télésoin sont valorisés dans les mêmes conditions que les actes réalisés en présentiel avec le code TMI à la place de la lettre clé AMI.

En application des dispositions prévues à l'article 3 de l'avenant 9 à la Convention Nationale, les actes suivants peuvent être réalisés en télésoin :

- la séance à domicile de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO),
- l'acte d'accompagnement à la prise médicamenteuse,
- l'acte de surveillance et d'observation d'un patient insulino-traité,
- l'acte de surveillance à distance d'un pansement.

Les principes de réalisation du télésoin :

- L'ensemble des patients peut bénéficier d'actes à distance.
- Le patient doit être connu de l'infirmier et avoir bénéficié d'au moins un acte ou bilan en présentiel dans les 12 mois précédant le télésoin.
- Le respect d'un seuil maximal fixé à 20 % d'une activité à distance.
- Le principe de territorialité de la réponse à la demande de soins.
- La réalisation du télésoin par vidéotransmission, dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients, doit permettre de garantir la réalisation d'un acte de qualité.
- La traçabilité de l'acte de télésoin (compte rendu intégré par l'infirmier dans le DMP du patient si celui-ci est ouvert).



Les actes de télésoin peuvent se cumuler avec les majorations de nuit, jours fériés, MIE et MAU.

Les principes de la téléexpertise:

Depuis le 23 mars 2023, l'acte de demande de téléexpertise est valorisé à hauteur de 10 € avec la lettre-clé RQD, dans la limite de 4 actes par an, par infirmier pour un même patient.

- Tous les patients peuvent bénéficier d'une téléexpertise. Ils doivent en être informés et avoir donné leur consentement.
- Solliciter l'avis à distance d'un ou plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières pour répondre à une question liée à la prise en charge d'un patient.
- Garantir la confidentialité des échanges et la sécurisation des données transmises.

L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte rendu transmis par le professionnel requis au requérant pour être intégré dans le dossier patient et dans le DMP du patient lorsqu'il est ouvert.



11. VOUS FAIRE REMPLACER

Avant de vous engager, vérifier 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.
- Dispose d’une attestation de validation d’expérience professionnelle délivrée par la CPAM.
L’attestation est délivrée à l’infirmier qui justifie d’une activité professionnelle de 18 mois (soit 2 400 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.
- Ne remplace au maximum que deux infirmiers simultanément. L’infirmier remplaçant doit avoir communiqué à la CPAM l’adresse du lieu d’exercice dans lequel il assure son activité de remplaçant.
- Dispose d’un contrat de Responsabilité Civile Professionnelle.
- Est titulaire 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](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 une durée inférieure mais répétée. Le contrat est à transmettre à l’Ordre. Des modèles de contrats sont disponibles sur le site du [conseil de l’Ordre](https://www.conseil-de-lordre.fr).



12. LIENS UTILES

- [NGAP](#) et [LPP](#)
- [ameli.fr](https://www.ameli.fr)
- [amelipro](#)
- [Code de déontologie](#) des infirmiers diplômés d’État. Décret 2016-1605 du 25 novembre 2016.



13. VOS INTERLOCUTEURS : CONTACTS UTILES

SERVICE RPS

srps.cpam-loireatlantique@assurance-maladie.fr

- 4 - Le tiers-payant
- 12 - Vous faire remplacer

SERVICE MÉDICAL

- 1 - Règles générales de cotation des actes
- 2 - Soins liés à la dépendance
- 3 - Droit de prescription

DAM

- 1 - Règles générales de cotation des actes
- 2 - Soins liés à la dépendance
- 6 - FAMI
- 9 - Droit de prescription
- 10 - Accompagnement des téléconsultations
- 11 - Télésoin et téléexpertise
- 13 - Liens utiles

DNS / Télétransmissions

dns.cpam-loireatlantique@assurance-maladie.fr
auxiliaires.cpam-loireatlantique@assurance-maladie.fr

- 3 - Facturation et télétransmission
- 4 - Tiers-payant
- 5 - Télétransmission des pièces justificatives et SCOR
- 7 - ADRI

OÙ TROUVER L'INFORMATION SUR AMELI.FR ?

Votre convention	Professionnels de santé > Infirmier > Textes de référence
Les tarifs conventionnels	Professionnels de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Facturation et rémunération
Votre installation	Professionnels de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Vie du cabinet > Votre installation en libéral
Le zonage du département Nouveau zonage en vigueur au 01/01/2021	Consulter le zonage en vigueur : cliquer ici
L'autorisation de remplacement	L'autorisation de remplacement, valable un an , est délivrée par le Conseil de l'Ordre. Ce dernier délivre également les formulaires de demande de CPS remplaçant. Professionnels de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Vie du cabinet
La télétransmission	Professionnels de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Facturation et rémunération
Votre équipement informatique (logiciels agréés)	Site du CNDA
Ameli Pro	Ameli Pro
Commander des formulaires	Ameli Pro
Le Bilan de Soins Infirmiers (BSI)	Professionnels de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Prescription et prise en charge des patients > Prise en charge par situation et type de soins > Bilan de soins infirmiers : un téléservice dédié
Question sur une cotation	Sur AmeliPro ou au 3608 <small>Service gratuit + prix appel</small>
Votre droit de prescription	Professionnels de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Prescription et prise en charge des patients > Règles d'exercice et formalités
PRADO	Professionnels de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Service aux patients > PRADO, le service de retour à domicile
Grippe saisonnière	Professionnels de santé > Infirmier > Votre exercice libéral
FAMI	Professionnels de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Vie du cabinet > Forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel
DMP	Professionnels de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Le DMP en pratique
Mon Espace Santé	Professionnels de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Mon espace santé
Appli carte Vitale	Professionnels de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Facturation et rémunération > Appli carte Vitale



Un seul numéro

3608

Service gratuit
+ prix appel