



« LA DOUBLE PRISE EN CHARGE »

Prise en charge concomitante en établissement & en libéral

DE QUOI PARLE-T-ON ?

Il s'agit de la prise en charge financière des soins d'orthophonie en libéral pour les enfants suivis en Etablissements et services médicaux sociaux (ESMS).

OBJECTIF DU MEMO

Ce mémo a pour objectif de répondre à vos questions concernant les conditions de prise en charge des enfants suivis au sein de ces structures. Il permet d'éviter, dans l'intérêt du patient et de son entourage, le renoncement aux soins par manque d'information ou par erreur d'orientation. Il vous apporte des informations administratives nécessaires face aux demandes d'intervention orthophonique auprès d'un patient accueilli dans un de ces établissements lorsque vous exercez en libéral.

QUELLES STRUCTURES SONT CONCERNEES ?

Établissements et services médico-sociaux (ESMS)

Ces établissements médico-sociaux (par exemple CMPP, IME, SESSAD...) travaillent avec la famille sur un projet thérapeutique global. Ils font l'objet d'une définition au code de l'action sociale et des familles (article L.312-1, article R.314-26, article D.312-10-3, article D.312-11, article D.312-59-9).

L'Assurance maladie verse un forfait à l'établissement et, en application des articles précédemment cités, les soins d'orthophonie sont inclus dans le forfait de soins de ces établissements : l'établissement a donc reçu une dotation financière spécifique pour la prise en charge orthophonique.

Au sein des ESMS, les prises en charge sont souvent réalisées par des équipes pluridisciplinaires mais des demandes d'externalisation des soins d'orthophonie en libéral sont parfois réalisées.

Il s'agit des **conditions dérogatoires*** prévues par l'article R314-122 du code de l'action sociale et des familles.



REGLE GENERALE :

Il apparait donc que ces structures bénéficient d'un financement ou d'une dotation leur permettant de payer la prise en charge orthophonique dans le cadre de leur mission

En conséquence :

Dans les cas de prise en charge concomitante en établissement ou service médico-social et dans le secteur libéral, aucun remboursement de soins par l'assurance maladie ne peut avoir lieu.

|| *Conditions dérogatoires

Rappel: Les dérogations concernent uniquement les ESMS

L'article R.314-122 du code de l'action sociale et des familles prévoit des conditions dérogatoires à cette règle : les soins complémentaires effectués en ville sont pris en charge par les organismes d'Assurance maladie dans les conditions de droit commun, en sus du tarif versé à l'établissement ou au service :

- Soit lorsque leur objet ne correspond pas aux missions de l'établissement ou du service,
- Soit lorsque, bien que faisant partie des missions de l'établissement ou du service, ces soins ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés par l'établissement ou le service de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière. Dans ce cas, ces soins doivent faire l'objet d'une prescription par le médecin attaché à l'établissement. Leur remboursement est subordonné à l'accord du Service Médical de l'Assurance maladie, c'est-à-dire que le médecin de l'établissement doit faire la demande de dérogation et que la preuve écrite de l'accord du Service médical doit être fournie à l'orthophoniste. **L'orthophoniste établit ensuite une Demande d'Accord Préalable.** *L'établissement ne peut faire de cette «externalisation des soins » une règle d'application générale pour tous les soins orthophoniques.*

Que faire quand une prise en charge concomitante est envisagée ou constatée et que les cas dérogatoires et/ou les exceptions ne peuvent pas s'appliquer ?



|| Conventonnement possible par l'établissement :

En l'absence de possibilité de prise en charge par les orthophonistes salariés de l'établissement, en l'absence d'orthophoniste salarié et en l'absence de toute possibilité de prise en charge dérogatoire par l'assurance maladie obligatoire, l'établissement travaille en partenariat avec un orthophoniste libéral (en respectant le libre choix du praticien). Une convention dans laquelle seront fixées les conditions de ce partenariat autour d'un projet thérapeutique doit alors être établie entre les partenaires pour chaque patient.

|| EN RESUME ?

La prise en charge des soins en orthophonie en établissement	Par l'assurance maladie	Par l'établissement
	NON	OUI
Établissements médico-sociaux tels que SESSAD, IME, ITEP, CMPP, CAMSP,...	*Sauf si : dans des cas précis relevant des conditions dérogatoires, ces soins peuvent faire l'objet d'une prescription par le médecin attaché à l'établissement et d'une demande de dérogation auprès du service médical de l'Assurance Maladie. Leur remboursement est subordonné à l'accord du Service Médical de l'Assurance maladie. L'orthophoniste établit ensuite une Demande d'Accord Préalable.	Sur prescription du médecin de l'établissement, sans demande d'accord préalable, si une convention est signée entre l'établissement et l'orthophoniste
(Établissements définis par l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles)		