

TARIFS DES ACTES DE KINESITHERAPIE 2025

(Actes les plus couramment pratiqués)

DROM



ALIZÉ
LE SYNDICAT
MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES
LIBÉRAUX - SALARIÉS

Votre masseur-kinésithérapeute est **conventionné** par la sécurité sociale.
Seuls peuvent vous être facturés des frais correspondant à une prestation de soins rendus.

	LOCALISATION	TARIFS
ORTHO RHUMATO	UN MEMBRE OU LE TRONC	ENTRE 18,15 ET 18,30€
	PLUSIEURS MEMBRES OU DU TRONC ET D'UN OU PLUSIEURS MEMBRES	ENTRE 23,06 ET 23,11€
NEUROLOGIE	UN OU PLUSIEURS MEMBRES OU UN MEMBRE ET LE TRONC	ENTRE 20,66 ET 24,32€
	PATHOLOGIE SPECIFIQUE	ENTRE 21,87 ET 26,75€
RESPIRATOIRE	SEANCES DE L'ORDRE DE 30 MINUTES	ENTRE 20,63 ET 24,30€
	SEANCES DE L'ORDRE DE 90 MINUTES	ENTRE 48,60 ET 68,04€
SOINS HORS CONVENTION		
BILAN	ORTHO / RHUMATO / RESPI / ...	26,00€
	NEUROLOGIE	26,24€
DEPLACEMENT	SELON LA COTATION DE L'ACTE	ENTRE 2,50 ET 4,00€

Vous pouvez consulter l'annuaire santé du site internet www.ameli.fr pour toute information complémentaire.

Votre professionnel de santé pratique des honoraires conformes aux tarifs de la sécurité sociale. Ces tarifs ne peuvent être dépassés, sauf en cas d'exigence exceptionnelle de votre part concernant l'horaire ou le lieu des actes pratiqués, ou en cas de non-respect du parcours de soins.

Le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins ne peut vous être **imposé**. Cependant, une prestation **non inscrite** dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels pourra donner lieu à une facturation d'acte non remboursable.

Votre professionnel de santé doit obligatoirement vous **informer** avant de réaliser un acte non remboursé par la sécurité sociale. En outre, dès lors que les actes et prestations hors convention facturés atteignent 70 euros, votre professionnel doit vous en informer par écrit, préalablement à la réalisation de la prestation.
(Arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins)

Certains actes sont **soumis à référentiel**. C'est-à-dire, des pathologies pour lesquelles la HAS a défini un nombre de séances remboursables au dessus duquel, une Demande d'Accord Préalable est nécessaire pour maintenir une prise en charge par la CPAM.
Pour ces actes, l'envoi de la DAP en courrier suivi/RAR, sera à prévoir pour la poursuite des soins.

