

RÉFÉRENTIELS : TRAITEMENTS SOUMIS À DAP



Une demande d'accord préalable (DAP) doit être faite par le kinésithérapeute réalisant les actes **avant de débiter** la rééducation (cas particulier du canal carpien) **OU** lorsqu'à titre exceptionnel une **prolongation** du traitement est nécessaire au-delà du nombre d'actes défini. La DAP est jointe à :

- La prescription
- Un argumentaire médical établi par le kinésithérapeute motivant le caractère exceptionnel de ce traitement ou expliquant la nécessité de poursuivre le traitement et la raison pour laquelle les objectifs de la rééducation n'ont pas été atteints.

Dans les cas où la prescription initiale comporterait un nombre de séances supérieur au seuil prévu par le référentiel, la DAP est faite dans les mêmes conditions.

RÉÉDUCATION DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE CERVICALGIE NON SPÉCIFIQUE SANS ATTEINTE NEUROLOGIQUE	RAM 7.47	15 SEANCES
--	----------	------------

à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ont été prises en charge dans les 12 mois précédents.

CERVICALGIES : douleurs comprises entre la ligne courbe occipitale et une ligne transverse passant par la pointe du processus épineux de la première vertèbre thoracique "non spécifiques"

- Sans retentissement neurologique
- Absence d'affection précise impliquant une cause et une évolutivité particulière justifiant un traitement spécifique (cervicalgies de grade I et II).

Les cervicalgies de grade III et IV et les cervicalgies après whiplash sont exclues du champ de ce référentiel.

GRADE III: • aucun signe ou symptôme de pathologie structurelle majeure • présence de signes neurologiques (diminution des réflexes tendineux, faiblesse et/ou déficits sensoriels. • peut nécessiter d'investiguer la cause et des traitements plus invasifs.	GRADE IV: • signes ou symptômes de pathologie structurelle majeure (fracture, myélopathie cervicarthrosique, cancer, ou maladie systémique) • nécessite des investigations et une prise en charge médicale rapide.
---	---

RÉÉDUCATION DANS LE CADRE D'UN TRAUMATISME RÉCENT DU RACHIS CERVICAL SANS LÉSION NEUROLOGIQUE	RAM 7.48	10 SEANCES
--	----------	------------

RÉÉDUCATION DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE LOMBALGIE COMMUNE	RAM 7.49	15 SEANCES
--	----------	------------

à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents.

LOMBALGIE "commune" : douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges ») (https://www.has-sante.fr/)

- il n'est pas possible de rattacher la douleur à une maladie précise ou à un problème structurel. (https://www.who.int/fr/)
- peut être aiguë (durer moins de 6 semaines), subaiguë (durer 6 à 12 semaines) ou chronique (durer plus de 12 semaines)

DRAPEAUX ROUGES

✗ DOULEUR DE TYPE NON MÉCANIQUE (AGGRAVATION PROGRESSIVE, PRÉSENTE AU REPOSE ET DURANT LA NUIT +++) ✗ SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES ÉTENDUS (DÉFICIT CONTRÔLE DES SPHINCTERS, ATTEINTE MOTRICE DES MEMBRES INF, SYNDROME DE LA QUEUE-DE-CHEVAL) ✗ PARESTHÉSIE AU NIVEAU DU PUBIS (OU PÉRINÉE) ✗ TRAUMATISME IMPORTANT (TEL QU'UNE CHUTE DE HAUTEUR)	✗ PERTE DE POIDS INEXPLIQUÉE ✗ ANTÉCÉDENT DE CANCER ✗ PRÉSENCE D'UN SYNDROME FÉBRILE ✗ USAGE DE DROGUE INTRAVEINEUSE ✗ USAGE PROLONGÉ DE CORTICOÏDES ✗ DÉFORMATION STRUCTURALE IMPORTANTE DU RACHIS	✗ DOULEUR THORACIQUE (RACHIALGIES DORSALES) ✗ ÂGE D'APPARITION INFÉRIEUR À 20 ANS OU SUPÉRIEUR À 55 ANS ✗ FIÈVRE ✗ ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
---	---	---

RÉÉDUCATION APRÈS LIBÉRATION DU NERF MÉDIAN AU CANAL CARPIEN	RSC 7.49	0 SEANCE
---	----------	----------

Accord préalable du contrôle médical est nécessaire avant de commencer le traitement (ne nécessite qu'à titre exceptionnel d'engager une rééducation)

RÉÉDUCATION DES CONSÉQUENCES D'UNE FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ DISTALE DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS OPÉRÉE ET NON OPÉRÉE	RSM 7.51 RSC 7.50	25 SEANCES
---	----------------------	------------

RÉÉDUCATION DES CONSÉQUENCES D'UNE FRACTURE AVEC OU SANS LUXATION DU COUDE CHEZ L'ADULTE OPÉRÉE ET NON OPÉRÉE	RSM 7.52 RSC 7.52	30 SEANCES
---	----------------------	------------

RÉÉDUCATION DANS LE CADRE D'UNE TENDINOPATHIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS NON OPÉRÉE	RSM 7.49	25 SEANCES
---	----------	------------

RÉÉDUCATION APRÈS RÉINSERTION ET/OU SUTURE D'UN OU DE PLUSIEURS TENDONS DE LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'ÉPAULE, PAR ARTHROSCOPIE OU ABORD DIRECT	RSC 7.51	50 SEANCES
---	----------	------------

Ces 50 séances couvrent la rééducation postopératoire initiale (phase de Cicatrisation) visant à maintenir une mobilité passive (environ 6 semaines) et la rééducation Postopératoire secondaire visant à restaurer la mobilité active et la force musculaire (environ 3 mois)

RÉÉDUCATION DES CONSÉQUENCES D'UNE FRACTURE NON OPÉRÉE DE L'EXTRÉMITÉ PROXIMALE DE L'HUMÉRUS	RSM 7.50	30 SEANCES
--	----------	------------

RÉÉDUCATION DES CONSÉQUENCES D'UNE ENTORSE EXTERNE RÉCENTE DE CHEVILLE -PIED NON OPÉRÉE	RIM 7,5	10 SEANCES
---	---------	------------

RÉÉDUCATION APRÈS ARTHROPLASTIE DU GENOU PAR PROTHÈSE TOTALE OU UNI-COMPARTIMENTAIRE	RIC 7,52	25 SEANCES
---	----------	------------

RÉÉDUCATION APRÈS RECONSTRUCTION DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR DU GENOU	RIC 7.48	40 SEANCES
--	----------	------------

RÉÉDUCATION APRÈS MÉNISCECTOMIE ISOLÉE, TOTALE OU SUBTOTALE, PAR ARTHROSCOPIE	RIC 7.49	15 SEANCES
--	----------	------------

RÉÉDUCATION APRÈS ARTHROPLASTIE DE HANCHE PAR PROTHÈSE TOTALE	RIC 7,50	15 SEANCES
--	----------	------------

demande d'accord préalable

assurances maladie, maternité ou accident du travail/maladie professionnelle

notice

Cette demande concerne tous les actes et prestations visés à l'art. L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

La présente demande doit être établie dans le respect de la liste des actes et des prestations et des dispositions s'y rapportant.

Les actes ou traitements soumis à l'obligation de l'accord préalable sont repérables par les lettres AP tant pour les actes inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) que pour les actes inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

En outre, lorsqu'un patient présente une pathologie inhabituelle nécessitant une dérogation aux modalités de prise en charge de la liste, celle-ci est subordonnée à l'accord préalable du contrôle médical.

En cas d'urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la demande d'accord préalable en portant la mention "acte d'urgence".

Pour les actes réalisés en série dans des situations médicales déterminées, une demande d'accord préalable est nécessaire quand l'état de santé du patient requiert la poursuite du traitement au-delà du nombre d'actes fixé par décision de l'Uncam publiée au Journal Officiel (*la liste des actes réalisés en série soumis à cette procédure particulière est consultable sur le site : "www.ameli.fr"*).

Le praticien qui dispense les actes (médecin, sage femme, auxiliaire médical(e)) doit préalablement à leur exécution :

- 1 - **compléter le volet A** de cet imprimé, sans oublier d'indiquer le numéro d'immatriculation du patient ou de la victime, le nom ou le numéro de son centre de paiement ou de sa section mutualiste et, pour l'assuré(e) non salarié(e), le nom ou le numéro de son organisme conventionné (se reporter à l'attestation papier de la carte Vitale),
- 2 - **compléter sur le volet B la rubrique "partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil"**,
- 3 - **envoyer immédiatement au moyen de l'enveloppe bleue intitulée "M. le Médecin Conseil"** les deux volets de la présente demande au médecin conseil de la :
 - caisse d'assurance maladie pour les assuré(e)s salarié(e)s et les assuré(e)s non salarié(e)s non agricoles ⁽¹⁾ relevant du régime général ou d'un régime particulier ou spécial de sécurité sociale,
 - caisse de mutualité sociale agricole pour les exploitants et les salarié(e)s agricoles.

⁽¹⁾ *Nota bene : les assuré(e)s relevant de la Sécurité sociale pour les indépendants ne sont couverts par le risque accident du travail/maladie professionnelle que s'ils ont souscrit à une assurance volontaire individuelle. (Cf. formulaire S6101).*

MODALITES DE REPONSE DE L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

LA NON RÉPONSE DE L'ORGANISME DANS LE DÉLAI DE 15 JOURS, À COMPTER DE LA DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE, ÉQUIVAUT À UN ACCORD ⁽²⁾

⁽²⁾ *Le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.*

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale, articles 313-1 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

(Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale)

n° 12040*04

DIAD

assurances maladie, maternité ou
accident du travail/maladie professionnelle

date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Liste des actes et des prestations visés à l'art L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale, art. L.315-2, L.442-5 et R.162-52 du Code de la sécurité sociale
(les 2 volets sont à compléter et à envoyer par le praticien au service médical - voir notice)

personne recevant les soins et assuré(e)

personne recevant les soins

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

actes devant être dispensés

(indiquer, ci-après, le code de l'acte ou la lettre-clé et son coefficient ainsi que le nombre de séances)

actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale ☐

conditions de prise en charge des actes

date de la prescription médicale

acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui ☐non ☐acte urgent : oui ☐non ☐maladie ☐acte en rapport avec une ALD : oui ☐non ☐maternité ☐

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

accident du travail ou maladie professionnelle ☐

date

identification du praticien dispensant les actes et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

date

signature

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

identification du prescripteur

(à compléter lorsque la demande est établie par un(e) auxiliaire médical(e) - joindre la prescription ou sa copie)

nom et prénom

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

avis du médecin conseil

accord ☐convocation éventuelle ☐refus ☐- d'ordre médical ☐- d'ordre administratif ☐

- motif :

date

DIAD S3108f

Découpe

demande d'accord préalable

assurances maladie, maternité ou
accident du travail/maladie professionnelleVOLET B
à adresser et à conserver
au service médical

date de réception :

Liste des actes et des prestations visés à l'art L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale, art. L.315-2, L.442-5 et R.162-52 du Code de la sécurité sociale
(les 2 volets sont à compléter et à envoyer par le praticien au service médical - voir notice)

personne recevant les soins et assuré(e)

personne recevant les soins

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section
mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de
l'organisme conventionné (pour les non salariés)

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

actes devant être dispensés

(indiquer, ci-après, le code de l'acte ou la lettre-clé et son coefficient ainsi que le nombre de séances)

actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale ☐

conditions de prise en charge des actes

date de la prescription médicale

acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui ☐non ☐acte urgent : oui ☐non ☐maladie ☐acte en rapport avec une ALD : oui ☐non ☐maternité ☐

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

accident du travail ou maladie professionnelle ☐

date

identification du praticien dispensant les actes et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

date

signature

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

identification du prescripteur

(à compléter lorsque la demande est établie par un(e) auxiliaire médical(e) - joindre la prescription ou sa copie)

nom et prénom

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

avis du médecin conseil

accord ☐convocation éventuelle ☐refus ☐- d'ordre médical ☐- d'ordre administratif ☐

- motif :

date

IMPORTANT

le praticien dispensant l'acte doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant l'acte ou la série d'actes

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

ARGUMENTAIRE MEDICAL - DAP

LE KINESITHERAPEUTE :

LE PATIENT :

Nom

Prénom

NSS

PRESCRIPTION MEDICALE DU :

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

REFERENTIEL CONCERNÉ :

- ☐ Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique
- ☐ Rééducation dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique
- ☐ Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune
- ☐ Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien
- ☐ Rééducation des conséquences d'une fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras OPÉRÉE
- ☐ Rééducation des conséquences d'une fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras NON OPÉRÉE
- ☐ Rééducation des conséquences d'une fracture avec ou sans luxation du coude chez l'adulte OPÉRÉE
- ☐ Rééducation des conséquences d'une fracture avec ou sans luxation du coude chez l'adulte NON OPÉRÉE
- ☐ Rééducation dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée
- ☐ Rééducation après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct
- ☐ Rééducation des conséquences d'une fracture non opérée de l'extrémité proximale de l 'humérus
- ☐ Rééducation des conséquences d'une entorse externe récente de cheville-pied NON OPÉRÉE
- ☐ Rééducation après arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartimentaire
- ☐ Rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou
- ☐ Rééducation après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie
- ☐ Rééducation après arthroplastie de hanche par prothèse totale

NÉCESSITÉ DE POURSUITE DES SOINS CAR :

- ☐ DOULEUR :
- ☐ SIGNES ÉVOQUANT UNE ÉVOLUTION INATTENDUE
 - fièvre
 - réaction inflammatoire
 - atteinte sensitive de

☐ ÉTAT CUTANÉ :

☐ MOBILITÉ (STAGNATION, RÉGRESSION, INSTABILITÉ, ...) :

☐ FONCTIONS MUSCULAIRES (SIDÉRATION, PARALYSIE, ...) :

☐ ACTIVITES DIFFICILES/IMPOSSIBLES (AVQ, EQUILIBRE, RISQUE DE CHUTE, ...) :

☐ PROJET PATIENT/THÉRAPEUTE NON ATTEINT :

DATE / SIGNATURE