MASSEURS KINESITHERAPEUTES LIBERAUX

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONVENTIONNEMENT EN ZONE « NON PRIORITAIRE »

Se reporter à la notice explicative ci-jointe pour renseigner ce formulaire et connaître les pièces justificatives à fournir.

INFORMATIONS GENERALES

Le territoire national est divisé en bassins de vie pseudo-canton classés en quatre catégories de zones selon la méthodologie définie en annexe 3 de la convention nationale.
Conformément aux dispositions de l'avenant 7 à la convention nationale les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, dénommées **« zones non prioritaires »** correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent les 30 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est le plus élevé.

⇨ **Le principe de régulation du conventionnement s'applique dans ces zones « non prioritaires » : un conventionnement ne peut être accordé par un organisme d'assurance maladie à un masseur-kinésithérapeute dans une zone « non prioritaire » qu'au bénéfice d'un masseur-kinésithérapeute assurant la succession d'un confrère cessant définitivement son activité dans la zone considérée sauf cas de dérogations prévues à l'article 1.2.3**

Si vous souhaitez vous installer dans une zone « non prioritaire » soumise à la régulation du conventionnement :

- ✓ Vous devez adresser une demande de conventionnement **par lettre recommandée avec accusé de réception**, par voie postale ou par voie électronique *(adresse de la BAL à communiquer par chaque CPAM)*

- ✓ Votre dossier, sous réserve qu'il soit complet, est soumis à la Commission Paritaire Départementale (CPD) des Masseurs-kinésithérapeutes dans un délai de 30 jours. Cette commission rend ensuite son avis dans un délai maximal de 30 jours suivant sa saisine. A noter que la CPD peut demander des compléments d'information ou à vous entendre ; vous avez également la possibilité d'être entendu par cette commission si vous le souhaitez.

- ✓ **La décision du Directeur Général de la CPAM vous sera ensuite notifiée soit par mail soit par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 15 jours.**

ATTENTION :
Si vous êtes primo installé(e), ou si vous exerciez précédemment hors du département, vous ne pourrez débuter votre activité qu'après avoir été reçu(e) en RDV d'installation par nos services.

En outre, la CPAM enregistrera votre activité au Fichier National des Professionnels de Santé à réception des données actualisées par l'Ordre (RPPS) et concordantes avec l'adresse mentionnée le jour du RDV.

Si vous exercez déjà en libéral dans le département et que vous changez d'adresse vers une zone non prioritaire, nous ne modifierons votre nouvelle adresse d'exercice qu'à compter de la réception de l'actualisation de votre nouvelle adresse d'exercice auprès de l'Ordre.

LE COURRIER RECOMMANDE AVEC ACCUSE DE RECEPTION DOIT ETRE ADRESSE A :

XXXXXXXXXXXXXX

IMPORTANT : Seuls les dossiers complets seront examinés,

- Compléter les cadres 1 à 4 du formulaire.
- Ecrire lisiblement et en majuscules.
- Lorsque plusieurs choix sont proposés, cocher la case correspondant à votre situation.

1. NATURE DE LA DEMANDE (*cf. notice cadre 1*)

- ☐ Installation
- ☐ Changement d'adresse
- ☐ 1ère demande

2. LE DEMANDEUR *(cf. notice cadre 2)*

NOM : …… **NOM d'usage :**……

Prénom : ……

Adresse personnelle : ……

……

Téléphone : ……

Numéro Assurance Maladie (ADELI) : …… **(Uniquement pour les masseurs-kinésithérapeutes installés)**

Numéro RPPS : ……

Adresse mail : ……

- ☐ **J'autorise**
- ☐ **Je n'autorise pas**

la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à m'adresser par mail toute correspondance relative à ma demande d'installation ou à mon exercice professionnel.*

3. VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE *(pièces à joindre cf. notice cadre 5)*

Quel est votre statut actuel ?

- ☐ **SALARIE(E)** Nom de la structure : ……
- ☐ **REMPLACANT(E)**

  Nom des masseurs-kinésithérapeutes remplacés : ……
- ☐ **LIBERAL(E)**
  - ☐ **Titulaire**
  - ☐ **Collaborateur**
  - ☐ **Assistant**

Cabinet principal : Numéro ADELI : ……

Adresse actuelle de votre cabinet : ……

……

Cabinet secondaire : Numéro ADELI : ……

Adresse actuelle de votre cabinet : ……

……

4. CONDITIONS ET PROJET D'INSTALLATION *(pièces à joindre cf. notice cadre 4 et 5)*

Motif de votre demande :

☐ **CAS 1 : demande de conventionnement au titre du « 1 pour 1 » avec désignation de successeur**

☐ **CAS 2 : demande de conventionnement à titre dérogatoire**

CONDITIONS PROJETEES DE VOTRE INSTALLATION
Adresse du lieu d'installation envisagé :

……

……

Date prévisionnelle de début d'activité : ……

Statut envisagé :

- ☐ **SALARIE(E)**
- ☐ **LIBERAL(E)**
  - ☐ **Titulaire**
  - ☐ **Collaborateur**
  - ☐ **Assistant**

S'agit-il d'un cabinet :

- ☐ Principal
- ☐ Secondaire

Le cabinet de soins a-t-il établi un partenariat ou intervient-il :

- ☐ Dans un EHPAD
- ☐ Une clinique
- ☐ Autre (précisez)……..

CAS 1 : ATTESTATION DE CESSATION ET DE DESIGNATION D'UN REPRENEUR **à remplir par le masseur-kinésithérapeute cessant et le(s) titulaire(s) du cabinet**

Vous reprenez la patientèle d'un masseur-kinésithérapeute qui a cessé son activité dans la zone dans laquelle vous souhaitez vous installer, remplissez l'attestation de désignation d'un successeur suivante :

I - Partie à remplir par le masseur-kinésithérapeute qui cesse son activité en zone non prioritaire :

Date : ……

Je soussigné(e), …… masseur-kinésithérapeute libéral(e)

conventionné(e) sous le numéro Adeli : ……..

Et enregistré(e) au Conseil de l'Ordre sous le numéro RPPS : ……

Exerçant à l'adresse suivante : ……

……en qualité de ☐ **titulaire** ☐ **collaborateur** ☐ **assistant**

Activité de ce cabinet : ☐ Principale ☐ Secondaire

Atteste par la présente **cesser définitivement** mon activité libérale dans la zone sur dotée dont dépend mon cabinet à compter du …… pour le motif suivant :

☐ Convenance personnelle ☐ Retraite ☐ Changement de département ☐ Changement d'adresse

Cachet : Signature :

II - Partie à remplir par le(s) titulaire(s) du cabinet et par le masseur-kinésithérapeute qui cesse son activité

Conformément à l'avenant N°7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, *« Si le masseur kinésithérapeute cédant son activité a le statut d'assistant ou de collaborateur libéral,* ***l'attestation de succession est rédigée par le(s) titulaire(s) du cabinet en accord avec l'assistant ou le collaborateur.*** *»*

Aussi, merci de bien vouloir mentionner les nom et prénom du successeur :
M/Mme ……

Identification du ou des **titulaires** du cabinet :	Identification du **masseur-kinésithérapeute qui cesse** :
- Nom-Prénom – N° RPPS :	- Nom-Prénom – N° RPPS :
- Nom-Prénom – N° RPPS :	Cachet et signature
- Nom-Prénom – N° RPPS :	

Cachet(s) et signature(s) du ou des titulaires du cabinet

CAS 2 : demande de conventionnement dérogatoire

Précisez de quel cas dérogatoire au principe de régulation, il s'agit :

☐ **Dérogation liée à la vie personnelle** (*la dérogation dans un délai maximum de six mois suivant le changement de situation du professionnel dûment attesté)*

- ☐ **Situation médicale grave de l'intéressé/conjoint/enfant/ascendant** *fournir le justificatif de filiation ; les documents médicaux seront adressés dans une enveloppe séparée avec la mention « secret médical » ;*
- ☐ **Mutation professionnelle du conjoint** *fournir le contrat de mariage/PACS/certificat de vie commune,… ainsi que des documents justifiant la mutation du conjoint* ;
- ☐ **Changement d'adresse liée à une situation juridique personnelle** *fournir le contrat de mariage/ PACS/ certificat de vie commune/ jugement de divorce/ …* ;

☐ **Dérogation liée à une offre insuffisante de soins spécifiques** *Pour en bénéficier, vous devez justifier de votre pratique particulière à hauteur de 50% d'actes spécifiques réalisés pendant les trois années précédant sa demande de conventionnement. Dans le cas où vous ne pouvez pas justifier de sa pratique à hauteur de 50% d'actes spécifiques, en raison notamment de son statut de remplaçant ou de salarié, ou encore de jeune diplômé, le professionnel peut dans ce cas apporter aux membres de la CPD tous les documents apparaissant comme susceptibles d'attester de sa pratique spécifique (exemples : attestation de son employeur, diplômes complémentaires, attestations de stage, etc.).*

- ☐ Réhabilitation respiratoire[1]
- ☐ Kinésithérapie périnéosphinctérienne[2]
- ☐ Rééducation vestibulaire[3]
- ☐ Kinésithérapie pédiatrique[4]
- ☐ Rééducation maxillo-faciale[5]
- ☐ Sénologie

☐ **Dérogation au principe de régulation pour risque économique**

Pour bénéficier d'une telle dérogation, le groupe accueillant le demandeur doit avoir *mené des recherches pour recruter un associé ou un collaborateur de la zone concernée. Il s'agit d'une obligation de moyen que les membres de l'activité de groupe pourront démontrer par tout moyen. La dérogation ne peut être accordée que si le masseur-kinésithérapeute quittant l'activité de groupe* ***a exercé pendant au moins trois ans*** *au sein de ce groupe. Les membres de l'activité de groupe doivent apporter la preuve par tout moyen* ***que le masseur-kinésithérapeute quittant l'activité de groupe participait de manière substantielle aux charges du groupe pendant les trois dernières années.***

[1] Actes traçants : actes de l'article 5 – Rééducation des conséquences des affections respiratoires (chapitre II titre XIV de la NGAP)~~)~~

[2] Acte traçant : Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback RAB 8,5 (AMK 8.5 selon la nomenclature en usage jusqu'au 22 février 2024)

[3] Acte traçant : rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre ARL 8 (AMK 8 selon la nomenclature en usage jusqu'au 22 février 2024)

4 Actes traçants : la CPAM vérifiera dans les bases que + de 50% de l'activité du MK sur 3 ans est réalisée pour des patients de moins de 15 ans

5 Acte traçant : rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale ARL 7,99 (AMK 8 selon la nomenclature en usage jusqu'au 22 février 2024)