

REUNION CNAM
QUESTIONS RELATIVES A LA FACTURATION (version définitive)

28 novembre 2025

La CNAM a réuni les organisations de PSAD afin de lister un certain nombre de questions relatives à la future facturation VPH.

▪ **Consignes de transition et délai de carence**

Sur la facturation des semaines à cheval entre deux tarifications hebdomadaires différentes : Application du tarif en vigueur au début de la semaine. Afin d'éviter tout rejet de ces semaines spécifiquement, il est impératif de facturer avec une date de fin de la semaine au 30 novembre. Puis de redémarrer une nouvelle semaine la semaine suivante.

→NB : si une location est commencée par exemple aujourd’hui, la semaine peut être facturée en intégralité avec date de fin au 30/11.

▪ **Prise en charge renforcée et location de courte durée**

Pour la location de courte durée (LCD) des VPH, dans tous les cas de figure, le montant facturé doit être inférieur ou égal au prix limite de vente (PLV).

- Pour les bénéficiaires de la C2S : un seul flux de facturation vers l'AMO pour la totalité du montant facturé, en tiers-payant intégral.
L'AMO fait le lien avec la complémentaire, et fait son affaire de la récupération de la part prise en charge par l'AMC le cas échéant.
- Hors C2S, l'AMO ne fait pas de lien avec les complémentaires et le distributeur peut appliquer :
 - Le paiement direct par le patient de la totalité du montant facturé (pas de tiers payant)
 - Le tiers payant sur la seule part prise en charge par l'AMO, avec un paiement direct par le patient de la différence entre le prix facturé et le montant pris en charge par l'AMO
 - Le tiers payant intégral sur les parts AMO et AMC, avec 2 flux séparés de facturation en direction de l'AMO d'une part et de l'AMC d'autre part
- Si le patient n'a pas de complémentaire santé (pas de C2S, pas d'AMC hors C2S), le PLV s'applique néanmoins : le montant facturé doit dans tous les cas être inférieur ou égal au PLV. Le distributeur peut appliquer :
 - Le paiement direct par le patient de la totalité du montant facturé (pas de tiers payant)
 - Le tiers payant sur la seule part prise en charge par l'AMO, avec un paiement direct par le patient de la différence entre le prix facturé et le montant pris en charge par l'AMO.

- En cas de prescription en lien avec une pathologie exonérante, prise en charge à 100% de la base de remboursement et la prise en charge renforcée par AMC de la différence entre la base de remboursement et le PLV.

→ Pour tout contact sur la vérification des droits complémentaires la CNAM suggère de vous rapprocher de l'association des complémentaires santé pour le tiers payant (Inter-AMC) :

Nathalie STEL (FA) : nathalie.stel@sintia.fr

Morgane LANGLOIS-GAUTIER (CTIP) : langlois-gautier@ctip.asso.fr

Nicolas TRUEL (FNMF) : Nicolas.TRUEL@mutualite.fr

Gregoire OLLIVIER (FNMF) : Gregoire.OLLIVIER@mutualite.fr

■ DROM

Cas de prescription supérieure à 12 mois et délai pour demande de prise en charge en raison des demandes de financements autres qu'assurance maladie.

Gestion pour facturation selon modalité ancienne nomenclature. => bien associer l'ancienne prescription et le signaler dans dossier DAP. **Gestion au cas par cas par les caisses.**

■ Contenu des prescriptions

- Les prescriptions peuvent mentionner l'acronyme, à condition qu'il soit exact et conforme à la nomenclature.
- Le forfait MAD n'a pas à être prescrit mais la livraison doit, elle, apparaître sur la prescription.

■ DEP / DAP

- Les PSAD doivent continuer à utiliser le CERFA habituel pour les DEP/DAP. Une évolution éventuelle du formulaire pourra être étudiée dans un second temps.
- Pour les demandes non concomitantes d'ajonctions, une DEP devra être réalisée avec le code correspondant.

■ Options sur devis

- Les adjonctions sur devis devront figurer sur le même CERFA que l'appareillage auquel elles se rattachent.
- La présence d'une adjonction sur un devis aura un impact sur le délai de traitement / réponse par la CNAM
 - Délai de traitement maximum pour un VPH seul : 15 jours.
 - Délai de traitement maximum pour un VPH + adjonction : 2 mois appliqués à l'ensemble.
- S'agissant des options non compensatrices d'un handicap (non prises en charge par l'AM), si la CNAM n'aura pas à se prononcer à leur sujet, elle estime que les faire apparaître sur le devis pourrait être pertinent. Un traçage via téléservice pourra être envisagé ultérieurement.

- **Pièces obligatoires au dossier**
 - Transmission : Les documents obligatoires (fiche d'évaluation, fiche de préconisation, certificat de validation, devis, prescription...) devront être transmis via SCOR.
Exception : la 3^e page de la fiche de préconisation contenant les informations médicales ne doit pas être transmise (la CNAM préconise de la masquer/supprimer ; son maintien ne devrait cependant pas être sanctionné).
 - Problème identifié : le nom et prénom du patient n'apparaissent pas sur les fiches d'évaluation et de préconisation mises à disposition, ce qui va poser des difficultés dans le traitement des documents par les PSAD. La CNAM a pris note de cette problématique qui va être rectifiée.
 - Utilité de la fiche d'évaluation pour la CPAM : la question a été posée de la pertinence d'adresser la fiche d'évaluation aux caisses qui comportent des informations confidentielles relatives au patient. La CNAM souhaite disposer de l'ensemble des documents afin de pouvoir réaliser des contrôles de cohérence, comme prévu par la nomenclature. Les informations transmises restent couvertes par le secret professionnel.
- **Délais de carence et protection des PSAD contre les indus**

Aucun outil n'est immédiatement disponible pour mise à disposition des PSAD pour vérifier l'absence de délai de carence d'un patient. Une réflexion est en cours, notamment autour d'un outil existant chez les pharmaciens (ADAC), mais non accessible aux PSAD.
- **Essais**
 - Certificat de validation des essais : Aucun modèle n'a encore été élaboré. La CNAM envisage pour l'heure de s'inspirer du modèle mis en place par la CPAM des Hauts-de-France, mais il semblerait que ce document atteste « juste » de la capacité de conduite d'un FRE par l'usager, et non pas la validation des essais prévus par la nomenclature.
 - Réduction de la durée des essais : Gestion des situations où le patient souhaite réduire la durée d'essai : précisions à venir.
- **Forfait MAD**
 - Facturation : Le forfait MAD est indissociable de l'achat. La transmission devra se faire en même temps que la vente.
 - **TVA : le taux de TVA applicable au forfait MAD (achat) est de 5,5% (l'application du taux réduit est en attente de confirmation pour la location)**
- **Location longue durée (LLD)**
 - Facturation : la facturation s'établira de date à date, à terme échu.
 - Cas particuliers / sensibles :
 - En cas de décès, la CNAM a indiqué en séance qu'il sera possible de facturer un trimestre entier, même si le décès survient quelques jours après le début de la location mais précise que **ce point devra être confirmé**. Il conviendra donc d'être vigilant vis-à-vis des caisses dans la

mesure où la date de facturation sera vraisemblablement postérieure à la date de décès.

- Périodes d'hospitalisation : ce sujet sera à traiter par la CNAM.

■ **Cas des patients en centre de rééducation**

Plusieurs difficultés identifiées :

- Les usagers devront rentrer à domicile pour réaliser les essais alors qu'ils sont en centre
- Le besoin de sécuriser la possibilité d'actionner une location de transition sans déclenchement d'une période de carence sur l'achat du fauteuil définitif est rappelé.
Réponse attendue de la DSS.