



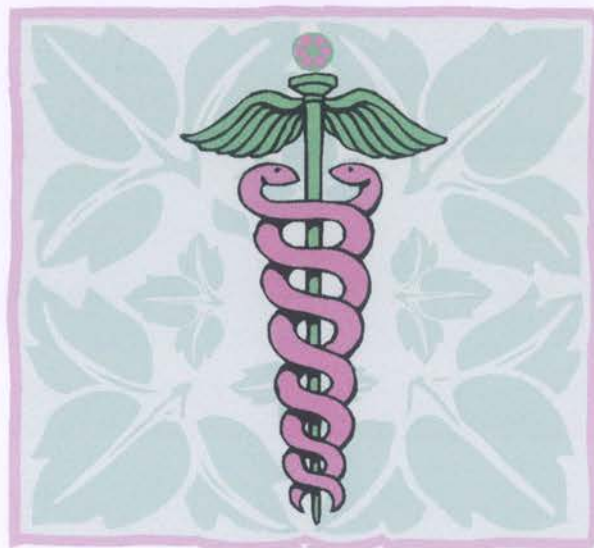
## **OBJECTIF-KINE dans L'UNION**

### **SYNDICAT DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES REEDUCATEURS DE LA MOSELLE**

*seul syndicat représentatif en Moselle  
membre de la Commission socioprofessionnelle  
membre de la Commission des Pénalités*

**NOVEMBRE 2011**

## **LA LETTRE SYNDICALE**



### **SOMMAIRE:**

- **Editorial**
- **Référentiels et réflexions sur la lombalgie commune**
- **La réponse du Ministre de la Santé à notre courrier sur les référentiels**
- **Ce que la CPAM attend dans l'argumentaire des DAP**
- **Le kinésithérapeute, secrétaire médical de la sécu...**
- **Négociations conventionnelles: le combat continue pour l'UNION**
- **Le compte-rendu de la Commission socioprofessionnelle départementale**
- **Quelques chiffres...**
- **La reconnaissance du niveau Master**
- **Avenant n°3 à la convention**
- **Et si je me syndiquais...**

**Siège Social** : Maison Médicale-place du Foyer- 57520 Grosbliedestroff

**Tél.** : 03.87.09.05.96

**Fax** : 03.87.09.04.15

**E-Mail** : [jacques-valentiny@wanadoo.fr](mailto:jacques-valentiny@wanadoo.fr)



## Editorial

### *Quotité négligeable...*

*Rassurons nous, le kinésithérapeute n'a pas abandonné le libéralisme, il a tout simplement fait part de son individualisme voire de son immobilisme.*

*Alors que la puissance syndicale se définit par son nombre d'adhérents, son unité, sa capacité dans ses actions revendicatives à représenter les aspirations de la profession; nous assistons hélas, à la cruelle perversion de l'abandon.*

*L'indécence des propositions tarifaires faites par l'Assurance maladie n'est que la résultante d'une pâle mobilisation de nos confrères.*

*Dans ces conditions sauriez vous critiquer le travail des négociateurs sans avoir fait vous même le moindre geste? Nos efforts n' ont- ils convaincu que ceux qui ont bien voulu adhérer? Je n'ose y croire...*

*Par manque de civisme et sans doute de courage, la quotité négligeable que nous risquons de représenter un jour, nous amènera à la triste désillusion de voir disparaître notre exercice conventionnel.*

*Sous peine d'être délaissé, il va falloir réveiller le kiné qui s'endort...*

*Syndiquez vous !!!*

*Jacques VALENTINY  
Vice-président MK France-Objectif Kiné*





## REFERENTIELS ET REFLEXIONS CONCERNANT LA LOMBALGIE COMMUNE

La HAS a validé le 1<sup>er</sup> avril 2011 les seuils proposés par l'UNCAM sur les situations suivantes :

- lombalgie commune : 15 par série d'actes, 30 séances sur 12 mois, cotation AMS 7,5
- chirurgie de la coiffe des rotateurs de l'épaule : 50 séances, cotation AMS 7,5
- ménissectomie par arthroscopie : 15 séances, cotation AMS 7,5
- prothèse uni-compartmentaire du genou : 25 séances, cotation AMS 7,5

Si ces rééducations ostéoarticulaires validées par la HAS sur la base de seuils fixés par l'UNCAM nécessitent à titre exceptionnel un accord préalable du service du contrôle médical pour la prolongation des séances au-delà du traitement habituel, la lombalgie commune de par sa nature se différencie des autres pathologies quant au diagnostic établi.

L'argumentaire de la CNAMTS donne la définition suivante de la lombalgie :

« La lombalgie commune correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale et infectieuse. On estime habituellement, sur la base de la pratique clinique, que la "lombalgie commune" représente la grande majorité des cas (90 %) de lombalgies prises en charge par les professionnels de santé »

### ANALYSE ET INTERPRETATION

Il est rassurant de constater selon cette définition, en examinant notre pratique quotidienne, que le pourcentage donné par l'UNCAM ne correspond pas à la réalité et semble plutôt inversé : allusion est faite à la cause inflammatoire. La plupart de nos patients bénéficiant de kinésithérapie pour des algies lombaires sont traités parallèlement en médecine par la prescription d'anti-inflammatoires et de décontracturants, par conséquent ne rentrent pas dans le champ du dispositif de la lombalgie commune (**raisonnement par l'absurde**).

Quand on évoque la lombalgie *d'origine traumatique*, un diagnostic différentiel est établi en se basant sur les examens complémentaires (Rx, Scanner, IRM) Par ces renseignements le type de lombalgie est défini, mais le flou persiste quand il s'agit de définir l'origine du traumatisme ; pour exemple, un pincement discal, une protrusion ou une hernie discale peuvent être la conséquence d'une action externe, donc traumatique.

Les interprétations quant à situer " la lombalgie commune " dans son contexte véritable se révèlent discutables :

Ainsi pour clarifier en la circonstance au niveau de l'échelon local (contrôle médical) et trouver un compromis, le **Syndicat MK Moselle** a demandé que figure à l'ordre du jour de la **Commission Socio Professionnelle Départementale** du 7 novembre 2011, **la notion exacte de cette pathologie** ; le compte rendu de cette CSPD sera présenté lors de l'Assemblée Générale du vendredi 25 novembre 2011.

Bernard JUNG  
Président Syndicat MK Moselle





**Ecartelés par les  
charges, les Kinés  
n'en peuvent plus..**



**Ne tirez  
plus sur les  
KINES...**

*Basin  
16/10*





## SYNDICAT DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES REEDUCATEURS DE LA MOSELLE

15 mars 2011

*Lettre ouverte à Mesdames et Messieurs les Députés et Sénateurs de la Moselle*

*Objet: à propos de la loi HSPT*

*Madame, Monsieur,*

*Le Syndicat des Kinésithérapeutes de la Moselle affilié à la Confédération Nationale des Kinésithérapeutes Libéraux (Objectif Kiné) souhaite attirer votre attention sur la problématique qui entoure notre profession et sur **l'offre restrictive de soins imposée à nos patients par les nouvelles dispositions légales (article L42 PLFSS 2009 sur les soins en série)**.*

*Déjà en bas de l'échelle des coûts (2,5% des dépenses de l'assurance maladie) et respectueux de l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie), nos honoraires sont bloqués depuis près de onze années.*

*En plus d'ignorer notre contribution à la maîtrise des dépenses de santé, l' Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie impose de façon arbitraire des **référentiels** qui consistent à limiter le nombre de séances remboursables, pénalisant le patient considéré comme un élément comptable sans respecter sa singularité. Il s'agit bien évidemment d'une logique purement administrative et statistique de rationnement des soins.*

**Ceci n'est pas acceptable!**

*Ces référentiels rencontrent auprès de nos malades une totale incompréhension surtout lorsque nous subissons l'aveugle complicité des caisses devant **les onéreuses et souvent inutiles hospitalisations en centre de rééducation (non soumis à ces référentiels)**. En exemple: la HAS (Haute Autorité de Santé) préconise la prise en charge de la lombalgie par le kinésithérapeute de ville (coût de la séance:15,30 €).Malgré cela, les centres de rééducation dont la vocation première est d'accueillir les pathologies lourdes ouvrent largement leurs portes aux patients atteints de douleurs lombaires en leur proposant une hospitalisation de jour (coût:253,03 € par jour sans compter le transport!!!) **Le constat est amer quand on nous parle d'économie.**(Ci-joint l' article du Républicain Lorrain du 07/03/2011)*

.../...





.../...

*La valeur thérapeutique de nos actes n'est plus à démontrer, les restreindre en limitant leur accès ne peut qu'entraîner une insupportable injustice sociale au risque d'induire une médecine à 2 vitesses. **La Kinésithérapie deviendra t'elle le privilège de certains?***

*Nos patients sont conscients qu'une fracture sanitaire liée à l'argent serait très mal ressentie. Nous ne souhaitons pas les pénaliser en appliquant des dépassements sur nos honoraires afin de pallier à l'augmentation constante de nos charges. Néanmoins ils rendront responsable **nos élus** si une telle iniquité devait s'installer.*

*En vous remerciant pour l'attention que vous porterez à ce message, veuillez croire Madame, Monsieur, en nos sentiments respectueux.*

*Pour le Syndicat des Kinésithérapeutes de la Moselle,*

*Jacques VALENTINY*

*Vice-président de la Confédération Nationale des Kinésithérapeutes Libéraux (Objectif Kiné)*

**Siège Social** :Maison Médicale- place du Foyer- 57520 Grosbliedertroff

**Tél.** : 03.87.09.05.96

**Fax** : 03.87.09.04.15

**E-mail** : [jacques-valentiny@wanadoo.fr](mailto:jacques-valentiny@wanadoo.fr)







Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

*Le Ministre*

PARIS, LE 24 OCT. 2011

Mercurie 11-7410/XB/DSS/CS – Scop 11014922  
V/Ref : BS/C5461

COPIE

Monsieur le Député,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur les préoccupations exprimées par Monsieur Jacques Valentiny, secrétaire général du syndicat des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs de la Moselle, concernant la mise en œuvre de référentiels pour les actes en série de masso-kinésithérapie.

Il m'apparaît nécessaire pour répondre à ces préoccupations de rappeler l'objectif de la mesure qui a conduit à la mise en place de référentiels issus de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Ces référentiels visent à garantir au patient une prise en charge conforme aux meilleures pratiques médicales.

Face au manque d'homogénéité des traitements constatés sur le territoire dans la rééducation d'une même pathologie ou dans le traitement d'un même diagnostic, sans que ces écarts soient justifiés d'un point de vue médical, et afin d'obtenir une meilleure adéquation entre les pathologies dont souffrent les patients et les soins qui leur sont nécessaires, l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a mis à la disposition des professionnels de santé des référentiels validés par la Haute autorité de santé (HAS). Ces référentiels détaillés par pathologie doivent être respectés par le professionnel de santé.

Cet article, en modifiant l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale, permet, pour les prescriptions d'actes réalisés en série, d'introduire un seuil au-delà duquel la poursuite de la prise en charge du traitement par l'assurance maladie est soumise à un accord préalable du service du contrôle médical fondé sur un référentiel élaboré par la HAS ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Le masseur kinésithérapeute a donc toujours la possibilité, en le justifiant, de réaliser un nombre supérieur de séances en fonction de l'état de santé particulier du patient, avec l'accord du service médical de l'assurance maladie. Cette mesure devrait permettre de limiter la prise en charge aux actes justifiés médicalement.

.../...

**Monsieur Denis JACQUAT**  
Député de la Moselle  
25, rue du Cambout  
57000 Metz

Dans le prolongement de la démarche initiée en 2009, l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 vise à renforcer l'application des référentiels de la HAS en matière de recours aux établissements de soins de suite et de réadaptation ou en centres de rééducation.

Malgré une campagne importante de sensibilisation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) auprès des prescripteurs hospitaliers, aucun changement significatif de la pratique d'orientation des patients n'a été observé et des disparités importantes pour la rééducation d'une même pathologie subsistent d'un établissement de santé à l'autre. A titre d'exemple, les admissions dans les établissements de soins de suite et de réadaptation demeurent deux fois plus importantes dans la région Provence-Alpes-Côtes-d'Azur (11%) qu'en Ile-de-France (moins de 5%).

Un meilleur respect de ces recommandations permettrait d'assurer une orientation du patient vers le mode de prise en charge le plus adapté à son état de santé, pour un coût moindre pour l'assurance maladie. Pour cela, le dispositif envisagé prévoit d'étendre la procédure d'accord préalable aux centres de soins de suite et de réadaptation.

La mise en œuvre de cette disposition permettra d'assurer un meilleur respect de ces référentiels afin d'inciter les prescripteurs hospitaliers à recourir aux services de soins de suite et de réadaptation uniquement lorsque l'état du patient le requiert et partant à augmenter le recours aux masseurs-kinésithérapeutes de ville, tout en garantissant l'efficacité de la prise en charge.

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Monsieur le Député, l'expression de ma considération distinguée.



**Xavier BERTRAND**



## Demande d'Accord Préalable pour les pathologies soumises à référentiels

**Quels sont les éléments à mentionner sur l'argumentaire médical pour permettre au praticien conseil de se prononcer ?**

- ☞ Date d'intervention, de traumatisme au début de l'affection
- ☞ Nombre de séances déjà réalisées pour cette indication
- ☞ Co morbidité avec éventuellement référence ou résumé des résultats des examens para cliniques
- ☞ Evènements intercurrents expliquant le retard des résultats
- ☞ Notion de pathologie complexe antérieure à l'intervention
- ☞ Mesure d'indicateurs propres à la pathologie au début de la prise en charge et au moment de la demande d'accord préalable

Par exemple :

Périmètre de marche, amplitude, amyotrophie...

Description de l'autonomie du patient : nécessité d'une canne, autonomie pour les déplacements, les escaliers, appui unipodal...

## Le Kinésithérapeute, secrétaire médical particulier de la SECU pour 11 centimes de l'heure ?

Mais où est donc passé le bon vieux temps des feuilles de soins papier ? A l'époque, nos imprimantes sortaient nos belles factures oranges sur lesquelles nous apposions notre signature gage du travail accompli pour la modeste, voire ridicule somme de 15.30 euros la séance. Nos chers prescripteurs empochaient quant à eux 22 euros pour griffonner une ordonnance souvent illisible dans un temps record.

Nos patients, surpris par la légèreté de nos factures nous disaient à bientôt. Satisfaits d'un traitement sans effets secondaires, ils signaient leur facture et l'envoyaient à la SECU.

Et vint l'ère de la télétransmission, Innovation majeure dans la simplification administrative et dans le contrôle insidieux de notre activité. En fait la simplification est unilatérale, les rejets sont de plus en plus nombreux. Alors nous téléphonons à notre contact télétransmission qui, d'une voix charmante et après 10 minutes d'attente nous dit que la carte vitale n'est pas à jour, que le médecin a changé de numéro d'identifiant, que le numéro d'AT a été modifié et que c'est donc de notre faute. Il nous faut ainsi recycler, retélétransmettre, faire des duplicata de FSE version papier certifiés sur l'honneur, bref il nous faut nous justifier des erreurs de fonctionnement de la SECU et passer encore plus de temps à de l'administratif consécutif à la dématérialisation.

Autre innovation majeure, le flux 1/3. On inonde de courriels nos boîtes aux lettres avec des tableaux illisibles de lots de télétransmission précédés de : « veuillez trouver ci-après les factures rejetées par notre organisme pour les raisons suivantes » suivi d'une fois sur deux de : «vous n'avez aucune facture rejetée ».

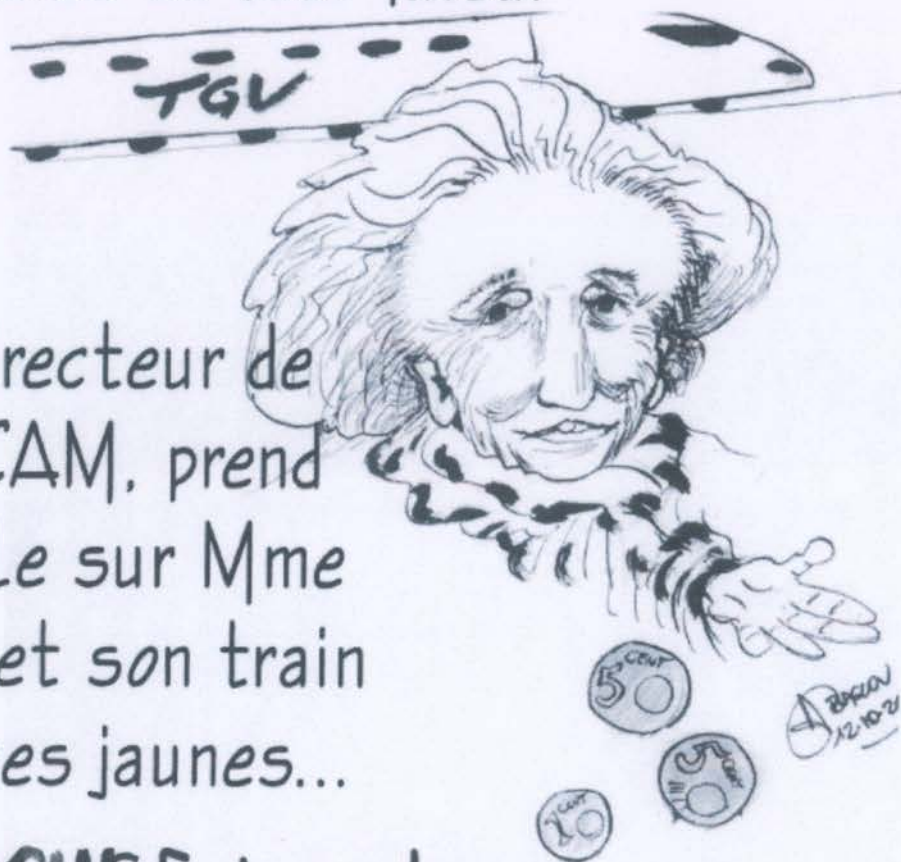
Quel bonheur ! Il arrive parfois que l'on ne se fasse pas rejeter. On se fait déjà jeter des centimes à la figure par notre ministre de la santé pour bons et loyaux services rendus à la SECU par respect des directives de L'ONDAM pendant des années.

Il serait peut être judicieux de demander dans nos revendications la création d'un nouvel acte : secrétariat médical pour la SECU doté d'une nouvelle clé à 11 centimes.

Philippe KUCHLER



Les Kinés s'attendaient  
depuis 12 ans à un train  
de mesures en Leur faveur



Le directeur de  
l'UNCAM, prend  
exemple sur Mme  
Chirac et son train  
de pièces jaunes...

pour faire des  
propositions  
tarifaires...



## Négociations Conventionnelles : Le combat continue pour l'Union.

Réunis en congrès extraordinaire, 51% des représentants départementaux des syndicats de la FFMKR ont voté pour la signature de l'avenant n°3 de la convention. Le président de la FFMKR, déstabilisé par sa base, a réussi à une courte majorité à convaincre ses adhérents qui s'étaient pourtant prononcés à 96% contre le même avenant il y a 3 semaines.

Le constat est le suivant :

Avec 55% des suffrages aux dernières élections professionnelles aux URPS (taux de participation 20%), la FFMKR dispose d'un droit d'opposition lui permettant d'engager seule, par sa signature, l'ensemble de la profession.

**Avec 51% de oui chez ses seuls adhérents, la FFMKR va donc engager TOUTE la profession.**

L'Union a toujours affirmé qu'il fallait jouer collectif et obtenir un consensus professionnel le plus large possible. Les négociations ne sont pas terminées contrairement à ce qu'affirme la FFMKR. La modification demandée par l'Union sur les IFO, et accordée par la caisse en est une preuve.

Pour autant, le SNMKR et Objectif Kiné au sein de l'Union ne sont ni défaitistes ni résignés. Nous poursuivons ces négociations parallèles pour faire entendre la voix de plus de 95% de kinésithérapeutes syndiqués ou non qui se sont opposés à la signature de cet avenant.

**L'Union, autre syndicat représentatif, propose aux 49% des adhérents de la FFMKR qui ont voté NON ainsi qu'à tous les non-syndiqués de la rejoindre dans son combat.**

Ainsi, l'Union exhorte le ministère à revoir les points suivants :

- lettre clé à 2,20 € minimum.
- détermination des zonages en fonction de la réalité de terrain
- extension de l'IFO (indemnité forfaitaire orthopédique) à tous les AMS
- suppression du délai de 35 jours sur les IFS (indemnité forfaitaire de sortie)
- création d'une IFA (Indemnité Forfaitaire Autonomie) pour les personnes âgées dépendantes à 4 euros
- Indemnités Kilométriques (0,38€ pour les MK, 0,61€ pour les chirurgiens dentistes et les médecins)
- accès en première intention pour les pathologies d'urgence (bronchiolites et petite traumatologie etc.)
- création d'un secteur optionnel créant un dépassement autorisé encadré
- actes de prévention
- refonte des études et accès à la recherche

Bien évidemment, tous ces points ne pourront être repris dans l'avenant mais feront partie de nos revendications pour la négociation de la prochaine convention dans 6 mois. L'Union rappelle aussi que les économies réalisables sur les CRF/SSR, par une meilleure adéquation de placements des patients en centres, sont de nature à financer tout ou partie des revendications tarifaires de la profession.

Si l'intersyndicale que nous avons souhaitée, n'a pas pu se mettre en place en raison de points de blocage et d'intérêts différents, l'Union en appelle toutefois à l'unité nationale (et notamment aux 95% de confrères qui se sentent trahis par cette prise de position trop hâtive d'une partie de la FFMKR) autour de ces thèmes de revendications que nous continuerons à défendre dans l'intérêt collectif et général de la profession.

**Ne laissez pas les autres choisir à votre place, et afin que votre voix puisse être entendue rejoignez un syndicat représentatif. Rejoignez l'Union.**

Union

Union Nationale des Syndicats des Masseurs Kinésithérapeutes  
Libéraux

5, Rue du Père Teilhard De Chardin 75005 Paris



**COMMISSION SOCIOPROFESSIONNELLE  
DEPARTEMENTALE  
DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES  
DE MOSELLE**

Séance du 23 Mai 2011 à 10 heures

à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Moselle  
Site de Sarreguemines

**Référentiels de Masso-kinésithérapie**

**Madame RUPP (Section sociale de la CPAM)** présente la nouvelle campagne que les Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) vont entamer sur les nouveaux référentiels qui vont paraître.

L'accompagnement va porter tant sur les référentiels HAS déjà diffusés l'an dernier que sur des nouveaux qui ne seront opposables qu'après inscription à la NGAP, avec remise d'un nouveau mémo. Le point sera fait sur l'utilisation du formulaire d'accord préalable, et les DAM pourront récupérer le stock d'anciens formulaires d'ententes préalables. Un profil viendra compléter la présentation et la situation au regard de la télétransmission sera enfin abordée.

Cette campagne sera aussi déclinée auprès des médecins généralistes.

**Monsieur JUNG (Président du Syndicat des MK de la Moselle)** souhaite que les DAM précisent bien que les 30 séances ne se calculent pas sur l'année civile.

**Monsieur KUCHLER (MK siégeant en CSPD)** ajoute que ce sont tant les médecins que les patients qui ressentent la limitation à 30 séances par an.

**Monsieur VALENTINY (Secrétaire Général du Syndicat des MK de la Moselle)** explique que certains masseurs-kinésithérapeutes ont compris qu'au-delà des référentiels les séances sont interdites. La profession voit les référentiels comme une barrière comptable qui ne respecte pas l'individualité.

**Docteur TOMASINO (Médecin conseil de la section sociale de la CPAM)** demande si ces situations concernent beaucoup de médecins.

La section professionnelle répond par l'affirmative.

**Monsieur DUPIC (Représentant de la section sociale de la MSA)** précise que le médecin fait en principe une prescription médicale qualitative.

**Docteur TOMASINO** explique que les médecins conseils rencontrent lors d'échanges confraternels les médecins spécialistes, rééducateurs, orthopédistes sur les référentiels de Masso-kinésithérapie. Le médecin généraliste manque peut-être d'informations.

**Monsieur VALENTINY** poursuit avec les difficultés rencontrées dans le refus exprimé par le service médical sur l'argumentaire transmis avec la demande d'accord préalable et les délais de réponse qui sont d'un ou deux mois.

**Docteur TOMASINO** explique que les refus sont de deux ordres. Lorsqu'il n'y a pas d'argumentaire, le service médical ne peut pas se prononcer. Lorsque la demande est argumentée, il faut que les éléments médicaux mis en avant soient pertinents.

**Monsieur KUCHLER** voudrait que le motif de refus médical soit communiqué au demandeur.

**Docteur TOMASINO** explique que le refus médical ne peut être argumenté qu'à travers une demande d'expertise médicale.

**Madame RUPP** ajoute que la présentation des DAM contient une explication sur le contenu attendu de l'argumentaire qui a été faite en collaboration avec le service médical au niveau régional.

**Monsieur VALENTINY** demande s'il faut également faire un argumentaire pour les demandes d'accord préalable au-delà des 30 séances hors référentiels.

**Docteur TOMASINO** répond par la négative.

**Monsieur JUNG** évoque à nouveau le cas des patients ayant une poly-pathologie pour lesquels il faut une ordonnance par pathologie et les ordonnances qui ne comportent pas l'ensemble des éléments d'identification du médecin.

**La commission prend acte.**

#### **Communication avec le service télétransmission**

**Monsieur JUNG** voudrait savoir dans quelle mesure certains rejets peuvent être traités par la caisse et d'autres pas.

**Monsieur DUPIC** explique que si le rejet est de la responsabilité de l'émetteur, la facturation est retournée pour sensibiliser le Professionnel de Santé, et que si le rejet est de la responsabilité de l'Assurance Maladie, la caisse le recycle.

**Monsieur KUCHLER** pense que l'utilisation de la Carte VITALE devrait donc limiter les retours. Il trouve qu'il y a de plus en plus de rejets, et les régler par téléphone plutôt que par courrier serait plus simple et moins long.

**Monsieur GIORIA (Sous Directeur de la CPAM Moselle)** annonce le déploiement dans l'avenir d'un numéro de téléphone unique pour chaque profession et assure que les services de la CPAM sont dans une démarche d'amélioration continue.

**Monsieur JUNG** trouve le délai de remboursement des feuilles de soins papier assez long.

**Monsieur KUCHLER** ajoute que le remboursement de certains dossiers est incomplet.

**Mademoiselle KALUSNIAK (Section sociale de la CPAM)** précise que les droits des assurés doivent être justifiés tous les ans, ce n'est pas systématique, chaque changement de situation doit être signalé à la CPAM par l'assuré.

**Monsieur GIORIA** propose d'évoquer ces points lors d'une réunion technique à programmer à l'automne et demande aux membres de la section professionnelle de recenser les difficultés.

**La commission prend acte.**



## Thèmes des contrôles prévus par l'Échelon Local du Service Médical

Conformément à l'article 5.3.3. de la Convention Nationale, Monsieur JUNG voudrait connaître les thèmes de contrôle prévus par l'échelon local du service médical, avant mise en œuvre afin d'informer les confrères.

**Docteur TOMASINO** précise qu'il n'y a que les pathologies liées aux référentiels HAS qui sont contrôlées cette année.

**Monsieur GIORIA** précise à son tour qu'en dehors des contrôles prévus par le service médical, il y a tout au long de l'année des contrôles sur l'activité et les cotations qui sont diligentés directement par la CPAM.

**La commission prend acte.**

## Compagnon Flux Tiers

**Mademoiselle KALUSNIAK** présente l'application Flux Tiers qui permet la gestion et le suivi de la réception des pièces justificatives envoyées par les professionnels de santé, en les rapprochant des lots télétransmis.

Ce logiciel dispose de modules qui permettent d'améliorer le traitement et de le simplifier.

Ainsi un module permet d'homogénéiser les consignes de traitement des rejets/signalements.

Un autre module permet la création de courriers à destination des professionnels de santé, c'est le Compagnon Flux Tiers. Il permet de dématérialiser le bordereau de rejets et de signalements.

En pratique, le professionnel de santé qui aura choisi d'adhérer à ce service recevra un e-mail de la CPAM listant les factures rejetées et les consignes de retransmission.

Ensuite, le professionnel de santé traite immédiatement les dysfonctionnements à l'aide d'informations claires et précises.

En cas de rejet d'une facture, les pièces correspondantes doivent être extraites par le professionnel de santé ou laissées dans le lot, selon les indications du retour d'information, avant transmission à la CPAM.

Ce système permet notamment un paiement plus rapide des factures rejetées qui peuvent être retransmises dès le retour d'information traité.

**Monsieur GIORIA** informe les membres de la commission qu'un courrier accompagné d'une fiche de présentation et un coupon d'adhésion sera adressé à l'ensemble des professionnels de santé afin d'adhérer à ce nouveau service.

**La commission prend acte.**

## Recommandations de la Haute Autorité de Santé sur l'orientation des patients en soins de suite et de réadaptation

**Madame RUPP** informe les membres de la commission de l'envoi d'un courrier d'information aux établissements privés et publics prescripteurs de rééducation, dont les patients sont orientés en SSR.

**Monsieur JUNG** évoque le cas d'une de ses patientes, opérée pour une rupture de la coiffe et qui est encouragée par son chirurgien à suivre sa rééducation en SSR avec prise en charge du transport.

**Monsieur VALENTINY** précise que les établissements seront aussi soumis aux accords préalables.

**Docteur TOMASINO** annonce que des échanges confraternels seront renouvelés cette année auprès des spécialistes libéraux et hospitaliers.

**Monsieur VALENTINY** espère que cette campagne portera ses fruits et que l'offre en soins de réadaptation soit complémentaire entre la ville et les établissements.

**Monsieur GIORIA** précise qu'un dispositif de mise sous accord préalable des établissements est possible.

**La commission prend acte.**

### **Dépassements d'honoraires**

**Monsieur VALENTINY** demande s'il est possible d'avoir une statistique sur les dépassements d'honoraires.

**Monsieur GIORIA** propose de la réaliser pour la prochaine commission.

**Monsieur JUNG** indique que les dépassements facturés lors des déplacements le week-end donnent une mauvaise image de marque des masseurs-kinésithérapeutes.

**Monsieur VALENTINY** regrette qu'il faille passer par un tel système pour demander la revalorisation des honoraires.

**Monsieur DUPIC** précise que l'étude ne montrera que les dépassements facturés à l'Assurance Maladie.

**Monsieur GIORIA** ajoute que l'ensemble des honoraires doit figurer sur la feuille de soins.



Activité des Masseurs kinésithérapeutes de la CPAM de Moselle  
à fin juin 2011 (en date de remboursement)

Montants

PRESTATIONS	Régime général	MSA	RSI	AUTRES	TOTAL
AMS	14 246 430	338 146	414 461	1 808 877	16 807 914
AMK	6 026 399	220 645	162 956	887 404	7 297 404
AMC	278 160	9 467	10 416	67 374	365 419
<b>TOTAL hors déplacement</b>	<b>20 550 990</b>	<b>568 259</b>	<b>587 833</b>	<b>2 763 655</b>	<b>24 470 737</b>
<b>Frais de Déplacement</b>	<b>815 715</b>	<b>63 498</b>	<b>30 371</b>	<b>168 513</b>	<b>1 078 097</b>
<b>TOTAL</b>	<b>21 366 705</b>	<b>631 757</b>	<b>618 204</b>	<b>2 932 168</b>	<b>25 548 834</b>

Tarifs conventionnels (en euros)

PRESTATIONS	31/03/2006
AMC	2,04
AMK	2,04
AMS	2,04
IFD	2,00
IFO, IFR, IFN, IFF	4,00
IK (Plaine)	0,38

Répartition des montants par prestation



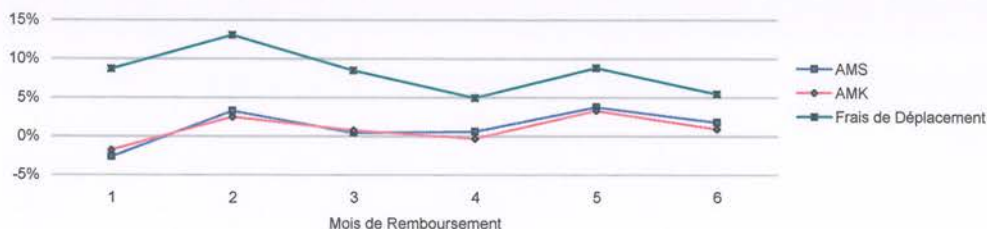
Répartition des montants par régime



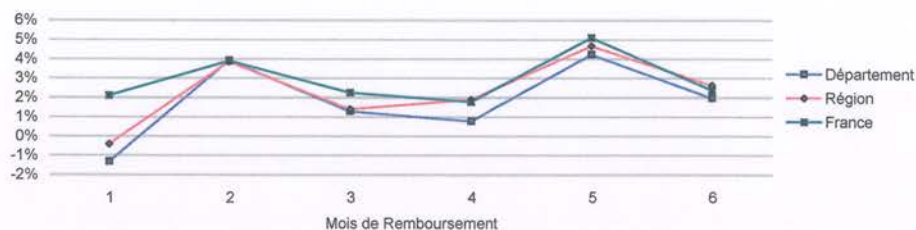
Evolution des montants (P.C.A.P)

PRESTATIONS	Régime général	MSA	RSI	AUTRES	TOTAL	REGION	FRANCE
AMS	2,2%	3,4%	7,6%	-2,2%	1,8%	2,5%	3,2%
AMK	0,9%	-4,3%	-17,1%	6,8%	0,9%	2,4%	1,1%
AMC	25,4%	-36,3%	37,5%	34,8%	24,2%	10,6%	2,5%
<b>TOTAL hors déplacement</b>	<b>2,0%</b>	<b>-0,7%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,8%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,5%</b>
<b>Frais de Déplacement</b>	<b>6,2%</b>	<b>-6,4%</b>	<b>7,2%</b>	<b>6,9%</b>	<b>5,5%</b>	<b>3,6%</b>	<b>0,2%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2,2%</b>	<b>-1,3%</b>	<b>0,1%</b>	<b>1,5%</b>	<b>2,0%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,4%</b>

Evolution des montants par prestation (P.C.A.P)



Evolution des montants (P.C.A.P) - total poste



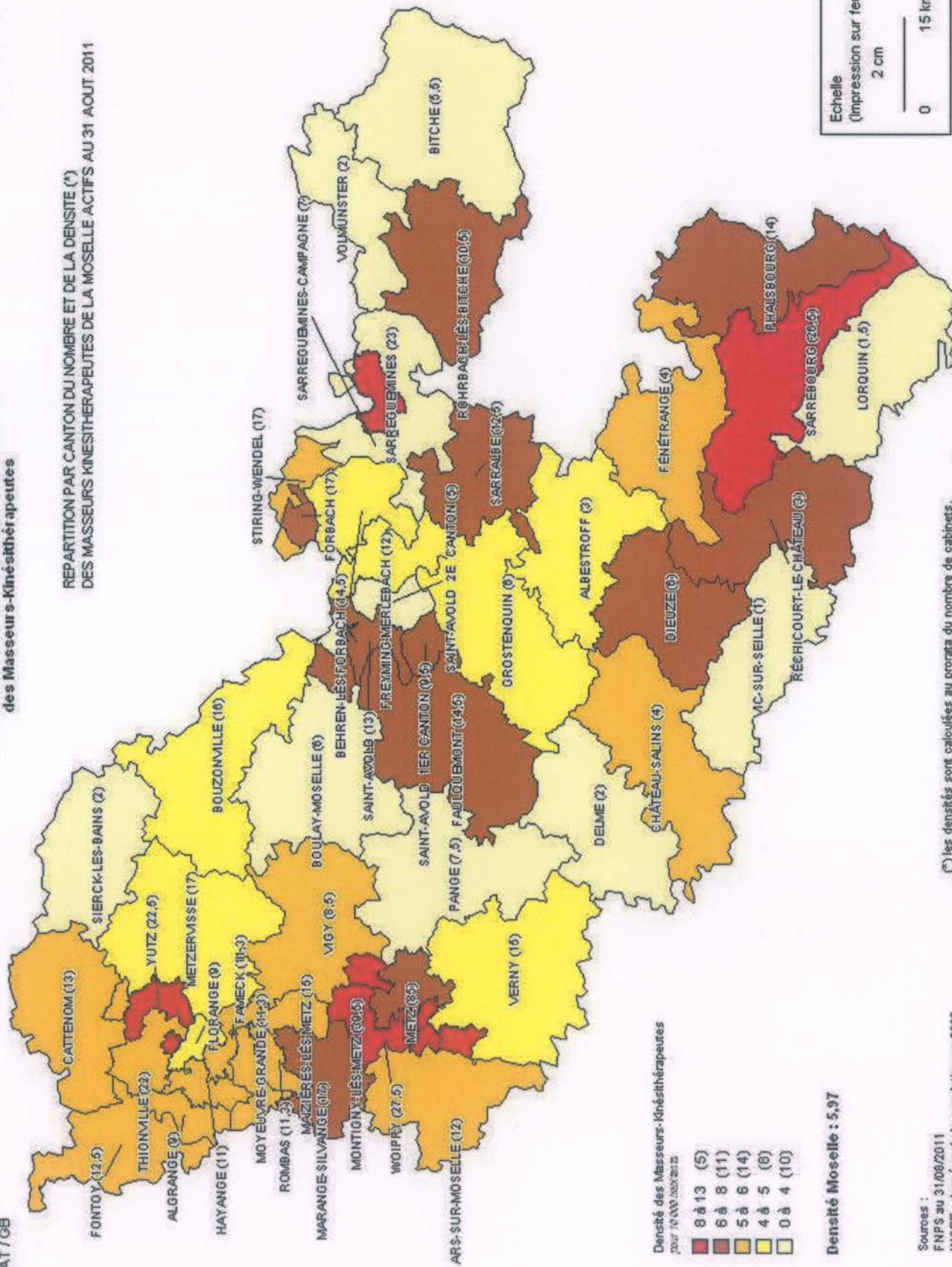
Volumes

PRESTATIONS	Régime général	MSA	RSI	AUTRES	TOTAL
AMS	6 979 992	165 684	203 300	886 280	8 235 256
AMK	2 939 834	107 847	80 084	433 804	3 561 568
AMC	132 159	4 485	4 938	32 216	173 797
<b>TOTAL</b>	<b>10 051 985</b>	<b>278 015</b>	<b>288 322</b>	<b>1 352 300</b>	<b>11 970 622</b>

Evolution des volumes (P.C.A.P)

PRESTATIONS	Régime général	MSA	RSI	AUTRES	TOTAL	REGION	FRANCE
AMS	2,1%	3,3%	7,6%	-2,3%	1,8%	2,5%	3,2%
AMK	1,0%	-4,2%	-16,5%	6,9%	1,0%	2,5%	0,9%
AMC	26,2%	-37,0%	38,7%	36,3%	25,0%	11,3%	2,3%
<b>TOTAL</b>	<b>2,1%</b>	<b>-0,7%</b>	<b>0,0%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,8%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,5%</b>

REPARTITION PAR CANTON DU NOMBRE ET DE LA DENSITE (\*)  
DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES DE LA MOSELLE ACTIFS AU 31 AOUT 2011



(\*) les densités sont calculées au prorata du nombre de cabinets.  
Un praticien exerçant sur 2 cantons sera compté pour 0,5 dans chacun d'eux.

Sources :  
FNPS au 31/08/2011  
INSEE : données de la population en 2008

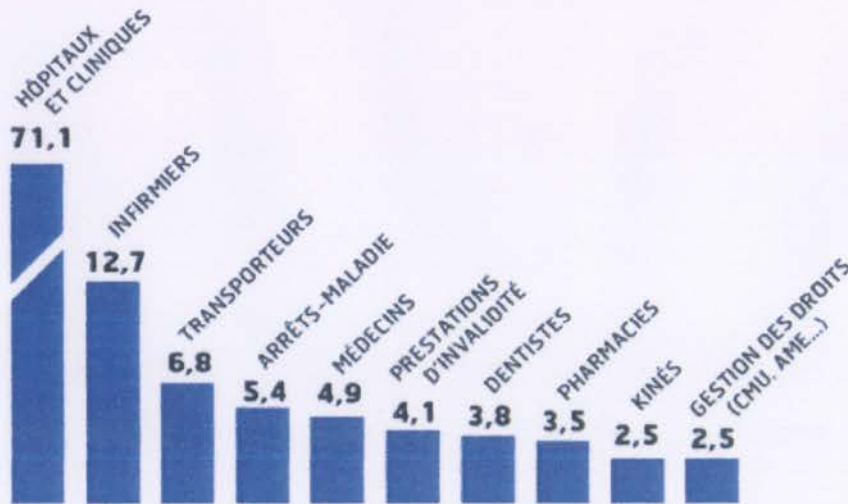
Echelle  
(Impression sur feuille A4)  
2 cm  
0 15 km





## LES FRAUDES À L'ASSURANCE-MALADIE EN 2010

RÉGIME GÉNÉRAL. EN MILLIONS D'EUROS TOTAUX : 156,3



## LE TAUX DE DÉTECTION DES FRAUDES

PRÉJUDICES SUBIS RAPPORTÉS AU MONTANT DES PRESTATIONS. EN %



IDÉ / SOURCES : DÉLÉGATION NATIONALE À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

## Les grands chiffres de la santé

Voici les principales statistiques issues des derniers travaux de la Commission des comptes de la santé :

- 234,1 milliards : le montant des dépenses courantes de santé (2010)
- 12,1 % du PIB consacré aux dépenses de santé
- 75,8 % : la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) financée par la Sécu
- 9,4 % : le reste à charge des ménages (2010)
- 81,2 milliards d'euros : la consommation de soins hospitaliers (2010)
- 44 milliards d'euros : la consommation de soins de ville
- +3 % : l'ONDAM 2010 (taux directeur autorisé des dépenses maladie) qui a été respecté
- 2,8 % : les ONDAM 2012, 2013 et 2014
- 525 euros : la consommation annuelle de médicaments par habitant
- 500 millions d'euros : le montant des baisses de prix en 2011
- 250 millions d'euros : les économies de prescriptions chaque année grâce à la maîtrise médicalisée
- 4,3 millions : le nombre de bénéficiaires de la CMU-C



## Arbitrage interministériel pour les études de kinésithérapie : Ce sera un niveau MASTER

L'Union se félicite de l'arbitrage interministériel rendu public ce jour concernant la réforme du format des études de kinésithérapie. Cette information a été donnée ce vendredi au ministère de la santé en présence du CNOMK de la FFMKR de la FNEK et de l'UNSMKL (Union).

Ayant travaillé sans relâche sur ce dossier au sein du **Groupe Convergence** ; corédacteurs du **Livre Blanc de la Formation en Kinésithérapie** finalisé en novembre 2006, les représentants de l'Union n'ont pas cessé de communiquer depuis, aux travers de leurs revendications, insistant sur l'importance que revêtait la reconnaissance par l'Etat d'un niveau **Master pour la profession**.

L'Union en avait d'ailleurs fait ces **dernières semaines un cheval de bataille** dans les **négociations avec le ministère** en regard des mesures conventionnelles touchant à la démographie et souhaitées par l'UNCAM.

L'Union reconnaît qu'avec ce geste, au-delà du contrat conventionnel, c'est un **nouveau contrat**, de nouvelles relations qui s'établissent entre les autorités de tutelles et la profession.

L'Union se réjouit et remercie le ministre de la santé, M. Xavier BERTRAND et le ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, M. Laurent WAUQUIEZ qui ont su prendre dans un moment difficile **la juste mesure des ses revendications pour l'avenir de la profession** ; reconnaître leur bien fondé et leur **nécessité** face à l'**évolution** démographique de l'ensemble des professionnels de santé et du **paysage sanitaire français**.

Rappel des mesures (de 2012 à 2017):

- La reconnaissance de la formation généraliste en kinésithérapie au niveau Master 1,
- l'harmonisation des modes de sélection, orientation par la PACES (ex PCEM1),
- la reconnaissance de la formation en kinésithérapie avancée au niveau Master 2.

<http://www.sante.gouv.fr/la-formation-d-orthophoniste-et-de-masseur-kinesitherapeute-reconnue-en-master-le-feu-vert-de-xavier-bertrand-et-laurent-wauquiez.html>

L'Union remercie tous celles et ceux qui ont œuvré pour cette reconnaissance tant attendue et rappelle que son combat sera toujours orienté pour l'intérêt général de la profession. Pour autant, le SNMKR et OK membres fondateurs de l'Union ne se permettent pas de s'auto attribuer cette victoire pour la profession. Nous savons qu'elle est le fruit de plusieurs années de travail et de lobbying de la part de l'ensemble des acteurs de la kinésithérapie, syndicats, Ordre, étudiants, IFMK, confrères salariés et libéraux.

Avec cette reconnaissance, c'est un nouvel horizon qui se précise pour la profession ; Pour ceux qui le souhaiteront, un nouveau champ des possibles s'est ouvert dans lequel pourront se dessiner des **évolutions professionnelles**, au cours d'une carrière personnalisée plus qualitative, sur laquelle de **nouveaux projets de vie** pourront s'appuyer.



Tu vois, mon bébé,  
par manque de  
réaction des kinés  
non syndiqués...



tu auras 11 ans pour  
la prochaine  
augmentation des  
lettres clés...

**Projet Avenant N°3**  
**à la convention des masseurs-kinésithérapeutes**  
**Version du 27.09.2011**

L'Assurance Maladie s'engage à associer les représentants des masseurs-kinésithérapeutes libéraux à la mise en place de ce programme.

**Article 5. – Modernisation des relations entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'Assurance Maladie**

Les parties signataires souhaitent moderniser les relations entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'Assurance Maladie. Elles considèrent comme déterminantes toutes mesures ayant pour objet d'optimiser ou de simplifier les échanges entre professionnels de santé, assurés et Assurance Maladie.

**5.1. – Modalités pratiques relatives à la télétransmission et aux téléservices**

Les parties signataires considèrent que la dématérialisation des échanges entre masseurs - kinésithérapeutes et Assurance Maladie contribue à optimiser la gestion du cabinet au profit de la qualité des pratiques et à permettre une réduction des coûts à la charge de la collectivité.

Dans cet objectif, les services suivants vont prochainement être mis à disposition des masseurs – kinésithérapeutes :

**5.1.1. – Télétransmission des ordonnances numérisées**

Conscients des obligations comptables de l'Assurance Maladie liées à la prise en charge des soins réalisés et désireux de mettre en place une procédure unique pour les masseurs-kinésithérapeutes, les parties signataires conviennent de la nécessité de simplifier la procédure de transmission de l'ordonnance.

L'Assurance Maladie propose aux masseurs-kinésithérapeutes une dématérialisation des pièces justificatives liées à la facturation, au moyen de la numérisation de ces pièces dans un premier temps. A terme, la prescription sera dématérialisée à la source. Les parties s'engagent à travailler dès à présent sur ce projet.

La profession s'engage à procéder à la numérisation de l'ordonnance et à sa transmission électronique dès lors que la facturation des soins est destinée à être électronique, sous réserve de disposer des éléments techniques permettant de réaliser ces opérations.

Elles conviennent, par le présent avenant, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, de remplacer l'envoi du duplicata de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, conformément aux modalités définies à l'annexe 4 du présent avenant.

Dans l'attente de la mise à disposition opérationnelle de ce serveur, et afin de permettre de répondre dans des délais rapides aux exigences comptables de l'Assurance Maladie, les parties conviennent que cet envoi se fera, à titre expérimental, par messagerie sécurisée.

A ce titre, une expérimentation sera mise en œuvre, dès l'automne 2011, afin d'évaluer la pertinence de ce dispositif, et fera l'objet d'un bilan, qui déterminera les conditions de sa généralisation.



Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe 4 du présent avenant permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'au duplicata ou à la copie de l'ordonnance papier.

En tout état de cause, les parties reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmissions alternatives et ponctuelles du duplicata de l'ordonnance sur support papier.

Dans l'attente d'une solution dématérialisée, les parties conventionnelles s'engagent à mettre en place avant le 31 décembre 2011 un dispositif transitoire détaillant les modalités de transmission des ordonnances sur support papier et des pièces justificatives liées à la facturation.

Afin de favoriser l'utilisation des nouveaux téléservices et leur appropriation par la profession, le CTPP assurera un suivi de la montée en charge de l'intégration dans les logiciels métiers de la solution de dématérialisation développée par l'Assurance maladie.

### **5.1.2. – Développement de téléservices par l'Assurance Maladie, via Espace pro**

L'Assurance Maladie s'engage à développer, dans le cadre du portail «Espace pro», des canaux d'échanges sécurisés pour les informations à caractère confidentiel entre les masseurs - kinésithérapeutes et l'Assurance Maladie.

De son côté, le masseur-kinésithérapeute adhérant à la présente convention qui souhaite bénéficier de ces modalités d'échange privilégié communique ses coordonnées téléphoniques et électroniques professionnelles à l'Assurance Maladie pour faciliter la communication d'informations.

Les parties signataires s'engagent à ce que la mise à disposition de ces services soit à terme intégrée au logiciel qu'utilise le masseur-kinésithérapeute dans sa pratique quotidienne, afin d'éviter les double saisies et permettre de disposer de données à jour nécessaires à l'alimentation du dossier de son patient. L'intégration dans les logiciels se fera en partenariat avec les éditeurs de logiciels de la profession.

De manière plus générale, les parties signataires veillent à la mise à disposition d'outils ayant une ergonomie adaptée et d'utilisation rapide, prenant en compte les contraintes de la pratique du masseur kinésithérapeute.

Les téléservices prochainement disponibles sur « Espace pro » dans un premier temps permettront aux masseurs-kinésithérapeutes, qui le souhaitent :

- de connaître la situation administrative de son patient ;
- de connaître le décompte du nombre de séances de masso - kinésithérapie remboursées dans les 12 mois précédents au patient (hors actes de rééducation soumis à référentiel) ;
- de réaliser une demande d'accord préalable dématérialisée, transmise sans délai aux services médicaux de l'Assurance Maladie.

Elles s'engagent à travailler de manière concertée, notamment dans le cadre du Comité Technique Paritaire Permanent (CTPP) défini à l'article 3.4.4. de la convention nationale, afin d'améliorer et de développer les services mis à disposition des masseurs-kinésithérapeutes.

Au niveau des caisses, les conseillers informatiques services chargés d'accompagner les professionnels de santé dans leur informatisation et dans l'utilisation des différents services proposés par l'Assurance Maladie dans le cadre de la dématérialisation des échanges sont à la disposition des masseurs-kinésithérapeutes pour les aider au moment de la mise en place de l'informatisation du cabinet et ensuite pour leur apporter tous les conseils souhaités, notamment sur l'utilisation des outils de facturation et des téléservices. Ils apportent également une information privilégiée sur les nouveaux services en ligne proposés par l'Assurance Maladie



## **5.2. – Modalités pratiques relatives à la relation téléphonique et dématérialisée entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'Assurance maladie**

La simplification administrative, facteur de gain de temps pour les masseurs-kinésithérapeutes dans leur exercice quotidien, réside notamment dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse de rattachement. Dans ce cadre, l'Assurance maladie s'engage à mettre en place, dans chaque régime, une offre optimisée de la relation téléphonique, en proposant un numéro d'appel dédié aux professionnels et non surtaxé. Ce service est coordonné notamment avec le service médical.

La relation téléphonique est organisée de telle sorte que, sauf cas particuliers, les demandes ayant trait à la situation et aux droits des patients, les paiements, les rejets et les commandes d'imprimés fassent l'objet d'une réponse sans renvoi à un second niveau d'expertise. Les sujets relatifs à l'application de la convention, l'orientation vers le service médical, notamment dans le cadre du traitement des demandes d'accord préalable et l'assistance technique à l'usage des téléservices peuvent justifier l'intervention d'un second niveau d'expertise avec réponse immédiate ou différée.

De leur côté, les masseurs-kinésithérapeutes adhérant à la présente convention qui souhaitent bénéficier de ces modalités d'échanges privilégiés communiquent leurs coordonnées téléphoniques et leurs coordonnées électroniques professionnelles à l'Assurance Maladie pour faciliter la communication d'informations.

Les parties s'engagent à contribuer au développement de l'information sur l'offre de soins en mettant à disposition des assurés un outil d'information, « Ameli direct », permettant de connaître l'offre de soins et les tarifs pratiqués par les professionnels.

## **5.3. – Accompagnement des mesures auprès des masseurs-kinésithérapeutes**

Les parties signataires reconnaissent également l'intérêt des programmes d'échange et d'accompagnement mis en place auprès des professionnels de santé. Toutefois, elles conviennent de la nécessité d'en rénover les modalités d'organisation pour mieux s'adapter à la pratique quotidienne des masseurs-kinésithérapeutes.

Ainsi, les programmes d'accompagnement avec visites de délégués de l'Assurance Maladie seront soumis à une information au sein de la CSPN. De même, au niveau local, dans le cadre leur lancement sur un département, ces programmes seront présentés en CSPD. Cet engagement ne doit toutefois pas être la cause d'un retard dans la mise en œuvre d'un programme au regard du calendrier prévu.





## Et si je me syndiquais ?

Vous constatez quotidiennement notre travail et la force de notre engagement. Il reste encore ici et là des incompréhensions entre le rôle d'un syndicat et celui de l'Ordre mais ceci n'est pas bien grave.

Pour résumer sommairement l'Ordre s'occupe de la déontologie ainsi que du respect et la défense scientifique de notre profession, le Syndicat a pour champ d'action **la défense** du professionnel sur le plan juridique et pratique, la négociation de notre convention, la relation avec les Instances, les revalorisations tarifaires et tout ce qui concerne notre quotidien.

Malgré nos sollicitations et notre travail, il nous manque toujours un très grand nombre d'entre vous.

Pourtant, en montant brut, votre cotisation représente une journée de votre activité annuelle. Comme cette cotisation est fiscalement déductible à 100%, celle - ci ne représente en réalité qu'une demi journée de travail.

Mais au final, la véritable question n'est probablement pas de savoir si cela peut paraître « trop cher » ou « inutile » mais plutôt d'envisager ce que cela pourrait vous coûter si nous n'étions plus là!! Ou si, non syndiqué, personne ne va vous défendre !!

Retenez que votre cotisation vous permet d'être représenté, mais surtout d'être défendu. Vous avez bien une RCP, eh ! bien, notre cotisation est également à considérer comme une assurance ne serait ce que vis-à-vis des Caisses.

Confraternellement vôtre,  
Gérard THOMAS  
Trésorier Général d'Objectif kiné



## **OBJECTIF-KINE dans L'UNION**

**SYNDICAT DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES REEDUCATEURS DE LA MOSELLE**

**Seul syndicat représentatif en Moselle**  
**Membre de la Commission socioprofessionnelle**  
**Membre de la Commission des Pénalités**

## **APPEL DE COTISATION 2011-2012**

**L'INVESTISSEMENT INDISPENSABLE POUR LA DEFENSE PROFESSIONNELLE  
NOUS SOMMES TOUS CONCERNES  
NE PAS ADHERER C'EST SE DESOLIDARISER**

Chère Conscœur, cher Confrère,

Le C.A. a fixé et adopté la cotisation syndicale pour 2011-2012 à :

- 300,00- € TTC pour les anciens membres à tarif plein
- 150,00- € TTC pour les jeunes confrères nouvellement installés à moins de 1 an
- 270,00- € TTC pour les membres des groupes et pour les conjoints si adhésion totale de tous les confrères du groupe
- 70,00- € TTC pour les retraités

**Les adhérents à jour de cotisation bénéficient d'une assurance Décès Accidents**

Courtoisement vôtre  
Le Trésorier Adjoint  
**Robert FULLHARD**

**Ps : la cotisation syndicale est un INVESTISSEMENT DEDUCTIBLE**

**Chèque à l'ordre du Syndicat des MKR Moselle à envoyer avec votre adresse mail au Trésorier  
48-Rue des Alliés 57410 ROHRBACH LES BITCHE**

**L'ASSEMBLEE GENERALE AURA LIEU LE VENDREDI 25 NOVEMBRE 2011**  
**A L'HOTEL METZ TECHNOPOLE**

Siège Social :Maison Médicale- place du Foyer- 57520 Grosbliederstroff

Tél : 03.87.09.05.96

Fax : 03.87.09.04.15

E-mail : [jacques-valentiny@wanadoo.fr](mailto:jacques-valentiny@wanadoo.fr)





## 30<sup>ÈME</sup> ANNIVERSAIRE DE LA SOPROLIB LORRAINE CHAMPAGNE (Société de Caution Mutuelle des Professions Libérales)



Créée à l'initiative de Professions Libérales en 1981, la SOPROLIB Lorraine Champagne cautionne les financements consentis à ses sociétaires par la Banque Populaire Lorraine Champagne et soutient leurs projets professionnels depuis 30 ans.

### Les bénéficiaires de la SOPROLIB.

La SOPROLIB s'adresse à tous les **Professionnels Libéraux du droit, de la santé, du chiffre et de l'expertise et prestations diverses**. Elle permet ainsi d'éviter ou d'alléger l'engagement du client sur ses biens personnels et de dissocier ses deux patrimoines. Pour des investissements plus importants, la BPLC propose des solutions de financement complémentaires à des conditions préférentielles.

### Les prêts spéciaux de la SOPROLIB

- > **Le prêt spécial installation** permet de financer des investissements courants liés à l'installation pour un montant octroyé de 1 000 à 30 000 €.
- > **Le prêt express SOPROLIB** est dédié aux financements des investissements courants des professionnels libéraux (1 000 à 50 000 €).
- > **Le prêt équipement** finance les investissements lourds (SCI, SCM, immobilier professionnel).

La SOPROLIB est le partenaire exclusif de la Banque Populaire Lorraine Champagne, acteur majeur pour le financement des Professionnels Libéraux.

Pour plus d'information contactez votre Conseiller BPLC.



[www.bplc.fr](http://www.bplc.fr) • 0 890 90 90 90\*

BANQUE POPULAIRE  
LORRAINE CHAMPAGNE



\* 0,12 € TTC/Ch. - Abonné gratuit depuis un poste fixe - SOPROLIB LORRAINE CHAMPAGNE Société coopérative de caution mutuelle à capital variable, 3, rue François de Curet 57000 METZ, R.C.S. de METZ n° 321 748 600 - BANQUE POPULAIRE LORRAINE CHAMPAGNE Société anonyme coopérative de Banque Populaire à capital variable, 08121 134 811 571, R.C.S. Metz



# MÉDICAL SAINT-NABOR

La référence  
en matériel de kinésithérapie

Tél. 03 87 92 71 76

[www.medicalsaintnabor.com](http://www.medicalsaintnabor.com)



Partner for Life