

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
11/05/88

Origine :
CABDIR

Mmes et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
MM les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
Mmes et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

Réf. :

CABDIR n° 29/88

Plan de classement :

23	2414				
----	------	--	--	--	--

Objet :

FACTURATION DES ACTES D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE
EFFECTUES EN CABINET LIBERAL OU EN ETABLISSEMENT D'HOSPITALISATION PRIVE.
La présente circulaire précise les modalités de facturation et de prise en charge des examens d'imagerie par
résonance magnétique nucléaire.

Pièces jointes :

/	5
---	---

Liens :

Com.circ	DGR	2110/87	ENSM	1157/87
----------	-----	---------	------	---------

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

Cabinet du Directeur

11/05/88

Origine :
CABDIR

Mmes et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
MM les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
Mmes et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

N/Réf. : CABDIR n° 29/88

Objet : Facturation des actes d'imagerie par résonance magnétique effectués en Cabinet libéral ou en établissement privé d'hospitalisation régis par les dispositions de l'article L. 162-22 du code de la Sécurité Sociale.

La circulaire interministérielle 86 H 300 du 14 mars 1986 relative à la prise en charge des examens d'IRMN prévoit la facturation des actes d'imagerie par résonance magnétique nucléaire sur la base d'un honoraire de CS x 3 et d'un forfait technique lorsque cet acte est effectué en établissement d'hospitalisation privé relevant de l'article L. 162-22 du code de la Sécurité Sociale.

Actuellement, la circulaire précitée ne vise que le cas des malades hospitalisés dans les établissements régis par les dispositions de l'article L. 162-22 du code de la Sécurité Sociale.

Dans l'attente de l'inscription à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels de l'acte d'imagerie par résonance magnétique, la présente circulaire a pour objet de permettre la facturation et le remboursement aux assurés sociaux des examens pratiqués par les médecins, en Cabinet libéral ou dans le cadre d'un contrat passé avec un établissement d'hospitalisation privé relevant de l'article L. 162-22 du code de la Sécurité Sociale.

Le dispositif proposé s'appuie sur les directives établies par la circulaire ministérielle précitée en précisant les particularités liées au mode d'exercice libéral.

I - PROCEDURE CONVENTIONNELLE

Dans ce contexte, deux situations peuvent se présenter selon la qualité du titulaire de l'autorisation d'installation de l'appareil :

a) Le titulaire de l'autorisation est un médecin libéral ou une personne morale regroupant des médecins libéraux et ne constituant pas un établissement d'hospitalisation au sens de l'article 31-1° de la loi du 31 décembre 1970 modifiée.

Dans cette hypothèse, le titulaire de l'autorisation devra passer convention (sur le modèle joint en annexe 1) pour ce qui concerne le régime général avec la Caisse Régionale et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la circonscription où est implanté l'appareil et les autres régimes, pour une durée d'un an reconductible, afin de déterminer les modalités de prise en charge de l'examen sur la base d'un tarif spécifique mentionné dans ladite convention.

b) Le titulaire de l'autorisation est une personne physique ou morale exploitant un établissement d'hospitalisation privé défini à l'article 31-1° de la loi hospitalière du 31 décembre 1970 modifiée.

Afin que leur clientèle non hospitalisée dans l'établissement puisse être remboursée dans les meilleurs délais, les médecins libéraux qui ont passé contrat avec ce type d'établissement pour utiliser l'appareil sont tenus d'adresser impérativement copie de ce document à la Caisse Primaire dont ils dépendent. Celle-ci en informera les caisses des autres régimes.

II - MODALITES DE FACTURATION

Par analogie avec la circulaire interministérielle du 14 mars 1986, l'examen est pris en charge par les organismes d'assurance maladie sur la base d'un tarif spécifique comprenant :

- Un forfait technique dont les montants maxima s'élèvent à compter du 1er janvier 1987 à :
 - * 1.920 F TTC pour les appareils à aimants résistifs,
 - * 2.315 F TTC pour les appareils à aimants non résistifs.
- La rémunération du médecin dont la cotation provisoire est fixée à la valeur d'un CS x 3.

Dans les deux cas exposés au point I, la cotation de l'acte intellectuel CS x 3 effectué par des médecins libéraux devra être inscrite sur la feuille de soins préidentifiée au nom du praticien et le forfait technique pourra être facturé sur un titre médecin particulier, dont modèle ci-joint en annexe IV (la procédure de fonctionnement et de surveillance de ce titre est celle décrite par la circulaire DGR n° 1479/83 du 29 juillet 1983). Compte tenu de l'informatisation des structures, l'édition de cet imprimé sera effectuée par l'établissement.

En outre, le praticien devra indiquer sur sa feuille de soins comme sur le titre médecin le numéro d'identification de la structure qui a obtenu l'autorisation ministérielle ; ce numéro particulier sera attribué pour l'ensemble des régimes, par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et délivré à la demande de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (cf. point IV Liquidation).

III - REMBOURSEMENT DES ACTES

Il est rappelé que cet examen ne peut donner lieu à remboursement que s'il a été soumis aux formalités de l'entente préalable prévue pour les actes cotés par assimilation conformément aux 2° de l'article 4 des dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

a) Remboursement sur malade non hospitalisé

Cet acte sera remboursé par les Caisses d'Assurance Maladie à l'assuré de la façon suivante :

- l'acte intellectuel CS x 3, dans les conditions habituelles des prestations en nature ;

- le forfait technique, dans sa totalité, sera versé à l'établissement d'hospitalisation privé gestionnaire de l'appareil ou le cas échéant au mandataire désigné par le titulaire de l'autorisation ministérielle.

b) Remboursement pour un malade hospitalisé en établissement privé conventionné régi par les dispositions de l'article L. 162-22 du code de la Sécurité Sociale.

Lorsque l'établissement privé possède l'appareil et que l'examen est effectué par un praticien libéral, la facturation de la CS x 3 et du forfait technique est établie soit sur le bordereau 615 lorsque le praticien est signataire du protocole d'accord soit dans les conditions normales (feuille de soins et titre médecin). Dans ce dernier cas, la feuille de soins et le titre médecin sont joints au bordereau 615.

Si la clinique fait appel à une structure extérieure libérale pour ses malades hospitalisés, le praticien qui a effectué l'examen facture à l'établissement ses honoraires, sur sa feuille de soins et le forfait technique sur le titre médecin. Ces deux documents doivent être joints au bordereau 615.

IV - LIQUIDATION

Modalités pratiques de mise en oeuvre.

Quelles que soient les modalités de mise à disposition de l'appareil d'IRMN (Association des Praticiens Libéraux, établissement privé), le praticien l'utilisant à titre libéral devra faire figurer sur sa feuille de soins et sur le titre médecin, ou sur le bordereau 615 les références dudit appareil sous la forme :

- d'un n° d'identification de la structure offrant la disposition de l'appareil dont on trouvera en annexe IV une première liste sous forme de fiches reflet du fichier ETACET. Cette liste sera mise à jour dès que les conventions auront été signées et portées à la connaissance de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés. Les Caisses Primaires en informeront les autres régimes.
- mode de traitement 19 et discipline 753.

Ces informations seront portées dans la zone réservée à l'agrément radio.

En liquidation, les honoraires correspondant à la CS x 3 seront saisis et liquidés comme des honoraires habituels avec saisie supplémentaire du

numéro d'identification de la structure, du mode de traitement et de la discipline.

Le forfait technique sera liquidé comme des frais hospitaliers en utilisant comme numéro d'établissement le numéro d'identification de la structure offrant la disposition de l'appareil, le mode de traitement et la discipline. Le code prestation utilisé sera celui réservé aux séances de diagnostic.

V - MODALITES PRATIQUES DE REMBOURSEMENT DES ACTES D'IRMN EFFECTUES AVANT LA MISE EN PLACE DE LA PRESENTE CIRCULAIRE

Les actes effectués antérieurement aux dispositions ci-dessus énoncées, doivent faire l'objet d'une prise en charge par les Caisses Primaires, dans les mêmes conditions :

- lorsque l'assuré a réglé directement au praticien la totalité de l'acte (CS 3 + forfait technique), la Caisse lui remboursera le montant de son débours ;
- lorsque l'assuré n'a pas réglé le forfait technique, celui-ci sera honoré à "l'établissement" possesseur du matériel dans sa totalité sur présentation de la facture ou du titre médecin.

Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser aux postes suivants :

- 91212 ou 91211 pour les questions administratives.
- et 91199 ou 90391 pour les questions informatiques.

Dominique COUDREAU

A N N E X E I

CONVENTION TYPE POUR LA PRISE EN CHARGE D'EXAMENS D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

ENTRE

LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE DE

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

LES AUTRES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE (CMSA - CMR)

ET LA SOCIETE DE

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1er

La présente convention est conclue pour l'utilisation de l'appareil d'imagerie par résonance magnétique ayant fait l'objet de l'autorisation n° délivrée le

Article 2

L'appareil devra être installé dans des locaux spécialement aménagés à cet effet afin d'assurer aux malades les conditions de sécurité et de confort que requiert leur état.

Article 3

La Société s'engage à mettre en oeuvre les personnels qualifiés nécessaires au bon fonctionnement de l'appareil.

Article 4

Chaque examen d'imagerie par résonance magnétique est pris en charge sur la base d'un tarif spécifique qui comprend :

- le forfait technique fixé à l'article 5 pour la durée de la présente convention,
- la rémunération du radiologue fixée à CS x 3 E.

Article 5

Le forfait technique est fixé à...

Compte tenu :

- des charges de structure et des charges variables liées à l'utilisation de l'appareil, qui font l'objet d'une fiche d'évaluation conforme au modèle joint en annexe II.
- du nombre prévisionnel d'examens fixé à ... sur la base de ... jours d'utilisation de l'appareil pour la durée de la présente convention.

Article 6

Il est procédé, avant renouvellement de la convention, à un bilan de la mise en oeuvre de l'appareil.

Ce bilan présenté par l'établissement comprend :

- une étude de l'évolution des charges réelles de l'année passée par rapport aux prévisions initiales,
- un tableau détaillé des examens pratiqués, conforme à l'annexe III ci-jointe et l'explication de l'écart éventuel par rapport aux prévisions initiales.
- une liste nominative de l'ensemble des intervenants ainsi que du nombre des actes pratiqués par chacun d'entre eux.

Article 7

Lors du renouvellement de la convention la fixation du forfait technique tient compte, sauf circonstance exceptionnelle, de l'activité observée au cours des douze derniers mois connus.

Article 8

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter du...

A N N E X E I I

FICHE D'EVALUATION DES COUTS

Classe de dépenses

charges de structures
(liées à l'équipement)

1. Equipement principal IRM (coût d'achat)	
Annuité d'amortissement	
2. Equipement annexe (coût d'achat)	
Annuité d'amortissement	
3. Aménagement des locaux (coût des travaux)	
Annuité d'amortissement	
4. Frais financiers	

Autres charges de structures

1. Personnel non médical	
2. Maintenance de l'équipement IRM	
3. Maintenance des équipements annexes	
4. Frais de gestion	
5. Divers - Climatisation chauffage	
6. Impôts et taxes	

Charges variables avec l'activité

. Electricité	(consommation en MWh)	
	coût annuel	
. Eau	(consommation en m ³)	
	coût annuel	
Fluides cryogéniques	coût annuel	
Films		
Stockage magnétique		
	TOTAL	

FICHE D'EVALUATION DE L'ACTIVITE

Annexe III

MOIS												
Nombre de jours d'activité												
Nombre d'examens												
dont < 15 mn												
Compris entre 15 mn et 1 h 15												
> 1 h 15												
Nbre de malades traités												

Répartition des examens par région anatomique.

A N N E X E I V

FICHE ETABLISSEMENT				TIRAGE DU 30.03.88			N° DOMI = 75099901 3	
EDITION SUITE A CREATION				SOCIETE D'IMAGERIE MEDICALE PARISIENNE				
IDENTIFICATION 1							DERN. UTIL. 1 01.09.87 EMETTEUR 1 331	
	CPAM	N°	DOMI	GEST.	NUMERO SIRET	N° TELEPHONE		
	751							
	SITUATION 1		SITUATION 2		SITUATION 3			
CATEGORIE PSH	601 01 09 87							
STATUT JURIDIQUE	77 01 09 87							
MODE FIXATION TARIFS	01 01 09 87							
SYSTEME D'HONORAIRES	5 01 09 87							
IDENTIFICATION 2							DERN. UTIL. 1 01.09.87 EMETTEUR 1 331	
ACTIVITE ETABLISSEMENT	1 01 09 87							
AGREMENT RADIO	1 01 09 87							
ZONES TARIFS	20 1 01 09 87							
TARIFS : SOINS MEDICAUX								
SOINS :								
EXTERN. : SOINS DENTAIRES								
SPECIALITES EXERCEES								
RELEVÉ STATISTIQUE	DU		AU					
ADRESSE	DERN. UTIL. 1 01.09.87 EMETTEUR 1 331				DOMICILIATION DERN. UTIL. 8		EMETTEUR	
	80 AVE FELIX FAURE				MOD.REG. =			
	75015 PARIS				-----OPTIONS CAISSES = -----			
					MOD.REG. =			

FICHE INCOMPLETE - DESTINATAIRE CPAM 331

La montée de ces 2 établissement nécessite la mise à jour de la table 910 601 CABINET LIBERAL DE MEDECINS

969 pour permettre à une des caisses du CETELIC de gérer pour le compte des caisses 751 951

Si les 2 tarifs sont présents, la tarification automatique est impossible.

FICHE ETABLISSEMENT EDITION SUITE A CREATION					TIRAGE DU 30.03.88 IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE TRAITEMENT ET CURE AMBUL.					N° DOMI = 75099901 3 DMT = 753 TAR 1 MT = 19				
DESCRIPTION DISCIPLINE										DERN. UTIL. 1 01.09.87 EMETTEUR 1 331				
SITUATION 1					SITUATION 2					SITUATION 3				
ACTIVITE DISCIPLINE 1 01 09 87														
MODE FIXATION TARIFS 01 01 09 87										SECTEURS				
SYSTEME D'HONORAIRES 5 01 09 87										0 0				
										CONVENTION T.P. 0 01 09 87				
ACTE = 430 DERN. UTIL. 1 01 09 87 EMETTEUR 1 311					FRAIS DE SEANCE DE DIAGNOSTIC					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR				
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
01 09 87					01 00					1920,00				
P.U. 2					P.U. 3									
ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR				
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
01 09 87					01 00					1920,00				
P.U. 2					P.U. 3									
ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR				
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
01 09 87					01 00					1920,00				
P.U. 2					P.U. 3									

FICHE ETABLISSEMENT EDITION SUITE A CREATION					TIRAGE DU 30.03.88 IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE TRAITEMENT ET CURE AMBUL.					N° DOMI = 75099901 3 DMT = 753 TAR 2 MT = 19				
DESCRIPTION DISCIPLINE										DERN. UTIL. 1 01.09.87 EMETTEUR 1 331				
SITUATION 1					SITUATION 2					SITUATION 3				
ACTIVITE DISCIPLINE 1 01 09 87														
MODE FIXATION TARIFS 01 01 09 87										SECTEURS				
SYSTEME D'HONORAIRES 5 01 09 87										0 0				
										CONVENTION T.P. 0 01 09 87				
ACTE = 430 DERN. UTIL. 1 01 09 87 EMETTEUR 1 311					FRAIS DE SEANCE DE DIAGNOSTIC					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR				
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
01 09 87					01 00					2315,00				
P.U. 2					P.U. 3									
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
										P.U. 2				
										P.U. 3				
ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR				
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
										P.U. 2				
										P.U. 3				
ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR				
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
										P.U. 2				
										P.U. 3				

DESTINATAIRE CPAM 331

FICHE ETABLISSEMENT EDITION SUITE A CREATION				TIRAGE DU 30.03.88 SOCIETE TOMODIAGNOSTIC SARCELLES IRM			N° DOMI = 75099901 1	
IDENTIFICATION 1							DERN. UTIL. 1 01.09.87 EMETTEUR 1 331	
	CPAM 951	N°	DOMI	GEST.	NUMERO SIRET	N° TELEPHONE		
	SITUATION 1		SITUATION 2		SITUATION 3			
CATEGORIE PSH	601 01 09 87							
STATUT JURIDIQUE	77 01 09 87							
MODE FIXATION TARIFS	01 01 09 87							
SYSTEME D'HONORAIRES	5 01 09 87							
IDENTIFICATION 2							DERN. UTIL. 1 01.09.87 EMETTEUR 1 331	
ACTIVITE ETABLISSEMENT	1 01 09 87							
AGREMENT RADIO	1 01 09 87							
ZONES TARIFS	20 1 01 09 87							
TARIFS : SOINS MEDICAUX								
SOINS :								
EXTERN. : SOINS DENTAIRES								
SPECIALITES EXERCEES								
RELEVÉ STATISTIQUE	DU		AU					
ADRESSE	DERN. UTIL. 1 01.09.87 EMETTEUR 1 331				DOMICILIATION DERN. UTIL. 8		EMETTEUR	
	6 Avenue Charles Péguy				MOD.REG. =			
	95200 SARCELLES				-----OPTIONS CAISSES =		-----	
					MOD.REG. =			

FICHE INCOMPLETE - DESTINATAIRE CPAM 331

FICHE ETABLISSEMENT EDITION SUITE A CREATION					TIRAGE DU 30.03.88 IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE TRAITEMENT ET CURE AMBUL.					N° DOMI = 75099901 1 DMT = 753 TAR 1 MT = 19				
DESCRIPTION DISCIPLINE										DERN. UTIL. 1 01.09.87 EMETTEUR 1 331				
SITUATION 1					SITUATION 2					SITUATION 3				
ACTIVITE DISCIPLINE 1 01 09 87														
MODE FIXATION TARIFS 01 01 09 87										SECTEURS				
SYSTEME D'HONORAIRES 5 01 09 87										0 0				
										CONVENTION T.P. 0 01 09 87				
ACTE = 430 DERN. UTIL. 1 01 09 87 EMETTEUR 1 311					FRAIS DE SEANCE DE DIAGNOSTIC					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR				
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
01 09 87					01 00					1920,00				
P.U. 2					P.U. 3									
ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR				
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
P.U. 2					P.U. 3									
ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR				
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
P.U. 2					P.U. 3									

DESTINATAIRE CPAM 331

FICHE ETABLISSEMENT EDITION SUITE A CREATION					TIRAGE DU 30.03.88 IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE TRAITEMENT ET CURE AMBUL.					N° DOMI = 75099901 1 DMT = 753 TAR 2 MT = 19				
DESCRIPTION DISCIPLINE										DERN. UTIL. 1 01.09.87 EMETTEUR 1 331				
SITUATION 1					SITUATION 2					SITUATION 3				
ACTIVITE DISCIPLINE 1 01 09 87														
MODE FIXATION TARIFS 01 01 09 87										SECTEURS				
SYSTEME D'HONORAIRES 5 01 09 87										0 0				
										CONVENTION T.P. 0 01 09 87				
ACTE = 430 DERN. UTIL. 1 01 09 87 EMETTEUR 1 311					FRAIS DE SEANCE DE DIAGNOSTIC					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR				
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
01 09 87					01 00					2315,00				
P.U. 2					P.U. 3									
ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR				
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
P.U. 2					P.U. 3									
ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR					ACTE = DERN. UTIL. EMETTEUR				
EFFET DU					FACT. MOD.					P.U. 1				
P.U. 2					P.U. 3									

DESTINATAIRE CPAM 331

Annexe V

TITRE - MEDECIN

FORFAIT TECHNIQUE

Identification de la Société											
NOM :											
Adresse :											
Téléphone :											
N° de l'établissement :											
N° Registre du commerce :											
Capital :											
N° d'Agrément de l'appareil :											
ou date de l'autorisation :											
Identification du Médecin											
NOM - Prénom :											
Adresse :											
Téléphone :											
N° de l'Ordre :										Conventionné	
										Secteur	
Signature du Médecin attestant la prestation de l'acte											
Date des actes . . / . . / . .						Forfait technique 			montant 		
Réf. de la facture :											
Coordonnées bancaires de la Société :											

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

(à prélever obligatoirement, pour les rubriques correspondantes, sur la Carte d'Assuré Social)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

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

NOM - PRENOM { _____
(suivi s'il y a lieu } _____
du nom d'époux) l _____

Adresse : _____

Code postal : _____

N° et adresse de votre centre de Sécurité Sociale _____

Adresse de l'organisme de rattachement : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE DES SOINS		
(reporter les renseignements figurant sur la Carte de Sécurité Sociale)		
NOM	Prénom	
Né(e) le	DROITS JUSQU'AU	100 % JUSQU'AU

S'agit-il d'un accident ?	OUI		NON	
---------------------------	-----	--	-----	--

Si oui : Date de l'accident : _____

Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case ☐

ATTESTATION RELATIVE AU MALADE

Je soussigné, atteste sur l'honneur l'exactitude
des renseignements portés ci-dessus et ci-contre

Signature

La référence de la facture sera reportée sur la feuille de maladie portant le CS3 IRM qui sera remise au malade.