



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-6/2002

Document consultable dans Médi@m

Date :

10/01/2002

Domaine(s) :

Risques maladie

Nouveau	☐
Modificatif	☐
Complémentaire	☒
Suivi	☐

Objet :

Liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (ex-TIPS) - Titre II chapitres 5, 6 et 7 ; feuille de soins (imprimé S 3115 d)

Liens :

Circ DDRI 144/2000

Circ DDRI 74/1999

Plan de classement :

25202 21

Emetteurs :

DDRI

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☒ CRAM ☐ URCAM
☐ UGECAM ☒ CGSS ☐ CTI

☐ **Agents Comptables**

☐ **Médecins Conseils**

☐ Régionaux ☐ Chef de service
☐ Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

L'utilisation de la nouvelle feuille de soins S 3115 d, opposable à l'ensemble des professionnels exerçant dans le secteur de l'ex-TIPS, nécessite quelques précisions lorsqu'elle concerne la facturation d'appareillages inscrits au titre II chapitres 5, 6 et 7 de la liste.

Mots clés :

feuille soins

**Le Directeur
Délégué aux Risques**


Pierre-Jean LANCERY

CIRCULAIRE : 6/2002

Date : 10/01/2002

Objet : Liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (ex-TIPS) - Titre II chapitres 5, 6 et 7 ; feuille de soins (imprimé S 3115 d)

Affaire suivie par : Mlle Sandrine AUJOUX - ☎ : 01.42.79.30.11

Mme Marie José BATTAIS - ☎ : 01.42.79.34.39

Les professionnels exerçant dans le domaine du grand appareillage (titre II chapitres 5, 6 et 7 de l'ex-TIPS) bénéficiaient d'une mesure de tolérance quant à la facturation de leurs prestations à l'Assurance Maladie compte tenu de la procédure spécifique de prise en charge des articles de grand appareillage : il était en effet admis que cette facturation puisse intervenir sur un simple papier à en-tête du professionnel qui ne se voyait donc pas opposer l'utilisation d'un imprimé "cerfatisé".

Les caisses ont été informées par télécopie n° 203/01 du 20 juin 2001 que cette mesure de tolérance n'avait plus lieu d'être. Il est en effet apparu nécessaire d'homogénéiser les pratiques de facturation et donc de transmission de données normées qui sont indispensables à la mise en œuvre des échanges électroniques pour ces professionnels à moyen terme.

L'utilisation du nouvel imprimé dont la conception s'est voulue généraliste, plus précisément son adaptation aux spécificités de la facturation d'articles de grand appareillage, n'est cependant pas sans poser certaines difficultés aux professionnels. Par ailleurs, certaines mentions permettant aux organismes de prise en charge d'assurer le remboursement d'article de grand appareillage en toute connaissance de cause ne sont pas recensées au titre des mentions obligatoires de l'imprimé S 3115 d.

A l'instar de ce qui a été retenu pour les autres catégories de professionnels facturant leurs prestations sur la base de l'ex-TIPS et afin d'uniformiser les demandes des caisses en la matière, il est admis que la feuille de soins puisse être complétée comme suit.

- Pour les mentions n'intéressant pas l'Assurance Maladie mais qui peuvent être nécessaires à la gestion des dossiers du professionnel, il est rappelé que :

- le numéro de facture peut figurer dans un rectangle délimité soit en haut et à droite de la feuille de soins à 10 mm du haut, commençant à 80 mm du bord droit et se terminant à 45 mm du bord droit (aucune mention ne doit apparaître au dessus de la zone de remplissage "date d'élaboration"), soit en bas et à gauche de la feuille de soins à 10 mm du bas, commençant à 30 mm du bord gauche et se terminant à 140 mm du bord gauche.

Il est, en outre, demandé aux organismes de prise en charge de bien vouloir reporter les numéros de facture sur les décomptes correspondants, adressés aux professionnels après paiement ;

- l'adresse du centre de paiement peut figurer sur l'emplacement vierge disponible près de l'identification du fournisseur.

- Pour les mentions nécessaires à la bonne gestion de la prestation

Il a été convenu en concertation avec les professionnels du secteur que seules les mentions suivantes peuvent être demandées par les caisses ; elles devront figurer dans le champ "tarification détaillée" à la suite du détail des prestations délivrées :

- le numéro d'appareil pour les orthoprothèses,
- le numéro de bon de commande figurant sur la demande d'entente préalable.

- Les professionnels du secteur ont attiré l'attention de la CNAMTS sur les demandes complémentaires formulées par certaines caisses à l'égard des facturations d'articles de grand appareillage.

Il est ainsi rappelé que :

- le montant total de la facturation est un montant toute taxe comprise (TTC). Aucun montant hors taxe (H.T) n'est admis ;
- la mention sur la feuille de soins de la marque de l'appareillage délivré ne peut pas être exigée du professionnel ;
- la mention du nom de l'applicateur ayant réalisé la prise de mesure sous la responsabilité du professionnel compétent n'est pas requise ;

- la signature du fournisseur est celle de la personne pouvant engager la responsabilité de l'entreprise. Le responsable technique ne peut donc pas être considéré comme le seul professionnel habilité à signer les feuilles de soins ;
 - la feuille de soins ne doit être produite qu'en un seul exemplaire à l'organisme de prise en charge. Elle peut, en outre, être remplie manuellement ;
 - le taux de prise en charge n'a pas à être spécifié sur la feuille de soins. Le champ "conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins" est seul à même de renseigner la caisse sur le montant de la participation de l'assuré ;
 - la facturation d'un appareillage bilatéral, destiné à pallier un même handicap, doit faire l'objet d'une facturation unique. Une seule feuille de soins doit donc être établie.
- Le principe général tenant à l'unicité de la facturation pour une prestation servie doit prévaloir en matière de facturation d'articles de grand appareillage. Ainsi, à titre d'exemple, un appareillage délivré à un ressortissant de la CMU, ne peut donner lieu à l'établissement de deux feuilles de soins : l'une qui ferait référence à la part obligatoire, l'autre à la part complémentaire.

La facturation doit en l'espèce être établie conformément à la réglementation ; elle doit donc faire référence à la prestation effectivement servie et donc au montant total facturé à l'assuré.