

	Guide de Saisie Sous-traitant des Factures Dentaires v 2.0	GSSTT Guide de saisie sous-traitant
---	---	---

GUIDE DE SAISIE SOUS-TRAITANT DES FACTURES DENTAIRE

Processus :		Sous-Processus :	Référence :	Statut :
Traiter une facture dentaire		Saisir une facture dentaire	GSSTT011	VALIDE
Approbateur :		Fonction :	Date :	Signature :
N. LATREILLE		Directipon qualité		
Valideur :		Fonction :	Date :	Signature :
J. MARTIN		Responsable Service Formation		NLAT
Diffusion auprès de :		Sous-traitants de saisie des factures dentaires		
En accès pour :		Ensemble des collaborateurs de la Direction des Prestations Santé		
Localisation :		K:\00 Gestion des prestations Santé\003. Documentation\003c. Guides de saisie Sous-Traitants		
Date de péremption		Responsable de l'actualisation		Service Qualité
Version	Date	Modifications		Auteur
V 1.0	10/06/2013	Création		A. Laroudie
		25/05/2014		C.Dutoy
V2.0	15/09/2016	Mise à jour guide de saisie Intégration des fiches consignes 302 -561 et 577		C.Dutoy et service Formation

Table des matières

1.	Saisie type d'une facture dentaire	3
1.1	Etape 0 : Analyse de la facture	3
1.2	Etape 1 : Recherche du mode de saisie	4
1.	Etape 1 : Recherche du bénéficiaire de la prestation	4
2.1.1.	Cas 1 : Aucun bénéficiaire n'est identifié	7
2.1.2.	Cas 2 : Plusieurs bénéficiaires des soins peuvent être identifiés	9
2.1.3.	Cas 3 : Un unique bénéficiaire est identifié	10
2.	Etape 2 : Recherche d'une PEC facturable correspondant à la facture	11
2.2.1.	Cas 1 : Existence d'une ou plusieurs PEC en état « A facturer »	11
2.2.2.	Cas 2 : Aucune PEC en état « A facturer » n'existe	14
3.	Etape 4 : Facturation de la prise en charge	16
2.3.1.	Saisie de l'entête de la facture	16
2.3.2.	Détail de la PEC à facturer.....	19
2.3.3.	Détail de la facture	19
4.	Etape 5 : Saisie des actes non soumis à prise en charge	20
2.4.1.	Saisie des actes non soumis à prise en charge	20
2.4.2.	Calcul de la part complémentaire des actes non soumis à prise en charge	21
3.	Particularités de saisie d'une facture dentaire	22
1.	Facture orthodontique.....	22
2.	Régime Alsace Moselle.....	22
3.	Cas où la prise en charge dentaire peut être ressaisie à réception de la facture	23
3.3.1.	Cas 1 : PEC saisie pour couronne + inlay-core => facture pour couronne.....	23
3.3.2.	Cas 2 : PEC périmée.....	24
4.	Cas : April	24
5.	Cas : Mutuelle Entrain	26
4.	Annexe	27
1.	Exemple de « Facture »	27
2.	Exemple de « Note d'honoraires ».....	28
3.	Exemple de « FSE ».....	31
4.	Exemple de « Feuille de soins, document cerfa ».....	32

1. Saisie type d'une facture dentaire

1.1 Etape 0 : Analyse de la facture

Est considérée comme facture tout document portant les mentions « **Facture** », « **Note d'Honoraires** », « **FSE** » et les documents de type « **cerfa** ».

En préambule de la saisie, la facture doit faire l'objet d'une analyse permettant de déterminer si une saisie peut être réalisée ou non.

Cette première analyse doit permettre :

- de vérifier qu'il s'agit d'une facture PS et non d'une facture Assuré : la mention « Facture acquittée » (par l'assuré) ou « Part RC réglée par l'assuré » ou « Le PS certifie avoir reçu la somme de x € » apparaît sur la facture.

*Dans le cas où il s'agit d'une facture Assuré, la saisie doit être interrompue pour le motif « **Facture Assuré** ».*

*Dans le cas où il existe un doute sur le destinataire de paiement de la facture (PS ou assuré), la saisie doit être interrompue pour le motif « **Destinataire de paiement Incertain** ».*

- de déterminer si le(les) document(s) sont lisible(s). Un document est dit « lisible » si l'ensemble des éléments nécessaires à la saisie est lisible.

*Dans le cas où la totalité des éléments est considérée comme illisible, la saisie doit être interrompue pour le motif « **Illisible** ».*

*Dans le cas où un ou plusieurs éléments sont considérés comme illisibles sur la facture, la saisie doit être interrompue pour le motif « **Document partiellement illisible** ».*

- de déterminer si des détails sont manquants sur la facture.

*Dans le cas où un ou plusieurs éléments sont considérés comme manquants, la saisie doit être interrompue pour le motif « **Manque détail** ».*

- de vérifier si l'identité du Professionnel de santé est indiquée sur la facture.

*Dans le cas où l'identité du Professionnel de santé n'est pas indiquée sur la facture, la saisie doit être interrompue pour le motif « **Manque PS** ».*

- de vérifier que le PS est identifiable de manière certaine.

*Dans le cas contraire, la saisie doit être interrompue pour le motif « **PS indéterminable** ».*

- de vérifier si les mentions « Surcomplémentaire » ou « Deuxième mutuelle » apparaissent sur la facture.

*Dans le cas où ces mentions apparaissent, la saisie doit être interrompue pour le motif « **Surcomplémentaire** ».*

1.2 Etape 1 : Recherche du mode de saisie

Favoris

- Saisie d'une facture PS
- Saisie d'une facture PS avec un OCT
- Saisie d'une facture suite à une PEC**
- Recherche de facture TP
- Consultation des droits

Sélectionner la saisie d'une facture suite à PEC (TP Complexe)

Renseigner le numéro finess indiqué sur la facture

Recherche d'un professionnel de santé

N° FINESS/AM * x

Ville *

Spécialité *

N° interne CE *

Raison Sociale *

Code postal/n° Dpt *

Pays

Domaine

Rechercher **Réinitialiser**

Cliquer sur **rechercher**.

L'identité du professionnel de santé est reconnue

N° FINESS/AM *

Ville *

Spécialité *

N° interne CE *

Raison Sociale *

Code postal/n° Dpt *

Pays

Domaine

Rechercher **Réinitialiser**

Résultat de la recherche

N° FINESS/AM *	N° interne CE *	Raison Sociale	Adresse	CP	Ville	Téléphone	Fax	Spécialité
<input checked="" type="radio"/> 640015186	13240	CENTRE SANTE DENTAIRE MUTUALISTE	10 ALL VEGA	64600	ANGLET	05 59 52 08 04	05 59 52 84 77	ET - Cliniques & hopit

Cliquer sur **suivant**.

Suivant

Filtrer : Nombre de lignes par page 1-1 sur 1

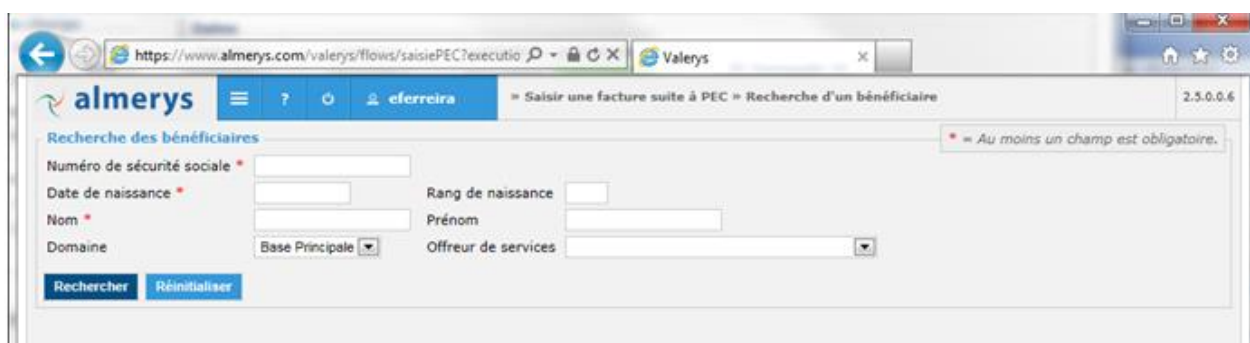
1. Etape 1 : Recherche du bénéficiaire de la prestation

Un bénéficiaire peut être identifié de manière unique selon les combinaisons de critères suivants :

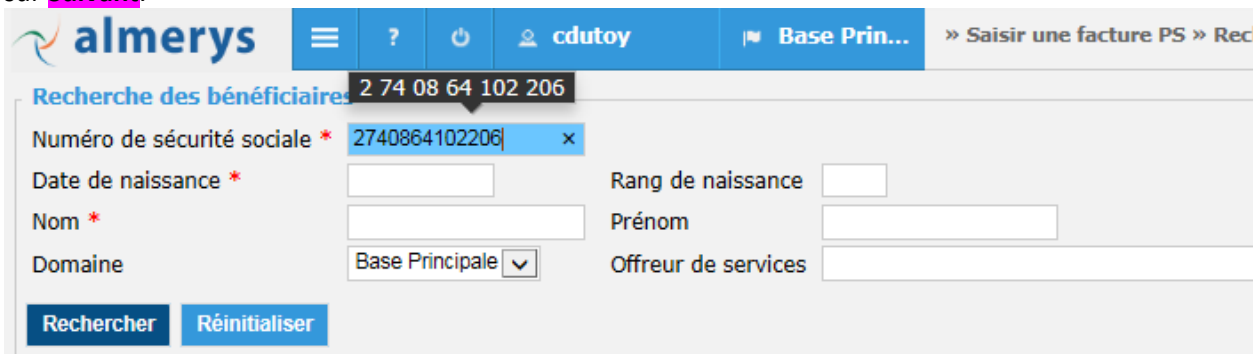
- **Nom / Prénom / Date de naissance**
- **ou**
- **NNI / Date de naissance**

Note : Il se peut que sur une facture, deux individus soit identifiés : l'assuré/adhérent et le bénéficiaire de la prestation. Il faut alors bien chercher le bénéficiaire de la prestation et non l'assuré/adhérent.

L'identification du bénéficiaire se fait sur l'écran « Recherche des bénéficiaires » :



Saisir les informations disponibles sur la facture pour identifier le bénéficiaire de la prestation, puis cliquer sur **Suivant**.



Si aucune information servant à l'identification du bénéficiaire n'est disponible, la saisie doit être interrompue pour le motif « **Manque détail** ».

Si les informations servant à l'identification du bénéficiaire sont illisibles, la saisie doit être interrompue pour motif le « **Document partiellement illisible** ».

Facture sans NNI et date de naissance :

Sur certaines factures, il est seulement indiqué le nom, prénom du bénéficiaire de soins et son adresse postale. Il n'est pas fait mention ni du numéro de sécurité sociale ni de la date de naissance.

Dans ce cas, il convient de vérifier dans l'outil ADELE, l'adresse postale indiquée en base ou sur la visualisation de la carte tiers-payant.

Exemple :

Centre Dentaire : Labastide Rouairoux 810101980 Place de la Mairie Cour Henri Dunant 81270 Labastide Rouairoux Tél : 05.63.98.01.42 Fax : 05.63.97.03.91 Dr. POBEDA JEAN LOUIS	Facture n° 911001182 Mademoiselle ALMERYS Jeanne 3 RUE ALFRED DE VIGNY 18230 SAINT DOULCHARD Date : vendredi 15 mars 2013
---	--

R.O : 012110000 DIJON 0100-Ni exonération, ni modulation (70%) R.C : N° Adhérent : 10182863 RC Mut. Générale (Almerys) Garantie : RC selon PEC (MUTNUM :) R.C2 : N° Adhérent : Garantie :	Mademoiselle ALMERYS Jeanne 3 RUE ALFRED DE VIGNY 18230 SAINT DOULCHARD Assuré(e)
---	--

Dent	Date	Désignation des actes	Cotation	Base SS	Taux SS	Part R.O	Part R.C	Part R.C2	Honoraires
44	15/03/2013	App.Résine\ Adj. Crochet Premier élt	SPR10	21,50	70 %	15,05	43,00	0,00	80,00
Total :			SPR 10	21,50		15,05	43,00	0,00	80,00

Part R.O :	15,05
Part R.C :	43,00
Part R.C2 :	0,00
Autres prises en charge :	0,00
Part à la charge du patient :	21,95

Il n'est pas indiqué le numéro de sécurité sociale et la date de naissance du bénéficiaire des soins. Par contre, l'adresse postale est présente sur la facture :

Mademoiselle ALMERYS Jeanne
3 RUE ALFRED DE VIGNY
18230 SAINT DOULCHARD

Par conséquent, il faut vérifier via l'outil ADELE si l'adresse postale indiquée en base correspond à celle indiquée sur la facture du professionnel de santé.

Pour ce faire, il convient de consulter dans les informations détaillées du bénéficiaire :

- En priorité, l'onglet « **Coordonnées** »

Informations détaillées du bénéficiaire			
Réf. interne N° sécurité sociale Nom Nom jeune fille Qualité Créé par	Réf. interne porteur contrat Prénom Date naissance - Rang Date d'effet information le		
Assuré CFT	28/11/2011 28/11/2011 à 01:25:26		

Coordonnées	Droits	Infos RO	Infos bancaires	Adresse SP	Commentaires
N° de voie Type et nom rue Complément d'adresse Ville Téléphone Fax Mail				Code postal Bureau distributeur	
				18230 SAINT DOULCHARD	

Informations d'audit :

- Si dans cet onglet, aucune information n'est indiquée, il convient de consulter la carte tiers-payant dans l'onglet « **Droit** »

Informations détaillées du bénéficiaire

Réf. interne	6099830	Réf. interne porteur contrat	6099830
N° sécurité sociale	98534613	Prénom	SYLVIE
Nom	jeune fille	Date naissance - Rang	25
Qualité	Assuré	Date d'effet information	28/11/2011 à 01:25:26
Créé par	CFT		

Coordonnées **Droits** Infos RO Infos bancaires Adresse SP Commentaires

Droits contractuels

Périmètre service	Date adhésion	Date de stage	Date de radiation	Date d'effet	N° contrat	Type de produit	Code produit Almerys	Code produit client
98534613	01/01/2009	01/01/1990	31/12/2012	28/11/2011	0988881	1	9514	MULTI SANTE
98534613	01/01/2009	01/01/1990	31/12/2011	01/03/2011	0988881	1	9514	MULTI SANTE
98534613	01/01/2009	01/01/1990	31/12/2011	24/11/2010	0988881	1	9514	MULTI SANTE
98534613	01/01/2006	01/01/1990	31/12/2008	20/11/2009	0988881	1	9505	SANTE FAMILLE BASE
98534613	01/01/2009	01/01/1990	31/12/2010	20/11/2009	0988881	1	9514	MULTI SANTE
98534613	01/01/2006	01/01/1990	31/12/2008	01/12/2008	0988881	1	9505	SANTE FAMILLE BASE
98534613	01/01/2009	01/01/1990	31/12/2009	01/12/2008	0988881	1	9514	MULTI SANTE
98534613	01/01/2006	01/01/1990	31/12/2008	22/11/2007	0988881	1	9505	SANTE FAMILLE BASE
98534613	01/01/1994	01/01/1990	31/12/2005	01/11/2007	0988881	1	9511	SANTE
98534613	01/01/2006	01/01/1990	31/12/2008	01/11/2007	0988881	1	9505	SANTE FAMILLE BASE
98534613	01/01/1994	01/01/1990	31/12/2005	01/01/2007	0988881	1	9511	SANTE

Suspensions

Périmètre service	Domaine	Date début	Date fin	Annulation

Droits cartes

Périmètre service	N° contrat	Date début	Date fin	Éditée le	Conditions de TP	N° carte
Intériorité (98534613)	0988881	01/01/2012	31/12/2012	09/12/2011	SI RESPECT PDS	20110022575076
Intériorité (98534613)	0988881	01/01/2011	31/12/2011	25/11/2010	SI RESPECT PDS	20100006037114
Intériorité (98534613)	0988881	01/01/2010	31/12/2010	25/11/2009	SI RESPECT PDS	20090006237932

Ensuite, sélectionner la ligne correspondant à la période de droit valide au moment des actes afin de visualiser la carte tiers-payant :

Consultation d'une carte TP

NOM OC Intériorité (98534613) Période de validité 01/01/2012 au 31/12/2012

N° DRE 98532001 N° de carte 20110022575076

N° NNI N° de télétransmission 98532001

Éditée le 09/12/2011 N°Adh 0988881/Multi Santé

Bénéficiaire	Régime	N° INSEE	Garantie	TP	PH4	PH7/L	BIO	RAD**	AUX	SE**	SDENT	TRA	OPT	HOSP
106099830	01		Multi Santé	OUI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	PEC
106099831	01		Multi Santé	OUI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	PEC
106099832	01		Multi Santé	OUI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	PEC

**Tiers Payant si respect du parcours de soins.
* Prise en charge optique, prothèse dentaire, audioprothèse et hospitalisation auprès d'almerys, fax 0 825 826 196.

L'adresse est indiquée en haut à gauche de la fenêtre.

Exception faite pour les adhérents de la mutuelle APRIL (April Santé prévoyance et April Entreprise Prévoyance). En effet, il apparaît l'adresse de la mutuelle et non celle de l'adhérent.

Par conséquent, à réception d'une facture dentaire sans NNI et date de naissance du bénéficiaire des soins, si celle-ci est accompagnée de la prise en charge, il conviendra de saisir la facture.

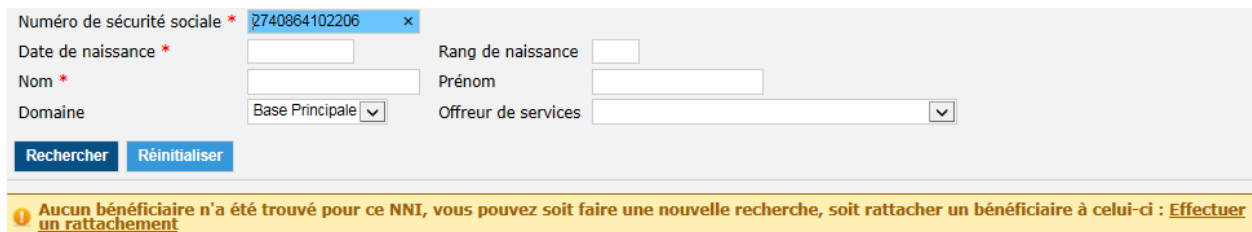
Par contre, si l'adresse indiquée sur la facture ne correspond pas à celle indiquée sur ADELE, la saisie doit être interrompue pour le motif « **Détail manquant/illisible** ».

Une fois la recherche du bénéficiaire réalisée par l'outil, trois cas de figure peuvent apparaître :

- Cas 1 : Aucun bénéficiaire des soins n'est trouvé
- Cas 2 : Plusieurs bénéficiaires des soins sont trouvés
- Cas 3 : Un unique bénéficiaire des soins est trouvé

2.1.1. Cas 1 : Aucun bénéficiaire n'est identifié

Si aucun bénéficiaire n'est trouvé, l'écran suivant apparaît :



Numéro de sécurité sociale * 2740864102206 x

Date de naissance * Rang de naissance

Nom * Prénom

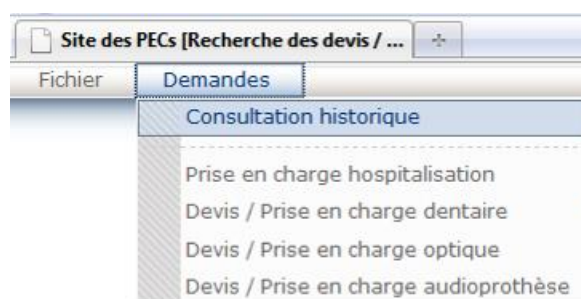
Domaine Base Principale Offreur de services

Rechercher Réinitialiser

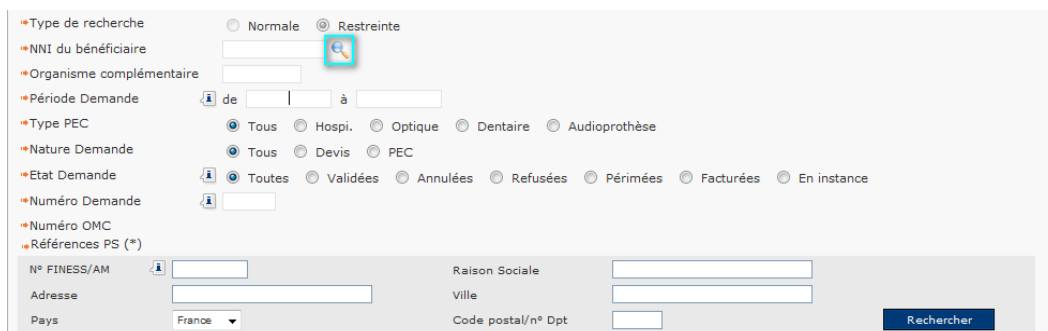
Aucun bénéficiaire n'a été trouvé pour ce NNI, vous pouvez soit faire une nouvelle recherche, soit rattacher un bénéficiaire à celui-ci : [Effectuer un rattachement](#)

Une recherche complémentaire, via le [Site des Prises En Charge](#), doit alors être réalisée afin de s'assurer que le bénéficiaire est réellement inconnu chez Almerys.

Cliquer sur l'option « Consultation historique » dans le menu « Demandes » :



L'écran suivant apparaît :



Type de recherche Normale Restreinte

NNI du bénéficiaire

Organisme complémentaire

Période Demande de à

Type PEC Tous Hospi. Optique Dentaire Audioprothèse

Nature Demande Tous Devis PEC

Etat Demande Toutes Validées Annulées Refusées Périmées Facturées En instance

Numéro Demande

Numéro OMC

Références PS (*)

N° FINESS/AM

Adresse

Pays France

Raison Sociale

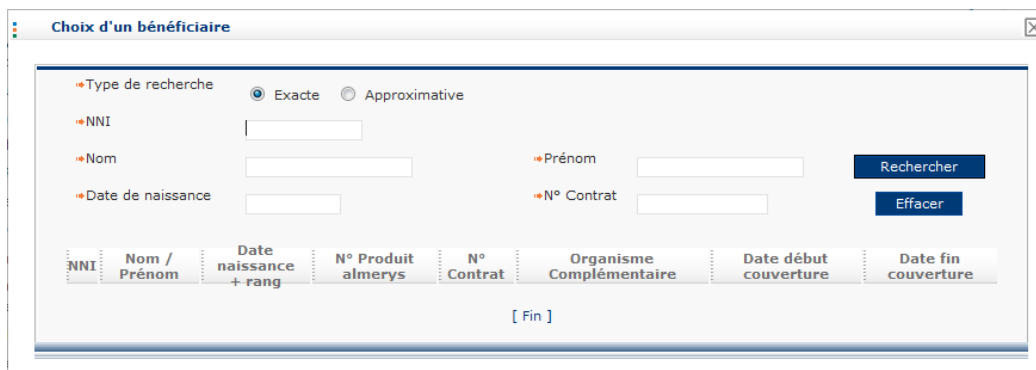
Ville

Code postal/n° Dpt

Rechercher

La recherche d'un bénéficiaire est alors accessible en cliquant sur l'icône « Loupe ».

L'écran « Choix d'un bénéficiaire » apparaît :



Cet écran permet une recherche approximative du bénéficiaire et permet d'identifier les bénéficiaires pour lesquels un doute persiste sur le prénom.

Si par cette recherche, aucun bénéficiaire n'est trouvé, alors la saisie doit être interrompue pour le motif « **Bénéficiaire Inconnu** ».

Si un bénéficiaire est identifié via cette recherche, saisir les informations le concernant dans ADELE et continuer la saisie.

2.1.2. Cas 2 : Plusieurs bénéficiaires des soins peuvent être identifiés

Si plusieurs bénéficiaires possibles sont identifiés à partir des informations précédemment renseignées, la fenêtre suivante apparait, précisant la liste des bénéficiaires et des contrats répondant aux critères précédemment renseignés :

	Bénéficiaire(s)	Contrat	Date d'effet	Date de début	Date de fin
<input checked="" type="radio"/>	JOUVENCEL CAROLINE (P 1780738421021) Né(e) le 03/01/2007 - 1 - Enfant Org. Complémentaire : GENERALI (98535024)	377104547 (STDITPE)	07/12/2015	01/01/2012	31/12/9999
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CAROLINE (P 1780738421021) Né(e) le 03/01/2007 - 1 - Enfant Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	72114559 (279C+)	29/01/2007	01/01/2007	30/06/2009
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CAROLINE (P 1780738421021) Né(e) le 03/01/2007 - 1 - Enfant Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	72114559 (281G+)	29/01/2012	03/01/2007	15/05/2009
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CAROLINE (P 1780738421021) Né(e) le 03/01/2007 - 1 - Enfant Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	AH855200 (281F+)	21/11/2011	16/05/2009	31/12/2012
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CEDRIC (P 1780738421021) Né(e) le 03/07/1978 - 1 - Assuré Org. Complémentaire : GENERALI (98535024)	377104547 (STDITPE)	07/12/2015	01/01/2012	31/12/9999
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CEDRIC (P 1780738421021) Né(e) le 03/07/1978 - 1 - Assuré Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	AH855200 (279D+)	26/11/2008	31/08/2007	30/06/2009
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CEDRIC (P 1780738421021) Né(e) le 03/07/1978 - 1 - Assuré Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	AH855200 (281F+)	21/11/2011	31/08/2007	31/12/2012
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CEDRIC (P 1780738421021) Né(e) le 03/07/1978 - 1 - Assuré Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	56568416 (275C3)	02/07/2004	01/07/2004	30/06/2006
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CEDRIC (P 1780738421021) Né(e) le 03/07/1978 - 1 - Assuré Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	56568416 (278C3)	25/05/2006	01/07/2006	31/12/2007

Le bénéficiaire des soins peut être alors sélectionné en cliquant sur « **Sélection** » s'il peut être identifié de manière certaine à partir des informations présentées : date de naissance, NNI....

Si le bénéficiaire n'est pas identifiable de manière certaine, la saisie doit être interrompue pour « **Bénéficiaire indéterminable** ».

Plusieurs lignes peuvent apparaître pour un même bénéficiaire, cela correspond à plusieurs contrats pour un même et unique bénéficiaire.

Un contrat correspond à des droits pour une période donnée. Il est caractérisé par une date de début de droits, une date de fin de droits et un niveau de remboursement défini pour chaque prestation de santé.

Cas où le bénéficiaire des soins possède plusieurs contrats :

Une fois que le bénéficiaire des soins est identifié de manière certaine, si deux « lignes » sont disponibles pour ce bénéficiaire (exemple pour le bénéficiaire **Caroline**) : il y a deux lignes correspondant à deux contrats différents et présentant des périodes de droits différentes), il faut sélectionner le contrat du bénéficiaire pour lequel les droits sont ouverts **à la date de soins**. Afin de consulter les périodes de droits des différents contrats, il faut cliquer sur « **Affichage** » en commençant par le premier contrat dans la liste des contrats disponibles et du nombre de PEC à facturer

Bénéficiaire(s)		PECs	Contrat	Date d'effet	Date de début	Date de fin
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CAROLINE (P 1780738421021) Né(e) le 03/01/2007 - 1 - Enfant Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	0	(279C+) 72114559 (281G+)	29/01/2012	03/01/2007	15/05/2009
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CAROLINE (P 1780738421021) Né(e) le 03/01/2007 - 1 - Enfant Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	2	AH855200 (281F+)	21/11/2011	16/05/2009	31/12/2012
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CEDRIC (P 1780738421021) Né(e) le 03/07/1978 - 1 - Assuré Org. Complémentaire : GENERALI (98535024)	1	377104547 (STDITPE)	07/12/2015	01/01/2012	31/12/9999
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CEDRIC (P 1780738421021) Né(e) le 03/07/1978 - 1 - Assuré Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	0	AH855200 (279D+) AH855200 (281F+)	26/11/2008 21/11/2011	31/08/2007	30/06/2009 31/12/2012
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CEDRIC (P 1780738421021) Né(e) le 03/07/1978 - 1 - Assuré Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	0	56568416 (275C3)	02/07/2004	01/07/2004	30/06/2006
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CEDRIC (P 1780738421021) Né(e) le 03/07/1978 - 1 - Assuré Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	0	56568416 (278C3)	25/05/2006	01/07/2006	31/12/2007
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CEDRIC (P 1780738421021) Né(e) le 03/07/1978 - 1 - Assuré Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	0	56568416 (275C3) 56568416 (278C3)	02/07/2004 25/05/2006	01/07/2004 01/07/2006	30/06/2006 31/12/2007

Filtrer : Nombre de lignes par page 20 1-13 sur 13

La **période d'ouverture des droits** du bénéficiaire est alors renseignée en haut à droite de la fenêtre :

- **date d'effet** : date de début des droits du bénéficiaire
- **date radiation** : date de fin de droits du bénéficiaire

Le premier contrat, présentant une période d'ouverture des droits couvrant la date des soins, doit être choisi dans la liste des contrats en cliquant sur « **Sélection** ». La fenêtre de liste des PEC à facturer apparaît alors.

Dans le cas où aucun contrat ne présente une période d'ouverture des droits couvrant la date des soins, *un retour doit être effectué pour le motif « **Droits fermés** ».*

2.1.3. Cas 3 : Un unique bénéficiaire est identifié

Si un seul bénéficiaire est identifié grâce aux informations mentionnées, la fenêtre suivante apparaît temporairement avant de laisser place à la liste des PEC à facturer :

Attention, il faut s'assurer que le bénéficiaire trouvé correspond bien au bénéficiaire de la facture (contrôle visuel)

2. Etape 2 : Recherche d'une PEC facturable correspondant à la facture

Une fois le bénéficiaire identifié de manière certaine, la liste des PEC pouvant faire l'objet d'une facturation pour le bénéficiaire apparaît.

Vérifier la date de la facture.

Attention : dans le cadre d'une facture émise par un établissement public (exemple : les hôpitaux), le délai de paiement est porté à 4 ans et non à 2 ans.

*Dans le cas où la date de la facture d'un établissement public est antérieure à la date du jour moins quatre ans, la saisie doit être interrompue pour le motif « **Facture + 4 ans** ».*

Si la date de facture est manquante, la date de fin de soins doit être saisie. La date de fin de soins correspond à la date à laquelle le dernier acte (au sens chronologique) a été effectué.

Si la date de la facture est illisible, *prendre en compte la date de fin de soins.*

Deux cas de figure peuvent apparaître :

- Cas 1 : une ou plusieurs PEC facturables existent
- Cas 2 : Aucune PEC en état « A facturer » n'existe.

2.2.1. Cas 1 : Existence d'une ou plusieurs PEC en état « A facturer »

L'écran suivant apparaît :

<input type="radio"/>	JOUVENCEL CAROLINE (P 1780738421021) Né(e) le 03/01/2007 - 1 - Enfant Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	0	72114559 (281G+)	29/01/2012	03/01/2007	15/05/2009
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CAROLINE (P 1780738421021) Né(e) le 03/01/2007 - 1 - Enfant Org. Complémentaire : GENERALI (98535016)	2	AH855200 (281F+)	21/11/2011	16/05/2009	31/12/2012
<input type="radio"/>	JOUVENCEL CEDRIC (P 1780738421021) Né(e) le 03/07/1978 - 1 - Assuré Org. Complémentaire : GENERALI (98535024)	1	377104547 (STDITPE)	07/12/2015	01/01/2012	31/12/9999

Rechercher la Prise en Charge sur le Site des PEC et analyser le détail des prestations accordées.

L'écran suivant apparaît :

Sélectionner la PEC correspondant à la facture

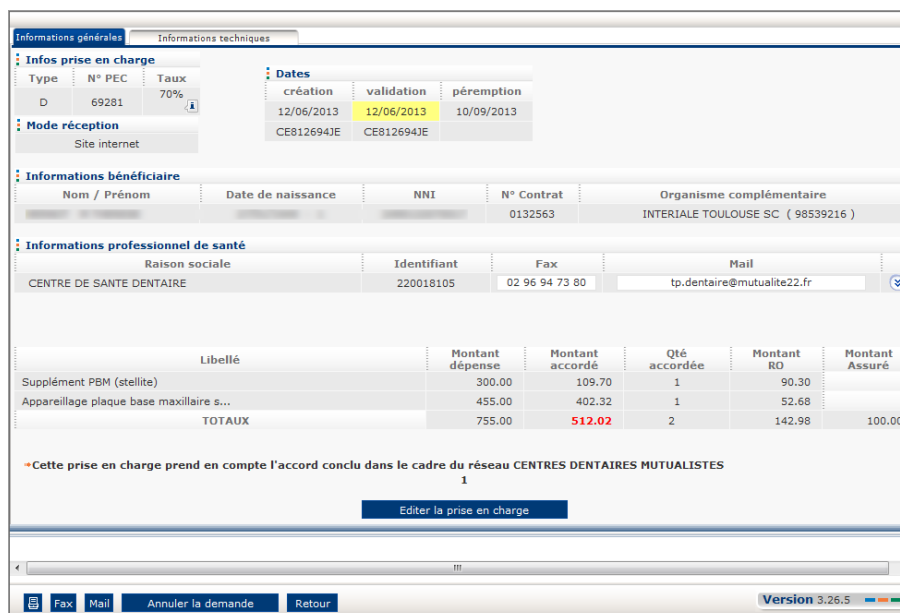
Etat	Type	Date	Type idem.	Num.	NNI	Nom/Prénom	Date Réf.	Professionnel de santé	Organisme complémentaire
<input checked="" type="radio"/>	D	07/01/2013	PEC	47874			14/11/2012	314018854 - PADULA NATHALIE	98532914 - MG TP
<input type="radio"/>	D	29/05/2013	PEC	89527			29/05/2013	314018854 - PADULA NATHALIE	98532914 - MG TP
<input type="radio"/>	D	03/06/2013	PEC	36622			29/05/2013	314018854 - PADULA NATHALIE	98532914 - MG TP
<input type="radio"/>	D	03/06/2013	PEC	36778			29/05/2013	314018854 - PADULA NATHALIE	98532914 - MG TP

17 éléments - [Debut] [<] 1 2

Etat des demandes - Légende

☒ Facturées ☐ Validées ☐ En instance ☐ Créées ☐ Périmées ☐ Refusées ☐ Annulées

Contrôle de la conformité de la facture à la prise en charge délivrée concernant les informations portées sur l'onglet « Informations générales » :



- **Montant dépense** : le « montant dépense » correspond au montant des prestations pour lesquelles la prise en charge a été accordée.

Si le montant de la dépense est différent pour une ou plusieurs prestations, *interrompre ensuite la saisie pour le motif « **Facture non conforme à la PEC** ».*

Exception : Certains Professionnels de Santé mentionnent sur leurs factures uniquement les prestations pour lesquelles des garanties ont été accordées sur l'accord de Prise en charge. Dans ce cas, si le montant total de la dépense indiqué sur la facture est égal au montant de la dépense des prestations pour lesquelles des garanties sont accordées sur l'accord de Prise en charge délivré, le montant de la dépense est considéré comme conforme. Cette règle s'applique à tous les clients hors Web Service.

Exemple :

Libellé	Montant dépense	Montant accordé	Qté accordée	Montant RO	Montant Assuré
Couronne Céramo Métallique (CCM)	450.00	247.25	1	75.25	
Inlay core simple	145.00	59.21	1	85.79	
Couronne provisoire	55.00	0.00	1	0.00	
TOTAUX	650.00	306.46	3	161.04	182.50

Sur la prise en charge en exemple, il a été saisi une couronne provisoire pour laquelle aucune part RC n'a été valorisée => RC = 0€

Or, à réception de la facture correspondante, le professionnel de santé n'a indiqué que les actes faisant apparaître une part complémentaire soit la couronne et l'inlay-core :

Date Soins	Acte	Cotation	Sécu	Mutuelle	Patient	Montant
17/03/2011	Couronne céramo-métal magnum H50 42	SPR 50	75,25	247,25	127,50	450.00
17/03/2011	Inlay Core simple 42	SPR 57	85,79	59,21	0,00	145.00
						595,00 €

Les montants RC correspondants à la prise en charge délivrée, il convient de saisir la facture.

- **Montant accordé** : le montant accordé sur la prise en charge doit être identique au montant de la part RC demandé sur la facture pour les actes soumis à Prise en charge.
Dans le cas contraire, la saisie doit être interrompue pour le motif « **Facture non conforme à la PEC** ».
- **Date de facturation** : la date de la facture doit être comprise dans la période de validité de la prise en charge (date comprise entre la date de création de la PEC et la date de péremption de la PEC).

Si la date de la facture est supérieure à la date de péremption de l'accord de prise en charge délivré, interrompre la saisie pour le motif « **Date de facture postérieure à la PEC** ».

Si la date de la facture est antérieure à la date de création de l'accord de Prise en charge délivré, interrompre la saisie pour le motif « **Date de facture antérieure à la PEC** ».

Contrôle de la conformité entre les informations portées sur la facture et sur le deuxième onglet « Informations techniques » :

Informations générales

Informations techniques

Détail des soins

Prothèse

Date soins / Début période	Libellé acte	N° Dent	Nb de dents	Matériau	Prise en charge SS	Motif refus SS	Code CCAM ou NGAP	Honoraires
09/09/2016	Inlay-Core	21	1		Oui		ICO	175.00

Informations générales

Informations techniques

Détail des soins

Prothèse

Date soins / Début période	Libellé acte	N° Dent	Nb de dents	Matériau	Prise en charge SS	Motif refus SS	Code CCAM ou NGAP	Honoraires
13/09/2016	Prothèse Dentaire Transitoire	11	1		Non		PDT	65.00
13/09/2016	Prothèse Dentaire Transitoire	21	1		Non		PDT	65.00
13/09/2016	Prothèse Fixe Céramique	11	1	Céram o Métallique	Oui		PFC	550.00
13/09/2016	Prothèse Fixe Céramique	21	1	Céram o Métallique	Oui		PFC	550.00

- **Détail des prestations effectuées** : les prestations soumises à Prise en charge facturées doivent être identiques aux prestations indiquées sur l'accord de Prise en Charge. Les points suivants sont à contrôler :
 - Quantité des actes
 - Coefficient des actes
 - Numéro de dent ou numéro de semestre

Cas particulier où les numéros de dents sont manquants :

Dans le cas où la prise en charge est saisie, il convient de vérifier que :

- la prise en charge est conforme au document joint sur le site des PEC
- la réponse à prise en charge dentaire est jointe à la demande de remboursement du professionnel de santé

Si ces points sont réunis et après avoir vérifié que les autres points de contrôle sont conformes, la facture peut être saisie.

*Par contre, si la prise en charge est saisie par le professionnel de santé, interrompre la saisie pour le motif « **Manque détail** ».*

Une fois l'ensemble des points de contrôles vérifiés :

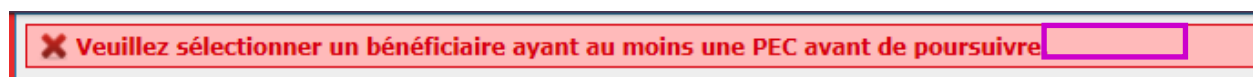
Si un ou plusieurs des éléments de contrôle sont illisibles, *interrompre la saisie de la facture pour le motif « **Document partiellement illisible** ».*

Si un ou plusieurs des éléments de contrôle sont manquants, *interrompre la saisie de la facture pour le motif « **Manque détail** ».*

Si tous les éléments concordent entre la PEC facturable et la facture du Professionnel de Santé, cocher la PEC à facturer dans ADELE puis cliquer sur suivant.

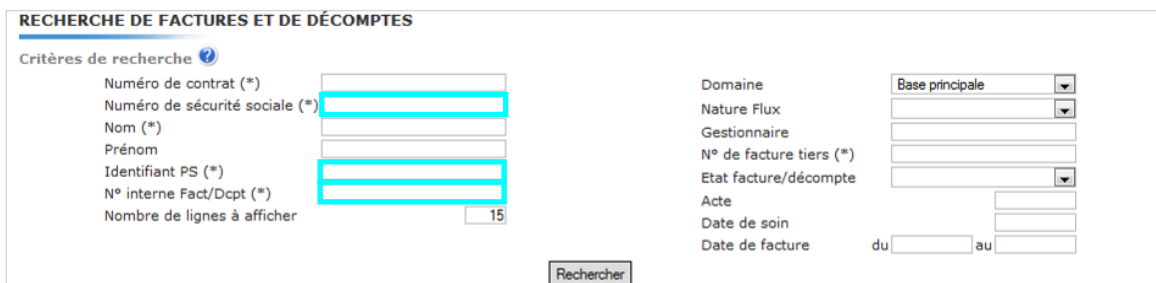
2.2.2. Cas 2 : Aucune PEC en état « A facturer » n'existe

Le message suivant apparaît en haut de l'écran :



Dans le cas où aucune Prise en Charge n'est disponible sur le site PEC, il faut vérifier via l'outil ADELE si la facture en cours de traitement n'a pas déjà fait l'objet d'une saisie.

Pour ce faire, via l'écran de recherche de factures et décomptes, il faut alors rechercher la facture qui a été précédemment réglée par Almerys :



RECHERCHE DE FACTURES ET DE DÉCOMPTES

Critères de recherche ⓘ

Numéro de contrat (*)

Numéro de sécurité sociale (*)

Nom (*)

Prénom

Identifiant PS (*)

N° interne Fact/Dcpt (*)

Nombre de lignes à afficher 15

Domaine

Nature Flux

Gestionnaire

N° de facture tiers (*)

Etat facture/décompte

Acte

Date de soin

Date de facture du au

Base principale

Rechercher

Cette recherche s'effectue selon les critères suivants :

- NNI du bénéficiaire de la prestation
- N°AM du PS
- N° de la facture

Une fois la facture recherchée trouvée, sélectionner ladite facture puis cliquer sur **Consulter** :

Résultat de la recherche ?

Informations décomptes										Informations bénéficiaire	
<input type="checkbox"/>	TP/HTP	N° interne Fact/Dept	Date création	Dte déb. soins	Mont. RC	Nat. Flux	Etat	Créé par	N° Contrat	NNI	
<input checked="" type="checkbox"/>	TP	1262366482	06/08/2012	04/05/2012	419.75 €	Saisie ASFA	LIQUIDE	LLAINE	2000390698	2860633063335	F
<input type="checkbox"/>	TP	1260887966	23/07/2012	04/05/2012	0.00 €	Saisie sous traitants	REJET DEF	LLAINE	2000390698	2860633063335	F
<input type="checkbox"/>	TP	1253879450	23/07/2012	13/07/2012	419.75 €	Saisie sous traitants	LIQUIDE	OBS001	2000390698	2860633063335	F
<input type="checkbox"/>	TP	1253879419	23/07/2012	04/05/2012	419.75 €	Saisie sous traitants	REJET DEF	OBS001	2000390698	2860633063335	F

Nombre de lignes par page	20	Accéder à la page	1	1-4 sur 4	
---------------------------	----	-------------------	---	-----------	--

[Consulter](#)

Le détail de la facture réglée précédemment apparaît alors :

EDITION D'UN ÉLÉMENT

Identification facture:
 Environnement: ALMERYS
 Date de création: 06/08/2012
 Etat du décompte: LIQUIDE
 Date fin soins: 04/05/2012

Identifiant: 1262366482
 Date décompte: 07/08/2012
 Monnaie: Euros
 Nat. Flux: Saisie ASFA
 Date début soins: 04/05/2012

Infos audit:
 Créé par: LLAINE
 Modifié par: CFT
 le: 06/08/2012
 le: 07/08/2012

Infos adhérent:
 Réf interne: 12208709
 Naissance + Rang: 16/06/1986 - 1
 N° Contrat: 20120713
 Num. Sécu: 44189

Infos RO adhérent:
 Code grand régime: 00

Infos PS:
 N° procurataire: 834013294
 Date: 04/05/2012
 N° facture tiers: 20120713
 Date facture: 13/07/2012

Infos PEC:
 Code norme: ER

Infos flux:
 Offreur de service: MG(1)

Infos OS:
 Périmètre de service: MG TP(98532914)

[Afficher l'historique des états de la facture/décompte](#)
[Consultation des PECs](#)

Liste des virements

N° PS	Virement	N°	Montant	Etat	Infos bancaires
834013294	07/08/2012	0008857257	419.75 €	Effectué	30002 03958 0000079015H 44 CREDIT LYONNAIS PELLISSIER JEAN-LUC

Récapitulatif des lignes de prestation

Période des soins	Acte	FR	Qté.	PU	Tx RO	MRO	Aut.	MRC	RAC
Totaux		565.00 €				75.25 €	0.00 €	419.75 €	70.00 €
04/05/2012	SPR 50	495.00 €	1	2.15 €	70.0 %	75.25 €	0.00 €	419.75 €	
04/05/2012	HN	70.00 €	1	0.00 €	0.0 %	0.00 €	0.00 €	0.00 €	

Il faut alors vérifier que les prestations précédemment payées correspondent à la demande de facturation en cours de traitement (même Professionnel de Santé, même bénéficiaire, même numéro de facture, même part Régime Complémentaire, même date de soins).

Si la facture a déjà été payée par Almerys, *interrompre la saisie pour le motif « **Facture déjà payée** »*.

Si aucun paiement Almerys n'est intervenu pour la facture en cours de traitement et qu'aucune prise en charge n'est facturable sur l'outil ADELE, *interrompre la saisie pour le motif « **Absence de PEC** »*.

3. Etape 4 : Facturation de la prise en charge

Pour tous les clients Almerys, la saisie d'une facture dentaire dans ADELE ne peut se faire qu'à J+1 par rapport à la date de saisie de la prise en charge à facturer.

2.3.1. Saisie de l'entête de la facture

L'écran de saisie d'entête de la facture apparaît :

almerys ? cdutoy Base Prin... » Saisir une facture suite à PEC » Sélection d'une PEC 2.8.1											
Résultat de la recherche											
	N° FINESS/AM	Raison sociale	T.	Date réf.	N° PEC Court	N° PEC Long	MT	DMT	Dép.(€)	Mont. RC (€)	Jours / Actes
<input checked="" type="radio"/>	380013805	CENTRE DE SANTE MEDICAL ET DENTAIRE	D	12/02/2015	22050	90821141			730.00	536.50	1

Les éléments suivants doivent être renseignés :

- Identifiant doc
- N° de facture
- Date de facture
- Date de début des soins
- Montant de la dépense

N° FINESS/AM : 380013805 JUVENCCEL LUCAS 1780738421021 01/01/2012 - 31/12/9999

Prise en Charge
 Date de référence 12/02/2015 N° PEC Court 22050 N° PEC Long 90821141 Dépense 730.0

Informations de l'entête * = Au mo

Identifiant doc. * fact dentaire

N° prescripteur

N° facture tiers * 18

Date début soins * 02/12/14

Montant dépense * 730

Date ordonnance

Date facture * 15/07/15

Nature presta. * DENTAIRE

Date fin soins

Commentaire

Régime Als. Mos. ☐

Valider l'entête

Numéro de facture :

- Si le numéro de facture comporte plus de 9 chiffres, saisir uniquement les neuf derniers chiffres.
Exemple : N° facture noté sur la facture : 123906260001, N° facture à saisir : 906260001
- Si le n° de facture comporte les symboles - ou /, saisir uniquement les chiffres
Exemple : « 12/1530 » sera saisi « 121530 »
- Si un numéro de FSE est indiqué sur le document, il doit être priorisé et utilisé comme numéro de facture
Exemple : le numéro FSE indiqué sur le document (facture) est le n°2150 et aucun numéro de facture n'est indiqué nulle par ailleurs. Par conséquent, il faut indiquer, à la saisie de la facture le n°2150 en numéro de facture.

Dr. Patrick ARNOUX
156 avenue des Chartreux
13004 MARSEILLE
ID. : 13403318 2

Facture le 13/09/2012
N° FSE : 2150

Patient(e) : M. CHATELAIN Jean
Né le : 19/01/1950
M. CHATELAIN Jean
Né le : 19/01/1950

Organisme destinataire	
AMO Fédération Fonctionnaire SLI (MFP) Caisse : MFP MARSEILLE Centre : 0599	AMC N° : 98532001 N° Adhérent : Tiers payant sur la part AMC

Tiers-payant sur la part obligatoire et complémentaire gérée par l'AMO
Début des soins : 13/09/2012

- Si un numéro de facture et un numéro FSE sont présents ensemble sur le document, le numéro FSE est prioritaire à la saisie.

14/11/2013 16:07 Livré Ligné -> 2/2

CABINET DENTAIRE MUTUALISTE - ADEL 430007138
21, rue des Moulins - 43000 LE PUY EN VELAY
Dr ESCUDERO Frédéric (omnipraticien et orthodontie)
DU Urgence médicale - AEU Implantologie
CES biologie buccale - CES Orthopédie Dento Faciale
DIU Orthopédie Cranio-Dento-Maxillo-Faciale

**Facture N°01/07264/13
(FSE NON SECURISEE n°88808)**

Date : mardi 6 novembre 2012

RD : 014310030 2 77 06 43 157 136-45

LE PUY
10, Avenue André Soulier
43011 LE PUY EN VELAY CEDEX

RC : ALMERYS - Contrat A1
46 RUE DU RESSORT
63967 CLERMONT FD CX 09

Patient
LEGRAND LEA
10 CHEMIN DE LA PETITE GAGNE
43370 CUSSAC SUR LOIRE

né(e) le : 11/04/2000

Assuré
LEGRAND SANDRINE

N° Radio : 10607501E1 N° Patro. :

Cent	Date	Désignation des actes	Cotation	Part SS (€)	Part R.C (€)	Honoraires (€)
03/09/12	Semestre 2 métal Enfant	T000	193,50	270,50	464,00	
					Total	464,00

Du 04/03/2012 au 03/09/2012

	Franc	Euro
Base de remboursement (après avis de la caisse) :	1 266,26	163,50
- Accepté : 153,50 TO 80	1 774,36	217,50
Part sécurité sociale :	0,00	0,00
Mutuelle : prise en charge	0,00	0,00
- Autre(s) prise(s) en charge	0,00	0,00
Délivrance Ordonnance : Oui Non	0,00	0,00
Part à la charge du patient :	0,00	0,00

- Dans le cas où le N° de facture est manquant, la date de fin de soins à l'envers doit être saisie. La date de fin de soins correspond à la date à laquelle le dernier acte (au sens chronologique) a été effectué.

Date de facture :

- Le champ « Date de facture » doit être renseigné de la manière suivante : par défaut, si la date de facture est mentionnée elle doit être saisie.
Si la date de facture est manquante, la date de fin de soins doit être saisie. La date de fin de soins correspond à la date à laquelle le dernier acte (au sens chronologique) a été effectué.

Date de début de soins :

- La date de début des soins est la date du premier soin réalisé (au sens chronologique)

Date de soins manquante sur la facture :

- Si aucune date de soins n'est indiquée sur la facture, par défaut utiliser la date de facture comme date de soins.

FACTURE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

le : 25 novembre 2013

Patient : **Monsieur Marie-Noelle LECLERC né le 12/03/1958** N° PEC : 101414247
 8, PLACE DOMINIQUE INGRES
 51100 REIMS
 1 49 10 51 454 175 94

pour validation

Dent	Descriptif	Code SS	Base SS	Honoraires
25	Couronne céramique mono teinte ISO 9693 2000	SPR 50	107,50	485,00
Totaux		SPR 50	107,50 €	485,00 €

Signature du Praticien

Télétransmission en Tiers-payant (SS : 75,25 €)


Partie mutuelle est à régler au praticien (139,75 €)

Reste à charge patient (270 €)

Dr Emmanuel CARTAGNE
 19 ORFÈVRE DENTISTE
 Conventions
 2, Place René Clair
 51100 REIMS
 4 00395 3 00 1 20 1 19
 CA3 CONV ZISD K

Montant de la dépense :

- Le montant dépense correspond à la somme des différents montants des actes présents sur la facture pour lesquels une part complémentaire est demandée. Dans la plupart des cas, il s'agit du montant total dépense indiqué par le Professionnel de Santé sur la facture.

Dans le cas où un des éléments obligatoires (identifié par le symbole ) ne peut être renseigné, la saisie doit être interrompue pour le motif « **Manque Détail** » en précisant le ou les détails manquants.

Le champ origine doit rester renseigné à « D ».

Le champ « Domaine de Prestation » doit rester renseigné à « Maladie ».

Une fois l'ensemble de ces éléments renseignés, cliquer sur **Suivant**.

Note 1 : sur l'écran suivant, les messages (bandeau rouge) peuvent apparaître :

- « la facture n° XXXX a déjà été payée »

Exemple :

La facture n° 12596 a déjà été payée.

- « la facture n° enregistrement XXXX pour des soins du XX/XX/20XX a déjà été **réglée** »

Exemple :

La facture n° enregistrement 2021985017 pour des soins du 13/02/2012 a déjà été réglée.

Il faut alors contrôler dans l'outil ADELE que les actes facturés ont déjà été réglés par Almerys et faire un retour pour le motif « **Facture déjà payée** ».

2.3.2. Détail de la PEC à facturer

L'écran de détail de la PEC à facturer apparaît alors :

CE destinataire paiement N° FINESS/AM : 380013805		Bénéficiaire(s) JOUVENCEL LUCAS 1780738421021 Droits : 01/01/2012 - 31/12/9999													
Prise en Charge Date de référence 12/02/2015 N° PEC Court 22050 N° PEC Long 90821141 Dépense 730.0															
Informations de l'entête Montant dépense : 730.00 € Montant RC global :															
Récapitulatif des lignes de prestation															
#	Dates de soins	Spé	Acte	FR(€)	Qté.	PU(€)	Tx RO (%)	MRO(€)	MAM(€)	Aut.(€)	Déjà rbs.(€)	MRC(€)	RAC(€)	Dest.	
TOTAUX				730.00				193.50	0.00	0.00	0.00	536.50	0.00		
1	12/02/15*		ET TO 90	730.00	1	2.15	100	193.50	0.00	0.00	0.00	536.50	0.00	380013805	

Cliquer sur **Suivant**.

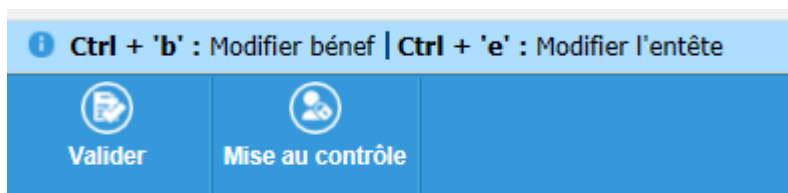
2.3.3. Détail de la facture

L'écran de détail de la facture apparaît. Pour chaque ligne d'acte, indiquer dans le champ « **Date acte** » la date de réalisation indiquée sur la facture.

Si la facture ne comporte que des actes soumis à Prise en charge, cliquer sur « **Valider** ».

Si la facture comporte des actes non soumis à prise en charge, passer au paragraphe suivant 2.4.

Informations de l'entête Montant dépense : 730.00 € Montant RC global :																																													
Récapitulatif des lignes de prestation																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>#</th> <th>Dates de soins</th> <th>Spé</th> <th>Acte</th> <th>FR(€)</th> <th>Qté.</th> <th>PU(€)</th> <th>Tx RO (%)</th> <th>MRO(€)</th> <th>MAM(€)</th> <th>Aut.(€)</th> <th>Déjà rbs.(€)</th> <th>MRC(€)</th> <th>RAC(€)</th> <th>Dest.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">TOTAUX</td> <td>730.00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>193.50</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>536.50</td> <td>0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>12/02/15*</td> <td></td> <td>ET TO 90</td> <td>730.00</td> <td>1</td> <td>2.15</td> <td>100</td> <td>193.50</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>536.50</td> <td>0.00</td> <td>380013805</td> </tr> </tbody> </table>	#	Dates de soins	Spé	Acte	FR(€)	Qté.	PU(€)	Tx RO (%)	MRO(€)	MAM(€)	Aut.(€)	Déjà rbs.(€)	MRC(€)	RAC(€)	Dest.	TOTAUX				730.00				193.50	0.00	0.00	0.00	536.50	0.00		1	12/02/15*		ET TO 90	730.00	1	2.15	100	193.50	0.00	0.00	0.00	536.50	0.00	380013805
#	Dates de soins	Spé	Acte	FR(€)	Qté.	PU(€)	Tx RO (%)	MRO(€)	MAM(€)	Aut.(€)	Déjà rbs.(€)	MRC(€)	RAC(€)	Dest.																															
TOTAUX				730.00				193.50	0.00	0.00	0.00	536.50	0.00																																
1	12/02/15*		ET TO 90	730.00	1	2.15	100	193.50	0.00	0.00	0.00	536.50	0.00	380013805																															



Note : Facture à valider (FAV)

Si le montant de la part complémentaire est supérieur à



- 1500€ concernant les factures des professionnels de santé en spécialité 18, 19 et 36
- 2500€ concernant les factures des centres dentaires et Hôpitaux en spécialité ET

l'image de la facture doit être retournée pour une validation de saisie.



Tous les documents portant la mention 4 ème réclamation, rejet, doublon, différence de montant devront dorénavant être traités comme une facture classique.

La facture identifiée comme réclamation suivra le cheminement décrit dans le guide de saisie des factures Dentaire.

Si la réclamation présente une des anomalies répertoriées dans le guide de saisie, le tableau Excel sera alimenté avec le motif correspondant.

Dans le cas où aucun des motifs n'est approprié, il convient de renseigner la mention « réclamation ».

4. Etape 5 : Saisie des actes non soumis à prise en charge

2.4.1. Saisie des actes non soumis à prise en charge

La facture peut comporter des actes non soumis à prise en charge qu'il faut saisir à la suite des actes facturés suite à PEC.

Attention :

Les actes non soumis à prise en charge ne peuvent pas être saisis à la suite d'une facturation suite à PEC lorsqu'elle concerne un bénéficiaire rattaché à une mutuelle en webservice soit :

Générali/GF Santé, Réunica, April (April Santé Prévoyance et April Entreprise Prévoyance, Prévoir) et AON.

Par conséquent, lorsque la facture du professionnel de santé présente des actes soumis à prise en charge et des actes de soins, il convient de saisir en deux factures distinctes :

- une première fois suite à la prise en charge délivrée concernant les actes soumis à prise en charge
- une seconde fois concernant les autres actes avec comme n° de facture, la date de fin de soins à l'envers.

La date de fin de soins correspond à la date à laquelle le dernier acte (au sens chronologique) a été effectué.

Identifiant doc. *	fac	Date ordonnance		Nature presta. *	MALADIE
N° prescripteur		Date facture *	25/02/16		
N° facture tiers *	18	Date fin soins			
Date début soins *	25/02/16	Commentaire			
Montant dépense *	28.92				

Saisie des titres de prestation

* = Au moins un champ est obligatoire

Spécialité *	Début *	Fin *	Acte *	Major.	Dép.(€) *	Qté *	Coef. *	PU(€)	Tx RO (%)	RC(%)	A.M.(%)	Aut RB(€)	Déjà rbs.(€)
ET - Cliniques	25/02/16	25/02/16	SDE		28.92	1	1	28.92	70.0	0	0	0	0

Acc. RO * MT * DMT CAS *

Oui 07 - Consultations, soins Non

Ajouter **Ajouter et Garder la saisie**

Les champs « **Début soin** », « **Acte** », « **Dépense** », « **Qté** » et « **P.U** » doivent être renseignés pour chaque ligne d'acte de la facture.

La dépense correspond pour chaque acte au montant indiqué sur la facture pour la ligne d'acte en question.

- La quantité et/ou le coefficient à saisir pour chaque ligne d'acte correspond aux éléments inscrits sur la facture.
- Le prix unitaire, s'il est renseigné en base, est automatiquement alimenté après la saisie du code acte. Dans le cas contraire, le prix unitaire doit être saisi pour chaque ligne d'acte en fonction des prix unitaires renseignés.

Après chaque saisie, cliquer sur **Ajouter**.

Si pour une ou plusieurs lignes, un ou plusieurs éléments nécessaires à la saisie sont manquants, *la saisie doit être interrompue pour le motif « **Manque Détail** »*

2.4.2. Calcul de la part complémentaire des actes non soumis à prise en charge


Une fois l'ensemble des lignes saisies, il faut alors cliquer sur le bouton **Calculer** : ADELE calcule alors, à partir des éléments renseignés et des taux RC enregistrés en base, la part RC de chaque ligne de la facture.

Informations de l'entête														
Montant dépense : 28.92 € Montant RC global :														
Récapitulatif des lignes de prestation														
#	Dates de soins	Spé	Acte	Dép.(€)	Qté.	PU(€)	Tx RO (%)	MRO(€)	MAM(€)	Aut.(€)	Déjà rbs.(€)	MRC(€)	RAC(€)	Dest.
TOTAUX				28.92	1	28.92	70.0	20.24	0.00	0.00	0.00	0.00	8.68	
1	25/02/16	ET	SDE	28.92	1	28.92	70.0	20.24	0.00	0.00	0.00	0.00	8.68	310786520

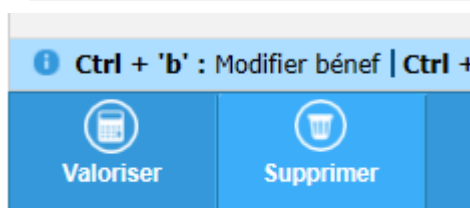
Vérifier que le montant dépense renseigné dans l'entête de la facture s'inscrit en **vert**. Si tel est le cas, cliquer sur « **Valoriser** ».

Si le montant de la part RC d'un acte ne correspond pas avec la part RC demandée par le Professionnel de Santé (si mentionnée sur la facture), *la saisie doit être interrompue pour le motif « **Part RC demandée <> Part RC calculée** »*.

A tout moment jusqu'à la validation de la facture, une ligne saisie peut être :

- Validée ou supprimée en **cochant** la ligne et en cliquant sur **supprimer**
- Modifié en cliquant sur éditer : 

#	Dates de soins	Spé	Acte	Dép.(C)	Qté.	PU(C)	Tx RO (%)	MRO(C)	MAM(C)	Aut.(C)	Déjà rbs.(C)	MRC(C)	RAC(C)	Dest.		
TOTALUX				28.92				20.24	0.00	0.00	0.00	0.00	8.68			
1	25/02/16	ET	SDE	28.92	1	28.92	70.0	20.24	0.00	0.00	0.00	0.00	8.68	310786520		<input checked="" type="checkbox"/>



3. Particularités de saisie d'une facture dentaire

1. Facture orthodontique

A réception d'une facture orthodontique où seul le n° de semestre est indiqué, il convient de procéder au règlement si les points suivants sont respectés :

- Visualiser sur le site PEC le document joint et s'assurer que la saisie est conforme
- La date de facturation correspond à la date de fin du semestre
- Procéder aux contrôles habituels (part RC, bénéficiaire des soins ...)

Si tous ces points sont réunis, *la facture peut être saisie en indiquant en date des soins la date de début du semestre indiquée sur la PEC.*

Par contre, si la prise en charge a été délivrée pour une période inférieure à 6 mois (durée de validité de la prise en charge inférieure à 6 mois) et est à l'état périmé, **ne pas ressaisir la prise en charge.**

-Les actes d'orthodontie sont payables à terme échu c'est-à-dire à la fin du traitement.

2. Régime Alsace Moselle

Lorsque le bénéficiaire des soins appartient au régime Alsace Moselle, la prise en charge pour les prothèses a été saisie avec un taux RO à 90%.

Par conséquent, aucune manipulation n'est nécessaire sous ADELE ; la prise en charge étant déjà valorisée à 90% RO.

Par contre lorsque des soins dentaires sont à rajouter suite à la facturation d'une prise en charge, il convient de saisir **90** sur chaque ligne de soins dans le champ « **Taux RO** ».

Même chose lorsque la facture à saisir est une facture dentaire tiers c'est-à-dire ne présentant que des actes de soins. Il convient de saisir **90** sur chaque ligne de soins dans le champ « **Taux RO** ».

3. Cas où la prise en charge dentaire peut être ressaisie à réception de la facture

3.3.1. Cas 1 : PEC saisie pour couronne + inlay-core => facture pour couronne

A réception d'une facture pour une couronne alors qu'il a été saisi une PEC mentionnant une couronne + un inlay-core, il convient d'annuler la prise en charge et de la ressaisir juste avec la couronne.

En effet, le PS fait souvent une demande pour l'inlay avec la couronne alors qu'à la réalisation des actes, il se rend compte que ce n'est pas nécessaire. Il ne facture donc que la couronne.

Attention :

Il faut ressaisir la prise en charge pour la couronne à l'identique de la PEC initialement saisie soit même actes, coefficients, montant dépense, régime obligatoire et même date de soins.

Cette consigne ne s'applique pas pour les mutuelles en webservice soit Generali/GF Santé, April (April Santé Prévoyance et April Entreprise Prévoyance, Prévoir), AON et Réunica.

Exemple :

Facture :

RELEVÉ D'HONORAIRES N° 01074046								
DATE ACTE	DENTS	LIBELLE	ACT	ACC	REF.	TMS	SUPP	HONOR
23/3/2011	32	COURONNE CERAMIQUE	SPR	50.00	0.00	107.50	358.60	466.00
				50.0	0.00	107.50	358.60	466.00

PEC :

Date des soins	N° Dent	Nature de l'acte	Cotation RO	Acte non remboursé RO	Qté	Honoraires	Montant RO	Montant RC
19/01/2011	32	inlay core acier	SPR 57.0		1	132.00	85.79	46.21
19/01/2011	32	couronne ceramique	SPR 50.0		1	466.00	75.25	390.75
TOTAL NET TTC						598.00		
TOTAL PART REGIME OBLIGATOIRE						161.04		
TOTAL PART COMPLEMENTAIRE						436.96		
TOTAL A REGLER PAR L'ASSURE						0.00		

3.3.2. Cas 2 : PEC périmée

Si, à réception d'une facture dentaire, la prise en charge correspondante est à l'état périmé :

- la facture peut être saisie dans le cas où la date de facture est comprise dans la période de validité de la prise en charge.
- par contre, la prise en charge doit être ressaisie à l'identique de celle à l'état périmé dans le cas où la date de facture est postérieure à la période de validité de la prise en charge.
 - soit le montant RC indiqué sur la nouvelle saisie de prise en charge est identique et dans ce cas, la facture peut être saisie
 - soit le montant RC indiqué sur la nouvelle saisie de prise en charge est différent et dans ce cas, *un retour doit être effectué pour le motif « **PEC périmée** »*

Attention :

Il faut ressaisir la prise en charge à l'identique de la PEC initialement saisie soit même actes, montant dépense, régime obligatoire et même date de soins.


Cette consigne ne s'applique pas pour les mutuelles en webservice soit Generali/GF Santé, April (April Santé Prévoyance et April Entreprise Prévoyance, Prévoir), AON et Réunica.

4. Cas : April

Lorsque vous réceptionnez une facture dentaire pour des prothèses (acte SPR), pour le client April et que la date de la facture est supérieure ou égale à 3 jours après la date de péremption de la prise en charge, saisir la facture avec comme date de référence la date de fin de validité de la PEC, sinon merci de nous faire un retour pour « PEC April Périmée ».

S'il s'agit d'une facture pour de l'orthodontie (acte TO), merci de saisir la facture avec comme date de facturation la date de péremption de la PEC et d'indiquer dans le critère d'archivage la date réelle de la facture.

Exemple :



MUTUELLES DE FRANCE
L'ÉCONOMIE, L'ENTRAIDE, LA RÉPONSE

MUTUELLE DE DÉVELOPPEMENT & DE GESTION
DES ŒUVRES SANITAIRES & SOCIALES
MUGOSS

Centre Dentaire Mutualiste Loos
310, Avenue Eugene Avinée
Parc Eurasante
59120 LOOS

Tel 03 20 16 82 00 - Fax 03 20 16 82 01
N° Finess 59 0 03937 6

Patient DAMBACH Nathalie (N° 11044)
Né(e) le 20/02/1961
N° SS 2 61 02 59 350 455 (12)
Risque 10 4 A L D

FACTURE

N° FactFSE 4 905 / 502 609 du 01/02/2012

Praticien **RENOUX Marion**
19 Dentiste

Assure DAMBACH Nathalie
Adresse

Lien Assure

CDI 7

Date Soin	Acte	Cotation	Sécu	Mutuelle	Patient	Montant
20/11/11	Appareil rétro de luxe (5 dents) 87 16 15 14 25	SPR 40	60,20	154,80	390,00	605,00
20/11/11	Plaque Base Metal	SPR 60	90,30	232,20	117,50	440,00
20/11/11	Appareil rétro de luxe (3 dents) 37 47 36	SPR 60	90,30	181,19	168,51	440,00
20/11/11		SPR 30	45,15	116,10	393,75	555,00
						2 040,00 €

3ème Relance URG
A l'attention de Mme Laine Devia

Montant des avances tiers payants		A la charge du patient	
01595 CPAM LILLE	285,95	1 069,76 €	
98532001/ALMERYS	684,29		
TMTM			
		Espèces	Chèques
		469,76 €	0 00 €
		Cartes	Autre
		600 00 €	0 00 €
Total	970,24 €	Reste dû le	06/06/2012
			0,00 €

Le montant dû par le patient peut être revu compte tenu des remboursements versés par les régimes obligatoires et complémentaires

Site des PECs [Demande - détail] - Windows Internet Explorer

https://www.almerys.com/site/ListerPec.do?dispatch=selectionner&numPec=18&numPage=1

Informations générales Informations techniques

Infos prise en charge

Type N° PEC Régime
D 45594 Régime général

Mode réception
Site internet

Dates

création validation **péremption** instance
22/08/2011 22/08/2011 20/11/2011 22/08/2011

CE112881R VALO_AA CE112881R

N° PEC instanciée
Réf. archivage

Informations bénéficiaire

Nom / Prénom Date de naissance NNI N° Contrat Organisme complémentaire
DAMBACH NATHALIE 20/02/1961 - 1 2610259350455 6252444 APRIL SANTE PREVOYANCE (98536915)

Informations professionnel de santé

Raison sociale Identifiant Fax Mail
CTRE SANTE DENTAIRE DE LA M.D.G.O.S.S 590039376 03 20 16 82 01 dentaire2@smh.fr

Libellé	Montant dépense	Montant accordé	Qté accordée	Montant RO	Montant Assuré
STELITTE 5 DTS	605,00	154,80	1	60,20	
PLAQUE BASE METAL	440,00	232,20	1	90,30	
STELITTE 3 DTS BAS	555,00	116,10	1	45,15	
PLAQUE BASE METAL	440,00	181,19	1	90,30	
TOTAUX	2040,00	684,29	4	285,95	1069,76

1

Editer la prise en charge

Annuler la demande Retour

Version 3.22.4 Réalisé par Almerys

Internet 100%

5. Cas : Mutuelle Entrain

Lorsque vous devez saisir une facture pour la Mutuelle Entrain. Il convient de se fier au taux RO remonté par Valerys et ce pour toutes les spécialités.

Si le taux remonté par Valerys est différent de celui de la facture interrompre la saisie pour « Part RC demandée <> Part RC Calculée » et préciser en commentaire « Adhérents Entrain »

Ci-dessous un exemple d'une facture pour la Mutuelle Entrain comportant un acte ATU et un acte CS.

AVIS DES SOMMES A PAYER

CENTRE HOSPITALIER
CENTRE HOSPITALIER COTE BASQUE
64109 BAYONNE CEDEX

REDEVABLE ALFONSO NOE
Nom J.F. : ALFONSO
Né(e) : 30/01/2001 A : ()
Adresse : CHEMIN SOLDATENIA
100 64250 ITXASSOU

PERIODE
DU : 04/04/2016 AU : 04/04/2016 SORTIE : 04/04/2016
ETS : COURT SEJOUR ST LEON hors p FINESS : 640000182

ASSURE
NOM : ALFONSO JEAN-ROBERT
MUTUELLE : 160116444503914
N° SS : 160116444503914
ORG. : 041100009
DOS. AMH :
OBSERVATIONS :

BENEFICIAIRE : 11
RISQUE : 10

FINISS 640780417
N° ENTREE 16078774
DATE ENTREE 04/04/2016
Exercice RDT /
Bordereau RDT

N° de Titre 5076176
Emis et rendu exécutoire le 19/04/2016
N° Bordereau H/4000496
N° Feuille 1/1
Exercice 2016

TRESORERIE PRINCIPALE
CENTRE HOSPITALIER COTE BASQUE
BP30001 13, AV DE L'INTERNE J. LOEB
64109 BAYONNE CEDEX

MUTUELLE ENTRAIN
20 RUE D'AMBERT
POLE PROFESSIONNELS DE SANTE
63000 CLERMONT FERRAND

DATE	DESIGNATION	NBRE	TARIF	TARIF RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	DMT
04/04/16	NCP Non concerné 641037122						
	Actes / URGENCES PEDIATRI	ATU 1	25.32		20	5.06	406
04/04/16	Actes / URGENCES PEDIATRI	CSP 1	23.00		20	4.60	406

CE destinataire paiement
N° FINESS/AM : 640780417

Bénéficiaire(s)
ALFONSO Noe 1601164445039 Droits : 01/01/2009 - 31/12/2016

Informations de l'entête
Montant dépense : Montant RC global : 9.66 €

Saisie des titres de prestation

Spécialité *	Début *	Fin *	Acte *	Major.	Dép.(€) *	Qté *	Coef. *	PU(€)	Tx RO (%)	RC(%)	A.M.(%)	Aut RB(€)	Déjà rbs.(€)
ET - Cliniques	04/04/16	04/04/16	ATU		25.32	1	1	25.32	100.0	0	0.0	0	0

Acc. RO * MT * DMT Réalisateur CAS *

Oui 07 - Consultations, soins

Ajouter Ajouter et Garder la saisie

Valerys nous remonte un taux à 100%, il est différent de celui de la facture.

Il convient de se fier à l'outil et interrompre pour « Part RC demandée <> Part RC Calculée » et préciser en commentaire « Adhérents Entrain »

4. Annexe

1. Exemple de « Facture »

Centre Dentaire Evry

1, Rue MICHEL ANGE

91000 EVRY

Tél: 01.60.78.31.72 - Fax: 01.60.78.32.26

N° Finess : 91 0 00244 3

FACTURE

N° Fact/FSE : 99 387 / 548 650 du 07/01/2013

Praticien **SIMON Julien**

19 Dentiste

1 sur 1

Assuré :

Adresse :

Patient : (N°: 200823)

Né(e) le :

N° SS :

Risque : 10 5 INVALIDITE 100%

Lien : Assuré

Date Soins	Acte	Cotation	Sécu	Mutuelle	Patient	Montant
07/01/2013	Stellite05 dent(s) 46 34 35 36 37	SPR 40	86.00	146.20	174.80	407.00
07/01/2013	Plaque base métal05 dent(s) 46 34 35 36 37	SPR 60	129.00	219.30	261.70	610.00
						1 017,00 €

Montant des avances tiers payants		A la charge du patient			
92911 MG EVRY	215.00	436.50 €			
ALMERY-1TM/ALMERYS (TM)		Espèces	Chèques	Cartes	Autre
ALMERY-2DP/ALMERYS(DEP)	365.50	0.00 €	0.00 €	436.50 €	0.00 €
Total :	580.50 €	Reste dû le : 07/01/2013			
		0.00 €			

Le montant dû par le patient peut être révisé compte tenu des remboursements versés par les régimes obligatoires et complémentaires

2. Exemple de « Note d'honoraires »



MUTUALITE DE LA MOSELLE

CENTRE DE SANTE DENTAIRE MUTUALISTE

DOCTEUR GERVAIS ANNE SOPHIE

4 place st nicolas

57000 METZ

TEL : 03.87.18.47.50

N° FINESS : 570011585

Assuré :		R.O. : MG R.O. 92 571 512
Prénom :		R.C.1 : MG R.C.METZ 2920 - 0000
N° INSEE :		N° Adh 1
Adresse : 64 BOULEVARD ST SYMPHORIEN		Option : niveau 2
57050 LONGEVILLE LES		
Bénéficiaire :		R.C.2 :
Prénom :		N° Adh 2
Né(e) le :		Option :
Parenté : ASSURE(E)		
RELEVÉ D'HONORAIRES N° 01110913		

DATE ACTE	DENTS	LIBELLE	ACT.	ACC	REF.	TRSS	SUPP	HONOR.
31/1/2013		PLAQUE BASE METAL BAS	SPR	60.00	0.00	129.00	159.00	288.00
31/1/2013	45,35,37,	APPAREIL METAL sans PLQ	SPR	30.00	0.00	64.50	212.50	277.00

90.00	0.00	193.50	371.50	565.00
-------	------	--------	--------	--------

RELEVÉ EDITE LE	05/02/2013	TOTAL HONORAIRES	565.00	PART PATIENT	Fr	70.60
TARIF RESP. RO	193.50	REG. OBL	%	135.45	€	70.60
GLOBALISATION COEF.		REG C1	58.05	ACOMPTES		0.00
SPR 90		REGIME COMPL 2	300.90	VERSEMENT		70.60
			0.00	DIFFERE		0.00

RELEGATION : L'assuré(e) donne pouvoir au Cabinet Dentaire pour percevoir auprès des Caisses d'Assurance Maladie, dans la limite de l'essence consentie, le montant des prestations dues à l'occasion des services facturés.

Cachet, Signature : Au cas où le remboursement serait refusé pour tout ou partie par ces Caisses, le soussigné s'engage à s'acquitter envers le Cabinet de la dette dont il se reconnaît personnellement responsable.

Il déclare en outre être acquéreur, de sa propre volonté, des prestations dont le prix dépasse le Tarif de Responsabilité Régime Obligatoire.

Docteur Jean-Marc PESTEL

16, Rue Léon des Landes

40000 MONT DE MARSAN

☎ 05.58.75.21.48

MONT DE MARSAN, le 02/04/2013

Monsieur

NOTE D'HONORAIRES

Vous trouverez ci-joint votre facture d'honoraires concernant vos soins.

Date	Prat.	Dent	Libellé	Coeff.	Montant	Tarif de convention	Montant RC
26/02/2013	PES	27	Couronne	SPR 50	€ 335,41	€ 107,50	260,16
			TOTAL	SPR 50	€ 335,41	€ 107,50	

Le montant de ces actes s'élève à 335,41 €.

Docteur Jean-Marc PESTEL

Docteur Jean-Marc PESTEL

Chirurgien-Dentiste

16, rue Léon des Landes

Résidence du Lion - 1^{er} étage - Porte 9

40000 MONT-DE-MARSAN

Tel. 05 58 75 21 48 / Fax 05 58 46 12 33

N° 40392

3. Exemple de « FSE »



Dr. Isabelle AGOT-FRAISSE
1, Rue des Pins
30230 BOUILLARGUES
ID. : 30400812 1

1/3

le 29/03/2013
N° FSE : 21704

Patient(e) : Mme [REDACTED]
Imm. ass. : [REDACTED]
Né(e) le [REDACTED]

Organisme destinataire
AMO Régime Général
Caisse : NIMES Centre : 1310

Tiers-payant sur la part obligatoire gérée par l'AMO
Début des soins : 15/03/2013
Forçage des droits mutuelle ou CMU

N°	Date	Désignation	Qté	Montant	AMO	AMC
1	15/03/2013	SPR 57,00	1	260,00	85,79	
2	29/03/2013	SPR 50,00	1	460,00	75,25	
	euros	Total des prestations	2	720,00	161,04	
		Participation de l'assuré		558,96		

1/3 payeur
Almerys -

Réglé patient
191,25 €

367,71.

Docteur FRAISSE Isabelle
18 - Chirurgien-Dentiste
1, Rue des Pins
30230 BOUILLARGUES
30 4 00812 1 / 0

4. Exemple de « Feuille de soins, document cerfa »

Le document se présente sur deux pages :

cerfa N° 11104*02

TRAITEMENTS BUCCO-DENTAIRES - HONORAIRES CHIRURGIEN DENTISTE

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN-DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS
DOCTEUR GUERRINI THIERRY
 18 CHIRURGIEN DENTISTE
 13 BIS AVENUE JEAN ZUCCARELLI
 20200 BASTIA
 => 20 4 40263 0 00 1 20 2 19

IDENTIFICATION
 NOM du chirurgien dentiste

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE

RADIATIONS IONISANTES
 Radiographie 109951
 Panoramique
 Téléradiographique

NOM et PRENOM DU PATIENT
 SAOLETTI ANTOINE
HONORAIRES DES ACTES NON SOUMIS A E.P.

Date d'exécution des actes	Dents traitées	Désignation des actes suivis NDAP (acte par ligne)	Actes en rapport avec AT	Actes en rapport avec ALD	Ordonnance	Remarque
07/03/2010		C 1,00				
07/10/2010		SC 12,00				
02/12/2010	27	SC 34,00				
02/12/2010	27	Z 6,00				
11/09/2012						
DUPLICATA						
TOTAL DES COEFFICIENTS		C 1 + SC 48 + Z 6		TOTAL DES HONORAIRES PERCUS (en chiffres)		
				139,84		
Cent trente-neuf Euros et quatre-vingt quatre Cents						
Date d'exécution des actes	Dents traitées	Désignation des actes suivis NDAP (actes vendus ou réalisés en charge de l'assuré)	Actes en rapport avec AT	Actes en rapport avec ALD	Ordonnance	Remarque
09/12/2010	27	SPR 57,00				
DUPLICATA						
TOTAL DES COEFFICIENTS		SPR 57		TOTAL DES HONORAIRES PERCUS (en chiffres)		
				122,55		
Cent vingt-deux Euros et cinquante cinq Cents						

cerfa
N°41104*02

TRAITEMENTS BUCCO-DENTAIRES - HONORAIRES
CHIRURGIEN DENTISTE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) (1)

Numéro d'immatriculation S. (140082002810965)
Date de naissance: 01/01/1965
Nom-Prénom: SAQUET Anne
Adresse: [blank]
SITUATION A LA DATE DE LA PROPOSITION DU TRAITEMENT:
☐ ACTIVITÉ SALARIÉE ou unité de travail ☐ ACTIVITÉ NON SALARIÉE
☐ SANS EMPLOI - Date de cessation d'activité: [blank]
☐ PENSIONNÉ(E) ☐ AUTRE CAS, lequel: [blank]

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession: [blank]
S'agit-il d'un accident? ☐ OUI ☒ NON
Si le malade est PENSIONNÉ DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher l'option ci-dessous:
☐ OUI ☒ NON
SI LE PATIENT N'EST PAS ASSURÉ(E)
NOM: [blank] Prénom: [blank] Date de naissance: [blank]
Est-il titulaire d'une pension? ☐ OUI ☒ NON
Adresse de l'intéressé(e), dans le cas où l'État ne relève pas de son ressort: [blank]
Signature de l'assuré(e): Saqueti

MODE DE REMBOURSEMENT (2)

☐ VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'ÉPARGNE
Lors de la première demande de remboursement par virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne ou en cas de changement de compte, joindre le relevé d'identité correspondant.
☐ AUTRE MODE DE PAIEMENT

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte.
(2) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte.

LA LOI N° 78-17 DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE À L'INFORMATIQUE, AUX FICHES ET AUX LIBERTÉS S'APPLIQUE AUX RÉPONSES FAITES SUR CE FORMULAIRE. ELLE GARANTIT UN DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION POUR LES DONNÉES VOUS CONCERNANT, AUTRES QUE VOTRE ORGANISME D'ASSURANCE-MALADIE.

PARTIE RÉSERVÉE À LA FACTURATION DU PHARMACIEN

1ère facturation du pharmacien

Facturation détaillée de l'ordonnance	TOTAL
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	

Montant brut des produits: [blank]
Somme effectivement payée: [blank] €
Date de l'ordonnance: [blank]
Date de la facture: [blank]

1ère ORDONNANCE

L'assuré(e) conserve l'original de l'ordonnance et adresse le second exemplaire à son organisme d'assurance-maladie.

Coller ici les vignettes dans l'ordre de la prescription.

Cachet de pharmacien attestant le paiement (Si le système du tiers payant est appliqué, le mentionner).

2ème facturation du pharmacien

Facturation détaillée de l'ordonnance	TOTAL
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	

Montant brut des produits: [blank]
Somme effectivement payée: [blank] €
Date de l'ordonnance: [blank]
Date de la facture: [blank]

2ème ORDONNANCE

L'assuré(e) conserve l'original de l'ordonnance et adresse le second exemplaire à son organisme d'assurance-maladie.

Coller ici les vignettes dans l'ordre de la prescription.

Cachet de pharmacien attestant le paiement (Si le système du tiers payant est appliqué, le mentionner).

Le pharmacien ne peut pas utiliser ce formulaire de facturation pour une autre activité, sous peine de sanction administrative. Ce formulaire est réservé aux pharmaciens. Code de la Santé Publique, art. 6146-300.

N.P. 000104-0001

S 3153 b