

MODE OPERATOIRE DU BORDEREAU S 3404

Version 0.7

27 Juillet 2005

A- PRESENTATION

Ce document est un mode opératoire qui décrit les modalités et les consignes de remplissage de la feuille de soins mentionnée à l'article R.161-40 et suivants du code de la sécurité sociale, également dénommée bordereau de facturation S 3404. Au terme de la réglementation précitée ce bordereau est exigé :

- pour le remboursement à l'assuré des actes de soins et des prestations en nature de l'assurance maladie directement liées à une hospitalisation dans un établissement de santé privé mentionné aux d) et e) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.
- pour le paiement des actes ou prestations au professionnel, à l'établissement ou à l'organisme responsable du séjour ou de leur délivrance, dans le cadre de la dispense d'avance des frais, telle que prévue à l'article L.162-21-1 du code de la sécurité sociale.

Le bordereau est constitué d'un formulaire unique réglementaire qui tient lieu de support de facturation.

- Il remplace l'ancien bordereau 615 qu'il adapte pour prendre en compte les modalités de facturation résultant de l'application de la tarification à l'activité des établissements de santé privés exerçant une activité en Médecine Chirurgie Obstétrique et en hospitalisation à domicile, ainsi que les codages CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et LPP (Liste des Produits et Prestations).
- Il intègre, comme avant, les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation réalisées dans les activités de soins de suite et de réadaptation ainsi que psychiatriques, les examens et les actes relevant de la NABM (Nomenclature des Actes de Biologie Médicale) et de la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) et de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

Le bon remplissage des rubriques du formulaire du bordereau S 3404 conditionne le remboursement par l'assurance maladie.

B - ARCHITECTURE GENERALE DU BORDEREAU S 3404

Le formulaire du bordereau S 3404 est divisé horizontalement en trois parties :

1 - LA PARTIE HAUTE : comprend deux zones :

ZONE 1- PAVE D'IDENTIFICATION ET DE REFERENCES comportant les identifications relatives à l'établissement, à l'assuré(e) ou au bénéficiaire des soins, au compte risque sur lequel sont pris en charge les frais (maladie, maternité, etc.).

ZONE 2 - FACTURATION DES FRAIS DE SEJOUR ET DE SOINS afférents au séjour du patient dans l'établissement, y compris les prestations qui sont servies lors d'un transfert provisoire du patient, c'est à dire un transfert inférieur à 48 heures (2 jours), vers un établissement prestataire autre que l'établissement de séjour.

2 - LA PARTIE MEDIANE : comprend une zone:

ZONE 3- LISTES DES PRODUITS LPP et MEDICAMENTS qui sont facturés hors forfaits et délivrés au patient lors de son séjour dans l'établissement.

3 - LA PARTIE BASSE inclut deux zones :

ZONE 4- RELEVÉ DES HONORAIRES MEDICAUX, PARA-MEDICAUX et DES ACTES DE LABORATOIRES.

ZONE 5- Réservée aux mentions relatives aux **TRANSFERTS** inter-établissements, à la part acquittée à titre obligatoire et complémentaire par l'assuré. Elle fait apparaître le montant **TOTAL DE LA FACTURE** et la **SIGNATURE** du directeur de l'établissement.

La signature du directeur ou de son représentant atteste des soins dispensés à l'assuré ou son bénéficiaire. Elle n'engage pas les médecins qui sont responsables de leurs actes.

C - CONVENTIONS GENERALES POUR LA FACTURATION

Les facturations des frais relatifs :

- aux catégories de prestations d'hospitalisation mentionnées aux articles R.162-31 et R.162-31-1 du code de la sécurité sociale pour les établissements pratiquant les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, R.162-32 du code même code, pour les établissements pratiquant les activités de M.C.O,
- aux prestations exécutées par un autre établissement au cours du séjour du patient lors d'un transfert de moins de 48 heures,
- aux produits de la Liste des Produits et Prestations et médicaments mentionnés aux c à f de l'article R.162-31-1 dudit code délivrés pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, et au 1° de l'article R.162-32-1 du même code pour les activités de M.C.O,
- aux honoraires de praticiens et des auxiliaires médicaux, et frais d'examens de laboratoires correspondants aux actes effectués au cours du séjour mentionnés aux a et b de l'article R.162-31 et au 2° de l'article R.162-32-1 susmentionnés,

sont regroupés au sein d'un même bordereau de facturation pour un même malade et un même séjour.

Pour la facturation des frais de séjour par l'établissement, il est convenu des règles suivantes:

Principe "un séjour égal une facture" pour les séjours GHS :

Un séjour GHS donne lieu à une seule facture émise par l'établissement englobant l'ensemble des frais compris dans la période d'hospitalisation du malade. Ce séjour est décompté à la date de sortie du patient.

Exceptions :

Chimiothérapie ambulatoire : les GHS correspondants à la cure de chimiothérapie peuvent figurer sur le même bordereau.

Dialyse : les forfaits correspondants à plusieurs séances peuvent figurer sur le même bordereau.

Accouchement : Le GHS du nouveau-né est cumulable avec le GHS de la mère s'il reste auprès de sa mère pendant tout le séjour (Cf. Questions/Réponses de la CNAMTS).

Facturation d'éléments complémentaires : Les titres de recettes émis par les hôpitaux relatifs à des actes réalisés sur des patients hospitalisés en cliniques peuvent donner lieu à des factures complémentaires.

Pour les séjours en « Hospitalisation à domicile », facturés en GHT, la période de prise en charge peut donner lieu à facturations scindées.

Pour les séjours de longue durée en soins de suite ou réadaptation et psychiatrie, la période de prise en charge peut donner lieu à facturations scindées par conséquent à une facturation partielle lorsque la durée d'hospitalisation est supérieure à 15 jours.

Pour les séjours multiples Médecine Chirurgie Obstétrique + PSY ou Médecine Chirurgie Obstétrique + Soins de Suite et de Réadaptation dans le même établissement : une seule facture peut être établie avec une ligne GHS et n lignes de facturation correspondants aux prix de journée PSY ou Soins de Suite et de Réadaptation. Il est toujours possible d'établir deux factures distinctes ainsi que des facturations intermédiaires pour les séjours longs en Soins de Suite et de Réadaptation et psychiatrie.

Dans ce cas, il est nécessaire que les honoraires des actes effectués durant la période considérée des 15 jours figurent sur le bordereau. La facture finale sera établie à la sortie définitive du patient.

Il est impératif d'établir un bordereau de facturation par risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, maladie professionnelle).

I - PARTIE HAUTE

ZONE ① PAVE IDENTIFICATION - REFERENCES - SIGNATURE ASSURE

Identification de l'établissement de santé

Indiquer la raison sociale et l'adresse complète de l'établissement.

Indiquer le numéro FINESS géographique de l'établissement

Pour les établissements privés entrant dans le champ de la tarification à l'activité, indiquer le coefficient de l'établissement (Coefficient MCO ou coefficient hospitalisation à domicile) figurant dans l'avenant tarifaire signé entre l'établissement et l'ARH

Date d'élaboration

L'imprimé est émis par l'établissement dès lors qu'il dispose de l'ensemble des éléments de facturation : à la sortie du malade ou dans le cas de facturation intermédiaire ci-dessus mentionné (séjour de longue durée hors GHS) à la date du jour où le bordereau est édité à savoir, à la sortie définitive du malade ou à la date de facturation partielle.

Références à rappeler

N° de lot : Un lot est constitué d'une ou plusieurs factures présentées en règlement. Chaque numéro de lot doit être différent de celui qui le précède ou le suit. Le numéro de lot est facultatif sur le bordereau S 3404.

N° de facture : c'est le numéro de la facture concernant les prestations servies (frais de séjour, honoraires, frais de consommations intermédiaires...) Chaque facture doit avoir un numéro propre différent de la facture qui la précède ou qui la succède.

N° d'entrée : il s'agit du numéro attribué à l'entrée du malade dans l'établissement.

N° de feuillet : c'est la numérotation physique des feuillets pour une même facture.

Signature de l'assuré(e) ou du bénéficiaire des soins

La signature de l'assuré(e) ou du bénéficiaire, qu'elle soit manuscrite ou électronique, atteste l'exactitude des informations concernant son identité et le lieu et la durée de son séjour, ainsi que les conditions de sa prise en charge.

Dans les cas où l'assuré(e) n'est pas en mesure de signer le bordereau, la case « absence de signature » doit être cochée. Exemples : impossibilité matérielle ou physique, admissions en urgences, dialyse, hospitalisation à domicile etc.. Néanmoins, un bordereau peut éventuellement être établi dans les conditions fixées à la fin de ce mode opératoire, dans les autres cas.

Cet imprimé spécifique ne devra pas être exigé pour les structures d'hospitalisation à domicile et les centres de dialyse pour les séances réalisées à domicile. Il devra accompagner le support de facturation S3404 pour les séances de dialyse réalisées en centre.

Pour les séances de soins itératives liées à la prise en charge de pathologies chroniques (dialyse, chimiothérapie ambulatoire) ou pour les factures intermédiaires en psychiatrie et Soins de Suite et de Réadaptation, l'établissement a la possibilité d'établir, avec le consentement du patient, un bordereau signé du patient, qui atteste le nombre de séances ou le nombre de journées réalisées pour une période de un à 3 mois maximum.

Cet imprimé n'est donc pas à adresser avec chaque facture.

Le bénéficiaire des soins

Indiquer ses nom et prénom.

Si le numéro d'immatriculation du bénéficiaire des soins n'est pas connu, indiquer sa date de naissance ainsi que son rang de naissance (cas des jumeaux). Cette information qui figure sur l'attestation VITALE permet d'identifier de façon précise le bénéficiaire des soins.

Numéro de l'organisme : numéro de la Caisse Primaire ou des organismes dont dépend l'assuré. L'adresse de la caisse gestionnaire dont dépend le patient peut aussi figurer sur le support de facturation.

Date et heure d'entrée dans l'établissement : suivre les indications de remplissage énoncées dans le Cahier des Charges B2, Norme CP Type 2.

Date et heure de sortie : suivre les indications de remplissage énoncées dans le cahier des charges B2 Norme CP Type 2.

Date de début d'hospitalisation : Indiquer la date de début d'hospitalisation dans l'établissement ou dans l'établissement précédent en cas de transfert supérieur à 48 heures.

L'assuré(e) (si non-bénéficiaire des soins)

Indiquer ses nom et prénom suivi le cas échéant de son nom d'usage.

Indiquer son numéro d'immatriculation.(NIR)

Indiquer l'adresse de l'assuré(e).

Indiquer le code de son organisme d'affiliation.

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins (nature du risque)

Maladie :

Cocher la case correspondant au risque au titre duquel est pris en charge le patient.

Maternité :

En cas de risque maternité, indiquer la date de début de grossesse (surveillance médicale de la maternité) ou la date d'accouchement (surveillance post-natale de la mère et de l'enfant).

Accident du travail/Maladies professionnelles -(AT/MP) :

Reporter le numéro d'accident du travail indiqué par l'organisme d'assurance maladie ou la date de l'accident du travail si l'assuré n'a pas encore reçu la notification de celui-ci.

Accident causé par un tiers : afin de déterminer si les actes ont un lien avec un accident causé par un tiers, cocher une des cases « non » ou « oui » réservées à cet effet. Si la case « oui » est cochée, indiquer obligatoirement la date de l'accident. Ces informations, dont l'indication conditionne le remboursement des soins, sont à remplir suivant les indications du bénéficiaire des actes ou prestations, l'assuré est responsable de leur véracité (Décret n°399 du 28 avril 2003 et article R.161-42-4° modifié du code de la sécurité sociale).

L'établissement de santé doit informer la caisse dont relève l'assuré dans les trois mois suivant la date de la fin des soins (décret n°2004-1076 du 12.10.2004 - art D 376-1 et D 454-1 du code de la sécurité sociale).

Code exonération

Indiquer suivant le cas, le code correspondant à la non-exonération du ticket modérateur ou le code d'exonération correspondant.

A titre d'illustrations :

0 : pas d'exonération

C : pour les actes CCAM ce code indique l'exonération qu'entraîne un acte ou un cumul d'actes supérieur au seuil de 91 euros (quatre vingt onze) mentionné dans le décret du 30 mars 2005..

Pour le détail des différents codes : Voir annexe 9 du cahier des charges Normes B2 02-2003.

Règle d'exonération selon le seuil de 91 euros ou K > 50

Conformément au décret du 30 mars 2005 et à l'arrêté d'application qui doit paraître, l'exonération du ticket modérateur concerne les actes de la CCAM et les actes restant à la nomenclature générale des actes professionnels (N.G.A.P), thérapeutiques ou diagnostiques, qui sont affectés d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros ou d'un coefficient égal ou supérieur à K 50.

L'exonération concerne les actes de la CCAM et de la N.G.A.P, à l'exclusion des prothèses dentaires, les actes de biologie, et les actes d'anatomo-cytopathologie.

L'exonération ne s'applique pas au forfait journalier sauf dans les cas prévus par la loi.

L'acte = ou > au seuil de 91 euros ou à K 50 exonère l'ensemble des frais d'hospitalisation dans 2 cas :

- lorsque au cours d'une hospitalisation est effectué un acte thérapeutique dont le tarif est supérieur ou égal à 91 euros ou dont le coefficient est supérieur ou égal à K 50,
- lorsque l'hospitalisation est nécessaire à la sécurité des soins pour la réalisation ~~d'un acte diagnostique~~ dont le tarif est supérieur ou égal à **91 euros** ou le coefficient est égal ou supérieur à 50 ~~et~~ dont la réalisation nécessite un environnement de sécurité hospitalier (par exemple, lorsque l'investigation suppose l'administration d'une substance potentiellement dangereuse pour le patient). Ainsi, une anesthésie générale ou loco-régionale nécessite un environnement de sécurité, ~~tout acte diagnostique effectué sous anesthésie~~, dès lors que la somme des coefficients de l'acte et de l'anesthésie atteint ou dépasse 91 euros, entraîne l'exonération du séjour hospitalier..

Pour les conditions d'application se référer aux circulaires CNAMTS des 30/12/2003, 16/02/2004, 22/03/2004 et 17/09/2004 et au document Communication 2005 : adaptations pour une CCAM transitoire sur le site ameli.fr.

Indiquer le cas échéant, les actes qui sont en rapport avec l'article L. 115 du code des pensions militaires et qui de ce fait ne sont pas pris en compte par l'assurance maladie.

ZONE ② FACTURATION DES FRAIS DE SEJOUR ET DE SOINS

Frais de structure et de soins (1) et (2)

Cette partie du bordereau a été partagée en deux colonnes identiques (1) et (2) de manière à accroître la place qui est réservée aux frais de séjour et de soins.

Transfert

Le bordereau a été adapté pour prendre en compte les cas de transferts de malades sous la forme de colonne à remplir par des codes qui définissent selon les cas, la nature d'interruption ou de fin de séjour et le changement de lieu d'exécution des soins (code T = transfert, R = Retour, E = échange, P = présence, S = sortie, D= décès).

Ces codes sont déclinés selon que le séjour est facturé en GHS ou non :

1)- Facturation en Groupe Homogène de Séjour (G.H.S): différents cas de figures se présentent (cf. CDC B2 02.-2003 et 02.2003b NORME CP annexe 24).

☛ Si aucun transfert n'est réalisé par l'établissement A : A indique S (comme sortie)

☛ Si un changement de discipline est réalisé à l'intérieur du même établissement :

A indique P (pour présence). Les disciplines correspondent à la définition de l'article R.712-28 du code de la santé publique (décret n°2005-434 du 6 mars 2005). Il s'agit d'un changement de service sans impact sur la continuité du séjour.

☛ Si le transfert a une durée inférieure à 2 jours :

Le séjour du malade n'est pas interrompu, dans ce cas il n'y a qu'un support de facturation (S 3404) émis par A et contenant un seul GHS incluant la prestation de B. L'établissement A indique E (pour échanges de plateaux techniques) ainsi que le n° de l'établissement prestataire (1 ou 2). Il appartient à A de payer la prestation de B qui sera fixée contractuellement entre eux.

Cette règle admet les exceptions suivantes :

Dialyse : dans le cas particulier où B réalise une séance de dialyse chronique pour un patient hospitalisé en A, l'établissement B pourra facturer directement son forfait de séance de dialyse à la caisse et A facturera le GHS (qui n'inclut pas le forfait de séance).

Radiothérapie : possibilité de cumuler les actes avec un GHS.

L'établissement d'origine peut facturer, dans le cadre des prestations de moins de 2 jours, l'ensemble des prestations réalisées au cours du séjour du patient y compris celles pour lesquelles il n'est pas autorisé. Le coefficient correcteur qui s'applique est celui de l'établissement d'origine.

De même, l'établissement d'origine (A) peut facturer les produits Liste des Produits et Prestations et les médicaments facturables en sus et prescrits par l'établissement prestataire (B).

Soins de suite ou de réadaptation et psychiatrie : dans les cas d'échanges de prestations avec un établissement Médecine Chirurgie Obstétrique, chaque établissement émet une facture de sa prestation.

Hospitalisation à domicile : Les séjours inférieurs à 24 heures dans un établissement B n'interrompent pas le séjour GHT. Possibilité de cumuler un GHS et un GHT la même journée.

Chimiothérapie : possibilité de cumuler le GHS de chimiothérapie avec un autre GHS dans 2 établissements différents.

☛ Si le transfert est supérieur à 2 jours sans retour dans A :

Le séjour comprend deux épisodes de soins distincts. Il s'agit d'un transfert définitif, dans ce cas chaque établissement facture sa prestation séparément correspondant à sa période de soins. L'établissement A (à l'origine du séjour) indique T (pour transfert) et le N° de l'établissement prestataire (1 ou 2) et l'établissement B indique S (sortie définitive) et D si le malade est décédé. Dans le cas du décès du patient la date de sortie est égale à la date de décès.

PS: Pour les séjours GHT, toute absence du patient de son domicile qui inclut une nuitée dans un établissement de santé interrompt l'hospitalisation à domicile. (Guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile ANNEXE V- Page 10).

☛ Cas de transfert de plus de 2 jours avec retour dans A :

Dans ce cas, un troisième épisode est effectué par A qui indique T (transfert) et le N° de l'établissement destinataire (1 ou 2) au départ du malade et R (pour retour) et le N° de l'établissement qui a réalisé le retour (1 ou 2).

L'établissement B indique T (transfert) ainsi que le N° de l'établissement d'origine pour indiquer le transfert vers A.

Pour le troisième épisode de soins (retour dans le GHS de A) le tarif perçu par A sera minoré. La facturation de ce troisième épisode de soins, peut être effectué soit sur le bordereau du 1^{er} épisode (GHS de A minoré) soit sur un bordereau différent.

Si son retour dans l'établissement d'origine le patient décède, l'établissement doit indiquer D pour Décès.

2)- Facturation hors GHS (forfaits) et en Prix de journée :

Le code nature de fin de séjour peut prendre différentes valeurs (cf. CDC B2 NORME CP Type 3 et annexe 24).

Les codes nature d'interruption ou de sortie décrits doivent être remplis en relation avec le FINESS des établissements d'origine et prestataire. (Voir la rubrique de fin du bordereau S 3404).

Mode de traitement (hors TAA ou TAA hors GHS)

S'applique aux prestations délivrées en soins de suite et de réadaptation fonctionnelle et en psychiatrie qui restent facturées à la journée. (Hors TAA).

Indiquer les codes « mode d'hospitalisation » tels qu'ils sont énoncés par l'ANNEXE 13 du Cahier des Charges Normes B2 et fixés par la nomenclature nationale NODES. Ce code est mis à zéro pour la facturation GHS.

Exemples :

03 HOSPITALISATION COMPLETE AVEC HEBERGEMENT

06 HOSPITALISATION A DOMICILE

07 SOINS EXTERNES

10 ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES DANS LES STRUCTURES AUTORISEES

etc...

DMT

S'applique aux prestations délivrées en soins de suite et de réadaptation fonctionnelle et en psychiatrie qui restent facturées à la journée. Indiquer le code discipline médico-tarifaire conforme à la nomenclature du Ministère de la santé.

Les codes tarifs de dialyse de type Dxx sont associés à des DMT/MT correspondants.

Prestation

Indiquer la nature des prestations, y compris le forfait journalier du jour de sortie (voir quelques exemples ci-dessous) telle qu'elle figure dans l'ANNEXE 10 de la Norme B2 02-2003 sur Ameli.fr.

Les séances de dialyse sont codifiées dans le cadre de la T2A de D01 à D19.

Exemples

1- Pour les établissements exerçant les activités de M.C.O :

GHS (code prestation en MCO)

GHT (code prestation en hospitalisation à domicile)

EXH (code prestation complémentaire lorsque le séjour du malade est supérieur au seuil haut du GHS),

FFM (forfait frais de matériels)

SRA (code prestation du supplément journalier de réanimation facturable en sus du GHS)

SSC (code prestation du supplément journalier de surveillance continue facturable en sus du GHS)

REA (code prestation du supplément journalier de réanimation facturable dans une unité autorisée)

STF (code prestation du supplément journalier de soins intensifs facturable dans une unité reconnue)

SRC (code prestation du supplément journalier de surveillance continue facturable dans une unité reconnue)

Ces suppléments journaliers de réanimation, soins intensifs et de surveillance continue bénéficient de tarifs nationaux sur lesquels s'applique le coefficient M.C.O de l'établissement.

etc....

Attention : Pour les codes prestation REA, STF et SRC, dès qu'un établissement peut facturer l'un d'eux, il ne pourra pas facturer les prestations SRA et SSC.

N.B: La prestation d'urgence, ATU, qui rémunère chaque passage dans un service d'urgence d'un établissement autorisé à pratiquer cette activité, au titre de l'accueil et du traitement des urgences dans ce service, n'est pas cumulable avec une autre prestation d'hospitalisation (GHS).

De même, dans les établissements non autorisés à pratiquer l'accueil et le traitement des urgences, la prestation FFM, qui couvre les frais de petit matériel pour les soins réalisés sans anesthésie et inscrits à l'annexe 9 de l'arrêté du 31 janvier 2005 portant classification des prestations dans les disciplines de Médecine Chirurgie Obstétrique, ne peut pas être cumulée avec les prestations d'hospitalisation.

L'ensemble des codes prestations est mis à disposition des établissements par les organismes d'assurance maladie et figure en annexe 10 du CDC B2.

2- Pour les établissements exerçant les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie :

P.J = prix de journée en hospitalisation complète

PHJ = forfait pharmacie en hospitalisation complète

ENT = forfait d'entrée dû en hospitalisation complète

etc...

N° GHS /GHT

Chaque prestation GHS ou GHT doit comporter un numéro qui est donné par la table GHS ou GHT. Ce numéro doit être indiqué pour les suppléments qui accompagnent le GHS tels que EXH, SRA, SSC etc.; pour les autres prestations hors GHS : ne rien indiquer dans cette zone.

Période :

Facturation du GHS et de l'EXH : c'est la période correspondant à la date de début et date de fin du séjour pour la prestation GHS.

Pour la prestation EXH la date début sera égale à " date début GHS+ seuil haut ", la date de fin sera identique à la date de fin de GHS - 1 jour (si sortie définitive).

Pour les suppléments REA, SRC, STF, SRA, SSC, NN1, NN2, NN3 correspondant à l'hospitalisation du patient dans une unité ou un lit autorisé de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue, de soins particulièrement coûteux, de néonatalogie, la date de début est la date d'hospitalisation dans ces unités, la date de fin étant celle de la sortie définitive de ces unités.

N.B: Les suppléments ne sont pas facturés le jour de sortie du patient de ces services. Le jour de transfert du patient d'un service vers un autre service (exemple : de la REA à SRC) seule la prestation du service vers lequel est transféré le malade est facturée.

Exemple GHS : séjour de 40 jours, sortie définitive et seuil haut à 30 jours =

GHS du 01.03.2005 au 09.04.2005

EXH du 31.03.2005 au 08.04.2005

FJA du 09.04.2005 au 09.04.2005

En cas de transfert de moins de 48 heures (code transfert E) la période indiquée est identifiée comme un seul séjour donc inclut la période du transfert. En cas de transfert de plus de 48 heures avec ou sans retour vers A, chaque établissement facture la prestation qu'elle a délivrée et indique la période correspondant à la durée d'hospitalisation dans son établissement.(codes transferts T, R, S, D).

Facturation du GHT : c'est la période correspondant à la date de début et la date de fin du séjour pour la prestation GHT.

Le GHT est facturable pour chaque journée passée en hospitalisation à domicile.

Exemple GHT :

GHT0001 : du 01.03.2005 au 04.03.2005

GHT0002 : du 05.03.2005 au 10.03.2005

GHT0003 : du 11.03.2005 au 20.03.2005

Il n'y a pas d'EXH, ni de FJ en hospitalisation à domicile

Prestations hors TAA (facturation en PJ) : la date de début et de fin varie en fonction de la nature des prestations. Exemples : ENT dès lors que le patient est présent plus de 24 heures dans les disciplines Soins de Suite et de Réadaptation et PSY, SHO dès qu'il est présent plus de 24 heures et chaque fois qu'il est présent à zéro heure etc...). Les règles de remplissage sont précisées dans la Norme CP Type 3 du Cahier des Charges B2. Il n'y a pas de changement par rapport aux modalités existantes avant TAA.

Forfait Journalier hospitalier

Le forfait journalier se calcule toujours en déduction du montant du séjour. Les règles de facturation ne changent pas. Le forfait journalier hospitalier ne s'applique pas aux séjours en hospitalisation à domicile.

Le forfait journalier doit figurer sur le bordereau S 3404, qu'il soit à la charge de l'assuré ou d'un organisme de protection complémentaire ou pris en charge par le Régime au titre de la Maternité ou d'un AT -MP ou de l'article L. 115 du code des pensions militaires.

Il suit la prestation GHS ou PJ, son montant est inclus dans le montant facturé du GHS ou des PJ. La date de début du FJ est égale à la date de début de séjour en GHS ou PJ, la date de fin est égale à la date de fin de séjour en GHS ou PJ moins 1 jour s'il s'agit d'une sortie définitive (code transfert ou sortie = S, E, R ou D) ou égale à la date de fin si le code transfert est égal à P ou T.

La date de sortie en cas de décès du patient est égale à la date de décès. Le forfait journalier hospitalier ne s'applique pas.

Forfait journalier hospitalier du jour de "sortie"

Le forfait journalier du jour de sortie suit la même règle que le forfait journalier hôtelier quant à sa prise en charge. ~~Son montant n'est pas inclus dans la valeur du GHS ni des PJ.~~ Il est codifié,

FJA lorsqu'il est à la charge de l'assuré ou de son organisme de protection complémentaire ou,

FJR lorsqu'il est pris en charge par le régime ou,

FRL pour les bénéficiaires du régime local "Alsace-Moselle".

Les dates de début et de fin sont identiques et correspondent à la date définitive de fin d'hospitalisation.

Le forfait journalier du jour de sortie ne s'applique pas en cas de transfert inférieur ou supérieur à 48 heures. Le FJA n'est pas dû le jour de décès du patient.

N.B: Passage à la tarification à l'activité au 1^{er} mars 2005

Les séjours dont la date de sortie du patient est antérieure au 1^{er} mars 2005 seront facturés en P.J.

Les séjours dont la date de sortie du patient est égale ou postérieure au 1^{er} mars 2005 le seront en GHS.

Pour les établissements ayant établi une facture intermédiaire en P.J avant le 1^{er} mars et concernant les séjours longs (plus de 21 jours) , la suite du séjour devra être facturée en mode GHS dès lors que la date de sortie du patient sera égale ou postérieure au 1^{er} mars.

Un séjour GHS ne peut débuter avant le 15 février 2005. Une facture intermédiaire en P.J doit donc être effectuée pour tous les séjours débutant avant le 15 février 2005.

Toutes les prestations T2A sont acceptées au sein des logiciels de liquidation de l'assurance maladie à partir du 15 février 2005.

Ainsi, par exemple, pour un séjour en réanimation entre le 24 février et le 3 mars 2005, des suppléments SRA et SSC sont facturés sur toute la période du séjour, y compris pour la partie séjour comprise entre le 24 février et le 28 février.

Prix unitaire

Indiquer le prix unitaire de la prestation concernée.

Exemples : PU GHS \equiv 4000 euros ; P.J \equiv 120 euros ; GHT \equiv 100 euros correspondant à la facturation d'une prestation en hospitalisation à domicile.

Quantité

Indiquer le nombre de prestations servies.

La quantité pour la prestation GHS est toujours égale à 1 (principe d'un GHS par bordereau ou d'un GHS par ligne sur le même bordereau).

Pour les prestations liées à la journée de présence, la quantité est égale au nombre de journées donnant lieu à facturation durant le séjour ; ex : psychiatrie = 6, GHT1 = 8 (prestation journalière)

Pour les prestations liées à des actes (FSY etc..) la quantité est égale à 1.

Coefficient

Cette colonne est servie lorsqu'il y a lieu d'appliquer un coefficient réducteur à la prestation GHS (durée de séjour inférieure au seuil bas du GHS ou lors du retour du malade après le transfert); le coefficient réducteur ne s'applique pas aux suppléments journaliers tels que ceux de réanimation ou de surveillance continue.

Le coefficient réducteur ne s'applique pas lorsque le patient décède en cours de séjour GHS inférieur au seuil bas.

Montant facturé :

Pour les prestations hors GHS : Ce montant est le produit direct du "Prix Unitaire X Quantité" . Pour les prestations **GHS, EXH, SRA, SSC, REA, STF, SRC et SRC** la formule à appliquer devient : "Prix unitaire du GHS ou EXH, SRA, etc..... X quantité x coefficient M.C.O". Il est précisé que le montant du GHS inclut le montant du forfait journalier.

Pour le GHS dont la durée est inférieure au seuil bas : Prix unitaire GHS x Quantité x Coefficient réducteur x Coefficient MCO. Le coefficient réducteur ne s'applique pas aux suppléments journaliers.

Pour les prestations GHT (hospitalisation à domicile) : "Prix unitaire du GHT x Quantité x Coefficient HAD de l'établissement".

Pour les prestations Dxx de dialyse : "Prix unitaire du Dxx de l'établissement X quantité".

Pour la prestation FFM (petit matériel) : "Prix unitaire du FFM de l'établissement X quantité".

Code exonération :

C'est le code d'exonération applicable à la prestation compte tenu des motifs d'exonération listés en ANNEXE 9 du Cahier des Charges B2 du 02.2003. Le code exonération au niveau prestation (ligne) prévaut sur celui du niveau facture.

Sous total 1 : Indiquer le total des montants facturés "frais de structure et de soins (1)".

Sous total 2 : Indiquer le total des montants facturés "frais de structure et de soins (2)".

NB : Les ventilations effectuées précédemment dans l'ancien bordereau 615 et concernant les montants mis à la charge des organismes complémentaires ne figurent plus sur le nouveau bordereau S 3404 à destination des organismes d'assurance maladie obligatoire dans sa version papier. Mais cette part est maintenue dans la norme de transmission électronique. Ceci permettra de calculer et de payer le montant des parts complémentaires, notamment dans le cadre de la CMUC.

II- PARTIE MEDIANE

ZONE ③ FACTURATION DES PRODUITS LPP ET DES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES

Certains produits et prestations ainsi que certaines spécialités médicamenteuses délivrées au cours d'une hospitalisation sont facturables en sus des forfaits applicables dans les établissements de santé privés mentionnés aux d) et e) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale. Il s'agit :

- *Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie* et d'hospitalisation à domicile des médicaments et produits mentionnés au 1° de l'article R.162-32-1 du code de la sécurité sociale en application des dispositions de l'article L. 162-22-7 du même code et figurant sur des listes fixées par arrêtés des ministres compétents.
- *Pour les activités de soins de suite et de réadaptation et de rééducation et de psychiatrie*, des produits et des médicaments mentionnés aux c) et f) de l'article R.162-31-1 du code de la sécurité sociale et détaillés par l'arrêté du 31 janvier 2005 portant classification des prestations prises en charge pour les activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation.

1)- **Les produits de la LPP et les spécialités pharmaceutiques facturables en sus des séjours.**

1.1- **Les produits de la Liste des Produits et Prestations**

Pour la facturation de ces produits en sus des forfaits la copie des factures des fournisseurs doit être jointe ainsi que la prescription médicale et l'étiquette détachable portant le code barre, le code numérique et le libellé du produit, ou l'édition directe de ces informations sur la facture du produit. Toutefois, en dérogation de la règle précitée, la copie des factures des fournisseurs de produits de la Liste des Produits et Prestations mentionnés à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, n'est plus à adresser avec le bordereau de facturation depuis le 1^{er} juillet 2005 (date de publication de l'instruction ministérielle) mais conservée par l'établissement.

Prestations

Indiquer la nature de la prestation. Exemple : **PII** pour prothèses internes inertes ou **PME** pour prothèses mues par électricité etc...

N° GHS / GHT

L'indication du N° de GHS / GHT en face de la prestation délivrée permet de faire le lien avec le séjour du patient.

Numéro d'identification du prescripteur :

Indiquer le numéro d'identification du prescripteur figurant sur la prescription médicale.

Date de prescription : est identique pour une prescription quelle que soit la date de délivrance, et d'exécution.

Date d'implantation : cette indication est utile à plusieurs titres, elle conditionne les règles de facturation notamment lorsque l'implantation a lieu à un moment et en un lieu différents du séjour.

Libellé : donner le libellé réduit du produit tel qu'il apparaît dans la nomenclature LPP.

Code : code de référence LPP à 7 caractères correspondant au libellé et au produit réellement facturé (cf. nomenclature LPP).

ETI = Ecart sur TIPS indemnisable (code applicable en cas d'intéressement de l'établissement lorsque sa facture est inférieure au tarif de responsabilité conformément aux dispositions de l'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale).

La saisie du code ETI est effectuée selon les mêmes règles que celles relatives à l'acte d'appareillage auquel il se rapporte. Elle doit suivre immédiatement celle du code de prestation de référence.

Tarif de référence ou prix unitaire :

Ces notions correspondent au tarif de responsabilité figurant, pour la ligne de nomenclature considérée, à la Liste des Produits et Prestations. Il s'agit de la base de remboursement du produit par la caisse majorée du pourcentage affecté aux DOM.

Quantité :

Nombre d'unités de produits identiques délivrés au malade pour un même code.

Montant facturé :

Ce montant est le produit du prix facturé X la quantité. Lorsque les prix des produits sont fixés soit par convention entre le comité économique des produits de santé et le fabricant, soit par décision dudit comité (publiée au journal officiel), ce montant doit être inférieur ou égal au prix ainsi fixé (x par la quantité le cas échéant).

Pour l'ETI, le montant facturé est égal au produit : { Tarif de responsabilité - prix facturé } X quantité X pourcentage de l'écart indemnisable (fixé à 50% par l'arrêté du 9 mai 2005).

N.B : Le montant qui incombe aux régimes complémentaires n'apparaît pas sur le bordereau S 3404, mais la norme de production électronique continuera comme avant de véhiculer les informations y afférentes.

Code exonération :

Indiquer le code exonération applicable à la ligne de prestation si celui-ci est différent de celui indiqué dans la partie haute.

1.2- Les spécialités pharmaceutiques facturables en sus :

✓ Les médicaments délivrés pour les activités de psychiatrie et de Soins de Suite ou de Réadaptation :

Il s'agit des médicaments mentionnés aux c) , d) et f) de l'article R.162-31-1 du code de la sécurité sociale :

- les produits sanguins labiles (poches ou culots de sang) qui sont remboursés sur la base du prix d'achat TTC sans marge.
- Les médicaments dérivés du sang;
- les médicaments nécessaires au traitement de maladies préexistantes ou de pathologies différentes de celles qui motivent l'hospitalisation et survenues au cours de celle ci, faisant déjà l'objet d'une prise en charge médicale. La base de remboursement de ces médicaments est le produit du prix unitaire TTC X par la quantité effectivement délivrée au malade.

✓ Les spécialités pharmaceutiques facturées en sus des prestations hospitalières pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique Odontologie et d'hospitalisation à domicile.

Les spécialités onéreuses inscrites sur la liste fixée par arrêté prévu à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Pour la facturation de ces médicaments en sus des forfaits, la copie des factures des fournisseurs doit être jointe ainsi que la prescription médicale.

Prestations

Indiquer la nature de la prestation. C'est le code **PH8** qui doit être utilisé quel que soit le taux du séjour. Toutefois, dans l'attente de sa mise en œuvre il convient d'utiliser le code nature de prestation **PH1**.

N° GHS / GHT

L'indication du numéro de GHS ou de GHT en face de la prestation délivrée permet de faire le lien avec le séjour du patient.

Numéro d'identification du prescripteur

Indiquer le numéro d'identification du prescripteur figurant sur la prescription médicale.

Date de prescription

Est identique pour une prescription quelle que soit la date de délivrance et d'exécution.

Libellé

Indiquer le cas échéant **le coefficient de fractionnement x, xxxx** (cette indication sera requise à compter de la mise en œuvre du codage obligatoire du médicament en établissements de santé en 2006) et le libellé du produit délivré.

Code

Indiquer le code **U.C.D** du produit délivré.

Prix unitaire :

- Pour les médicaments pris en charge **dans les activités de psychiatrie et de Soins de Suite et Réadaptation**, les conditions de prise en charge telles que définies à l'article de l'arrêté du 31 janvier 2005 indiquent qu'il ne peut excéder le prix d'achat TTC par l'établissement.
- Pour les spécialités pharmaceutiques facturées en sus dans **les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et odontologie**, mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale, il s'agit du prix d'achat TTC. Conformément aux dispositions de l'article L.162-16-6 du CSS le prix ne doit pas dépasser le tarif de responsabilité déclaré publié au journal officiel avec, éventuellement, l'indication du montant de l'écart indemnisable dans la même colonne, sur la ligne immédiatement en-dessous. Ce prix est éventuellement majoré du pourcentage affecté aux DOM.

Ecart indemnisable

Code applicable en cas d'intéressement de l'établissement lorsque sa facture est inférieure au tarif de responsabilité comme prévu aux dispositions de l'article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale.

E.M.I = Ecart Médicament Indemnisable \equiv { tarif de responsabilité - prix d'achat TTC } X taux fixé par arrêté (arrêté du 9 mai 2005 fixant le taux à 50%). Dans ce cas, ce dernier montant est précédé de la mention "Ecart Indemnisable" dans la colonne libellé et de la nature de prestation EMI dans la colonne prestation.

Dans l'attente de la création de ce code, l'écart indemnisable devra être identifié sous le même code nature prestation que celui du médicament auquel il se rapporte soit, PH1 et à terme, PH8.

Quantité :

Indiquer pour chaque code UCD le nombre d'unités dispensées au patient. Dans l'attente de la mise en œuvre du codage du médicament en établissements de santé, la quantité est égale à 1 par défaut.

Montant facturé :

Le montant facturé est égal au : **Prix d'achat TTC X coefficient de fractionnement X quantité** (arrondi selon les règles communes d'arrondis).

Pour l'EMI, le montant facturé est égal au : {**Tarif de responsabilité - prix d'achat** } X quantité X **pourcentage de l'écart indemnisable** (fixé à 50% par l'arrêté du 9 mai 2005).

1.3- Mention des montants facturés

Sous-total 3

Indiquer le montant total facturé pour les prestations de la Liste des Produits et Prestations, la prestation lait maternel le cas échéant et les médicaments facturés en sus.

Sous total 1+2+3

Indiquer le montant total des prestations facturées en partie haute et médiane.

2- Les médicaments rétrocedés

Dans l'attente de la parution de l'arrêté fixant les modalités de facturation des médicaments rétrocedés, leur facturation doit intervenir via le bordereau S3404 selon les modalités suivantes :

Prestation

Les médicaments sont identifiés sous les codes nature de prestation **PHH** (100%), **PHS** (65%) et **PHQ** (35%).

La marge associée à chaque code UCD est identifiée sous la même nature de prestation que celle du code UCD. Le taux de remboursement de la marge est le même que celui du code UCD qui le précède.

Code

Indiquer le code UCD du produit délivré.

Prix unitaire

Il s'agit du prix d'achat TTC par l'établissement. Il constitue la base de remboursement.

Libellé

Indiquer le cas échéant, le coefficient de fractionnement : X,XXXX (cette indication sera requise à compter de la mise en œuvre du codage obligatoire du médicament en établissements de santé en 2006) et le libellé du produit délivré.

Montant facturé

Le montant facturé est égal au produit : (Prix d'achat TTC X coefficient de fractionnement X quantité - arrondi selon les règles communes d'arrondi). S'agissant du coefficient de fractionnement, sa mention ne sera requise qu'à compter de la mise en œuvre du codage obligatoire du médicament en établissements de santé.

Produits sanguins labiles (Uniquement dans les disciplines de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie) : la prescription médicale doit être jointe.

Prix unitaire :

Il s'agit de tarifs de cession fixés par arrêté ministériel. Il constitue la base de remboursement.

Médicaments dérivés du sang (dans les disciplines de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation et dans les disciplines de M.C.O quand ils sont inscrits sur la liste prévue à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale) : La prescription médicale doit être jointe.

Prix unitaire:

Il s'agit de prix d'achat TTC par l'établissement. Il constitue la base de remboursement.

Sous total 3 :

Indiquer le montant total facturé pour les prestations de la LPP, de la prestation lait maternel le cas échéant, des médicaments facturés en sus.

Sous total 1+2+3 :

Indiquer le montant total des prestations facturées en partie haute et médiane.

III- PARTIE BASSE

ZONE ④ RELEVÉ DES HONORAIRES D'ACTES MEDICAUX, PARA-MEDICAUX ET DE LABORATOIRES

La facturation doit être accompagnée de la prescription médicale manuscrite et personnalisée pour les actes qui en nécessitent, exemple : actes de biologie, kinésithérapie etc..... Ce relevé se substitue aux feuilles de soins pré-identifiées pour les actes faisant l'objet de la dispense d'avance des frais.

Transfert : voir les observations de codification citées dans la partie séjour.

Numéro de case

Indiquer le numéro de la case (partie droite du relevé des honoraires) dans laquelle figure la signature du praticien ou de l'auxiliaire médical(e) ayant effectué l'acte.

Numéro d'identification du prescripteur

Indiquer le numéro figurant sur la prescription médicale

Spécialité

Indiquer le code spécialité du prescripteur (deux caractères)

Numéro d'identification de l'exécutant : Indiquer le numéro du praticien exécutant de l'acte.

Spécialité :

Indiquer le code spécialité du praticien exécutant de l'acte.

Date des actes

Indiquer la date à laquelle l'acte a été réalisé. Une facturation complémentaire peut être demandée si l'établissement ne dispose pas de l'ensemble des informations au moment de la facturation du séjour.

Date de prescription

L'indication de la date de la prescription médicale est indispensable pour le droit au remboursement pour les actes qui le nécessitent, exemple : actes de biologie, kinésithérapie etc.....

N° DU GHS / GHT

Cette indication permet d'établir le lien avec le séjour du malade.

Actes effectués

Code de l'acte ou lettre-clé

Lettre-clé : concerne les actes inscrits à la NGAP ou à la NABM : indiquer la lettre-clé telle qu'elle figure dans ces nomenclatures. Exemple : B

Code de l'acte : Après la parution de l'arrêté ministériel mettant en œuvre le codage de la CCAM, les actes inscrits à la CCAM sont désignés par leurs numéros de code à 7 caractères. Il convient d'utiliser une ligne par code.

Le code du(des) geste(s) complémentaire(s) ou supplément(s) doit être inscrit à la suite (ligne en dessous) de l'acte principal auquel il se rapporte.

Les 3 rubriques suivantes concernent uniquement les actes inscrits à la CCAM.

Activité

Indiquer le code activité (1, par défaut)

Phase

Indiquer le code phase de traitement (zéro, par défaut)

Ext.doc

Indiquer le code extension documentaire (rien, par défaut)

Eléments de Tarification

La colonne « éléments de tarification » est divisée en deux parties :

1- Modificateurs :

Cette colonne reçoit les codes des modificateurs (rien, par défaut) pour les actes inscrits à la CCAM et les majorations de nuit et de dimanche et jour férié pour les actes inscrits à la NGAP et NABM. Les éventuels modificateurs ou majorations doivent être inscrits sur la même ligne que le code acte auquel ils s'appliquent.

Autres :

Cette colonne, réservée aux actes inscrits à la CCAM reçoit, dans l'ordre, le code association non répertoriée (sur 1 caractère) et le code remboursement exceptionnel (sur 1 caractère : X si oui ; N si Non ; rien, par défaut).

Nota : la partie " éléments de tarification " reçoit les codes des actes de biologie médicale. Chaque code est séparé du suivant par un espace. Cependant les codes de biologie facturés lors d'un séjour sont parfois très nombreux et occupent alors un espace très important sur le relevé. Les établissements peuvent donc choisir de ne pas indiquer les codes de biologie sur le relevé, mais doivent alors fournir, en parallèle, les feuilles de soins pré-identifiées du laboratoire qui comprennent toutes les informations nécessaires (dont les codes d'actes).

Quantité ou coefficient

Indiquer le coefficient de l'acte réalisé. Pour les actes en série, indiquer la date, la quantité et le coefficient de l'acte réalisé.

Exemple 5AMC 4 :

01.01.2004 AMC quantité 1, coefficient 4,

03.01.2004 AMC quantité 1, coefficient 4, etc...

Nota : pour les actes de biologie médicale le coefficient correspond au coefficient global (cumul des coefficients des codes NABM indiqués dans la colonne « éléments de tarification ») des examens réalisés à une date donnée.

Honoraires facturés

Indiquer le montant des honoraires (y compris les éventuels modificateurs ; suppléments pour nuit, dimanche et jour férié ; les dépassements ainsi que les actes hors nomenclature).

Dépassement d'honoraires

Indiquer le motif du dépassement (DE, DP ..)

Codes d'exonération

Indiquer ligne à ligne le code exonération correspondant. (Cf. CDC B2 02-2003 annexe 9).

Sous-total 4

Indiquer le montant total facturé (total des honoraires y compris les modificateurs ou suppléments pour nuit, jour férié et dimanche, les dépassements et les actes hors nomenclature).

ZONE 5 INFORMATIONS SUR LES TRANSFERTS ET LES SIGNATURES

Transfert

Indiquer le numéro FINESS de l'établissement vers lequel le malade a été transféré provisoirement (Durée < 48hs) transferts provisoires 1 et 2 ou vers lequel le malade a été transféré pour une durée > à 48hs. L'établissement 1 est le premier établissement de transfert, l'établissement 2 le deuxième établissement de transfert du malade.

Mandataires

Indiquer les nom et prénom du (des) mandataire(s) choisi(s) par les professionnels libéraux exerçant dans l'établissement et la (les) domiciliation(s) bancaire(s) de ces comptes mandataires.

Dans le cas d'un transfert inférieur à 2 jours, les honoraires seront versés à l'établissement prestataire par le biais du n° FINESS de l'établissement de transfert sous lequel figure les coordonnées de l'association dispensatrice de soins.

Montant total facturé

Indiquer le total cumulé de l'ensemble de la facture (sous-total 1 + sous-total 2 + sous-total 3 + sous-total 4).

L'assuré n'a pas payé la part obligatoire

Cette case est à cocher lorsque l'assuré a bénéficié de la dispense d'avance des frais pour la part prise en charge par son organisme d'assurance maladie obligatoire.

L'assuré n'a pas payé la part complémentaire

Cette case est à cocher lorsque l'assuré n'a pas payé la part prise en charge par son organisme d'assurance complémentaire.

Signatures :

Du directeur de l'établissement

La signature du Directeur de l'établissement ou de son représentant agréé atteste de l'exécution des prestations servies et des informations de séjour transmises. En cas de paiement direct par l'assuré, cette signature atteste également le paiement de l'assuré.

Des praticiens et auxiliaires médicaux

La signature atteste de l'exécution des actes, de l'exactitude du montant total des honoraires facturés et de la dispense d'avance des frais.

AVIS IMPORTANT

Lorsque la facturation ne peut être signée (même partiellement) à la sortie du malade, un imprimé comportant :

la date d'élaboration

l'identification de l'établissement

les références date d'entrée et de sortie et heure de sortie.

l'identification du bénéficiaire des soins et de l'assuré(e)

la signature de l'assuré(e) si le patient est mineur ou sous tutelle sinon, signature du patient.

la signature du directeur de l'établissement,

doit être établi.

Il doit être joint à la facturation effectuée ultérieurement qui sera adressée à l'organisme d'assurance maladie obligatoire.

Le bordereau S 3404 papier ne comportant qu'un seul exemplaire (original), une copie de ce bordereau peut être réalisée pour les besoins de l'organisme du régime obligatoire ou de l'établissement. Le patient, assuré ou bénéficiaire de soins, peut en être également le destinataire à titre personnel et exclusif, à l'exclusion de tout autre organisme tiers, notamment les organismes assurant la couverture complémentaire.

Le bordereau S 3404 est disponible en mode téléchargement par les établissements lesquels s'engagent, lorsqu'ils sont amenés à en délivrer des copies, à y porter les mentions expresses « DUPLICATA » et « Réservé au strict usage du patient ».
