

**SERVICES ET ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX
RECEVANT DES ENFANTS ET DES ADULTES HANDICAPES
MODE OPERATOIRE
DU BORDEREAU DE FACTURATION**

ATTENTION, LE BON REMPLISSAGE DES RUBRIQUES DE CE FORMULAIRE CONDITIONNE LE REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE.

Date d'élaboration

Elle correspond selon le choix de l'établissement, à la date de paiement par l'assuré de la part restant éventuellement à sa charge ou bien à la date à laquelle le dernier acte effectué ou la dernière prestation servie par l'établissement a été présenté à remboursement.

Identification de l'établissement ou du service

Indiquer le nom et l'adresse de l'établissement ou du service.

Indiquer le numéro FINESS géographique de l'établissement ou du service, en clair ou sous forme de code à barres.

Références

Indiquer les références, il s'agit de :

n° de lot : c'est le numéro du lot dans lequel la facture est adressée pour remboursement.

n° de facture : c'est le numéro de la facture.

n° d'entrée : 9 caractères.

n° de feuillet : 1 pour la facture initiale, 2, 3,... pour les suites de facture (lorsqu'un bordereau de facturation est insuffisant).

Signature du bénéficiaire des soins

La signature manuscrite du bénéficiaire des soins atteste l'exactitude des informations le concernant et relatives au séjour.

Lorsque le bénéficiaire des soins n'est pas en état d'exprimer sa volonté la case absence de signature doit être cochée par l'établissement.

Le bénéficiaire des soins

Indiquer son nom de naissance et son prénom, suivi s'il y a lieu de son nom d'usage (exemple : nom d'époux).

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

Le code organisme de rattachement figure dans la carte vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Indiquer sa date d'entrée, et le cas échéant sa date de sortie définitive ou sa présence dans l'établissement à la date d'élaboration de la facture.

L'assuré(e) (s'il n'est pas le bénéficiaire des soins)

Indiquer son nom patronymique et son prénom, suivi s'il y a lieu de son nom d'usage.

Indiquer son numéro d'immatriculation.

Indiquer l'adresse de l'assuré(e) en cas de changement de domicile ou de caisse d'affiliation.

Conditions particulières de prise en charge du bénéficiaire des soins

Cocher la case correspondante.

Accident du travail-maladie professionnelle

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle indiquer le numéro de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle ou à défaut la date de cet accident ou la date à laquelle cette maladie a été médicalement constatée.

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". Si la case "oui" est cochée indiquer obligatoirement la date de l'accident. Ces informations sont à remplir suivant les indications du malade. Elles permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à cet accident auprès de l'assureur concerné.

Soins en rapport avec l'article L 115 du code des pensions civiles et militaires

Indiquer, le cas échéant, si les actes sont en rapport avec l'article L 115 du code des pensions civiles et militaires.

Frais de structure et de soins

Le tableau permettant la facturation des frais de structure et de soins est dédoublé dans le sens de la largeur afin de multiplier le nombre de lignes nécessaires à cette facturation. Lorsque la partie gauche est complète, passer à la partie droite.

Mode de traitement (MT)

Indiquer le mode d'accueil

- 11 internat
- 13 semi-internat
- 14 externat
- 15 placement familial d'accueil
- 16 prestations à domicile ou milieu ouvert

DMT

Indiquer la discipline médico-tarifaire

Prestation

Indiquer la nature de prestations, y compris lorsqu'il s'agit du forfait journalier.

L'ensemble des codes sont mis à disposition des établissements par les organismes d'assurance maladie.

L'établissement doit servir les rubriques MT/DMT et nature de prestations selon les consignes communiquées par la caisse régionale au regard des arrêtés préfectoraux d'autorisation et de tarification.

Période

Préciser la période de séjour continue. Pour des séances qui n'ont pas lieu tous les jours, préciser la date de chaque séance.

Prix unitaire

Indiquer le prix unitaire de la prestation servie.

Quantité

Indiquer le nombre de prestations servies.

Montant facturé

Indiquer le montant facturé correspondant à la prestation servie

Sous-total 1 et sous-total 2

Indiquer le total des montants facturés dans la première partie du tableau et ceux facturés dans la deuxième partie.

Montant total facturé

Indiquer le montant total facturé (sous-total 1 + sous-total 2, le cas échéant)

L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

Cette case est à cocher lorsque l'assuré(e) a bénéficié de la dispense d'avance de 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(e) n'a pas payé la part prise en charge par son organisme d'assurance complémentaire.

Signature du directeur de l'établissement (ou de son représentant)

Elle atteste de l'exécution des actes, de la fourniture des prestations servies et des informations transmises. En cas de paiement direct, cette signature atteste également du paiement de l'assuré(e).

NOTA

La liste des services et établissements médico-sociaux pour lesquels l'imprimé de facturation S 3800 Cerfa n° 11495*02 doit être établi, figure ci-dessous.

Références juridiques des établissements et services médico-sociaux soumis au financement/assurance maladie – tarification préfectorale par prix de journée

1. Etablissements et services enfants et adolescents handicapés

Dénomination	Textes de références
<ul style="list-style-type: none">Etablissements et services (SAFED, SSEFIS) prenant en charge des enfants et adolescents atteints de déficience auditive grave ou de cécité (annexe XXIV quater)Etablissement et services (SAFED, SAAAIS) prenant en charge des enfants et adolescents atteints de déficience visuelle grave ou de cécité (annexe XXIV quinquies)	<ul style="list-style-type: none">Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales – Art. 3Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapéesArticle L 321-1 du code de la sécurité socialeDécret n° 88-423 du 22 avril 1988 remplaçant les annexes XXIV quater au décret du 9 mars 1956 modifiéDécret n° 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis, XXIV ter au décret du 9 mars 1956
<ul style="list-style-type: none">Etablissements et services (SESSAD) prenant en charge les enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés : annexe XXIVEtablissements et services (SESSAD) prenant en charge les enfants ou adolescents présentant des déficiences motrices : annexe XXIV bisEtablissements et services (SSAD) prenant en charge les enfants ou adolescents polyhandicapés : annexe XXIV terCentres médico-psycho-pédagogiques (forfait-séance)	<ul style="list-style-type: none">Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-socialesLoi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapéesArticle L 321-1 du code de la sécurité socialeDécret n° 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis, XXIV ter au décret du 9 mars 1956Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales ou médico-socialesLoi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapéesArticle L 321-1 du code de la sécurité socialeAnnexe XXXII modifiée par le décret n° 6-146 du 18 février 1963, au décret du 9 mars 1956 modifiéCirculaire n° 35 bis du 16 avril 1964Circulaire n° 126 du 6 décembre 1985
<ul style="list-style-type: none">Centres de diagnostic et de traitement des Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) Système de tarification : cf CMPP	<ul style="list-style-type: none">Annexes XXXIII (décret n° 64-1202 du 25 novembre 1964 au décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié

2. Etablissements médico-sociaux pour adultes handicapés

<ul style="list-style-type: none">• Maison d'accueil spécialisées	<ul style="list-style-type: none">• Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales – Art. 3• Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées – Art. 46• Décret n° 78-1211 du 28 décembre 1978 portant application des dispositions de l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975
<ul style="list-style-type: none">• Foyer à double tarification	<ul style="list-style-type: none">• Circulaire n° 86-6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes lourdement handicapés
<ul style="list-style-type: none">• Centres de préorientation et centres d'éducation ou de rééducation professionnelle	<ul style="list-style-type: none">• Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales – Art. 3• Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées• Décret n° 95-571 du 6 mai 1995 relatif aux centres de préorientation et centres d'éducation ou de rééducation et portant modification du code du travail et du code de la sécurité sociale