

LES PIÈCES JUSTIFICATIVES

La CPAM s'engage sur un paiement des Feuilles de Soins Électroniques dans un délai de 7 jours.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont pour obligation de transmettre la prescription associée le plus rapidement possible, dans un délai maximum de 30 jours. À défaut de cette obligation, la caisse est en droit de refuser le paiement ou d'en demander le remboursement.

Pour justifier les paiements, la CPAM doit s'assurer de la réception effective des pièces justificatives. Ci-après les actions menées :

- À J+30 : envoi d'un 1er courrier pour réclamer le lot de PJ non réceptionné
- À J+45 : relance à la suite de la non-réception des PJ malgré l'envoi d'un 1er courrier
- À J+60 : indu au professionnel de santé (y compris pour les paiements assurés)

La numérisation des pièces justificatives via SCOR optimise l'envoi et leur délai de réception.

Quels sont les avantages de SCOR ?

- Un gain de temps et des économies de frais de gestion
- Une réelle traçabilité
- La pièce numérique a la même valeur juridique et comptable que l'original papier

Les bonnes pratiques de SCOR :

- Scanner en priorité l'original de la prescription et non le volet duplicat
- S'assurer que l'ensemble des informations soit retranscrit sur le volet numérisé
- La prescription est établie sur plusieurs pages : elles doivent toutes être scannées
- Les actes factures correspondent à plusieurs prescriptions : chaque prescription doit être scannée avec la facture
- L'ordonnance ne doit pas être tronquée

Rapprochez-vous de votre éditeur de logiciel et/ou du DNS afin d'activer ce service

 Mme TIJOU Amélie - Dns49.cpam-maine-et-loire@assurance-maladie.fr

MÉMO

MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE : FACTURATION - REJET

Ce mémo a été conçu dans l'objectif de vous apporter des informations utiles à une facturation de qualité

QUELQUES BONNES PRATIQUES



- Je respecte les informations contenues dans la carte vitale du patient, je l'invite à la mettre à jour une fois par an et à chaque changement de situation
- Je fiabilise ma facturation avec ADRI (Acquisition des Droits Intégrés)
- Je procède à la vérification des droits sur Amelipro ou sur l'attestation de droits en l'absence de carte Vitale et de consultation ADRI
- Je vérifie que les bases de données de mon logiciel sont à jour

Ne pas jeter sur la voie publique - Imprimé par Loire Impression, Saumur

1. Les principaux rejets en télétransmission pour la catégorie des masseurs-kinésithérapeutes

Numéro du rejet	Libellé rejet
0315 068	Date d'accident du travail approchant à N jour
0317 051	Incompatibilité nature d'assurance / régime
0450 056	L'exonération du ticket modérateur connue au référentiel n'a pas été transmise
0450 072	Situation d'exonération inconnue pour le bénéficiaire
0460 051	Le prescripteur est inconnu au fichier national des professionnels de santé
0460 054	Incompatibilité prescripteur / nature de prestation
0480 054	Facture TP Complémentaire incompatible avec le type de contrat
0540 057	Incompatibilité nature de prestation / frais de déplacement
1400 069	ETM* connue en BDO* mais non transmise en flux SESAM

*ETM : Exonération du ticket modérateur, *BDO : Base de données opérantes.

2. Comment éviter les rejets les plus fréquents ?

Trois catégories de rejets principaux :

➔ **Les rejets liés à la situation de l'assuré** (ex : 0317 051, 0450 056, 0450 072, 0480 054, 1400 069)

Pour vous aider, veuillez trouver ci-après :

Le tableau des exonérations et des modulations du ticket modérateur

Situation d'exonération / modulation du TM	Taux de prise en charge	Bénéficiaire de l'exonération	Code exonération	Nature d'assurance	Elément supplémentaire
En rapport avec un régime exonérant	Régime Invalide Rente AT	100 %	Assuré ou Bénéficiaire	5	10
En rapport avec une pathologie	ALD Affection de Longue Durée	100 %	Bénéficiaire : soins conformes au protocole ALD	4	10
	Article 115	100 %	Assuré ou Bénéficiaire exonéré	5	10
	Stérilité Post ALD	100 %	Bénéficiaire des soins	3	10
En rapport avec une nature d'assurance	Maternité	100 %	Assuré	0	30
	Accident du Travail (AT)	100 %	Assuré	0	41
Modulation du TM	Régime Local Alsace-Moselle	90%	Assuré ou Bénéficiaire	0	13
	FSV ou FSI (ex : Fond National de Solidarité)	80%	Assuré ou Bénéficiaire	9	10
	AME	100% PART COMPLEMENTAIRE	Assuré ou bénéficiaire		

Les liens utiles sur ameli.fr pour [les modalités et règles de facturation en tiers payant](#) (affection de longue durée, maternité, Complémentaire santé solidaire)



Quelques rappels

- **En flux sécurisé** : la carte Vitale du patient doit être actualisée à chaque changement de situation. N'hésitez pas à rappeler au patient d'effectuer la mise à jour en pharmacie.
- **En flux non sécurisé** : consultez ADRI (Acquisition des DRoits Intégrés), amelipro ou à défaut l'attestation de droits papier ou leur smartphone.



www.sesam-vitale.fr/adri

Le téléservice **Acquisition des DRoits intégrée (ADRI)** permet aux professionnels de santé d'acquies les informations concernant la situation médico-administrative d'un bénéficiaire de soins nécessaires à l'élaboration d'une facture.

Avec ADRI :

- Vous diminuez le nombre de factures rejetées, lié aux droits d'assurance Maladie des assurés. Un gain de temps administratif et financier.
- En l'absence de la carte Vitale de l'assuré : votre logiciel vous offre la possibilité de récupérer les droits de l'assuré directement dans les bases de données de l'Assurance Maladie.
- En l'absence de carte Vitale à jour de l'assuré : votre logiciel le détecte automatiquement et va récupérer ses droits en ligne.

Rapprochez-vous de votre éditeur de logiciel et/ou de votre Délégué Numérique en Santé afin d'activer systématiquement ce service :

Mme TIJOU Amélie ✉ Dns49.cpam-maine-et-loire@assurance-maladie.fr



Points de vigilance

Sur les bénéficiaires des soins :

- La date de naissance ;
- Le rang de naissance (= 1, 2 si jumeaux ou 3...)
- L'organisme de rattachement.

➔ Les rejets liés au numéro de prescripteur

0460 051	LE PRESCRIPTEUR EST INCONNU AU FICHIER NATIONAL DES PROFESSIONNELS DE SANTE
0470 049	PRESCRIPTION INTERDITE A CETTE DATE

Quelques conseils

Pour améliorer la qualité des flux

Le médecin prescripteur est **salarié** d'un établissement

Saisir le n° FINESS de l'entité géographique de l'établissement.
Pour rappel, le numéro RPPS du prescripteur hospitalier est obligatoire et figure sur la prescription (ou le n° RPPS du chef de service pour les internes).



Ce site vous permet de chercher le numéro des différents établissements.

Le médecin prescripteur est un **remplaçant**

Vous devez saisir le numéro Assurance Maladie du professionnel de santé remplacé

Sur les numéros de prescripteurs

Le **numéro de prescripteur** indiqué sur vos feuilles de soins **doit impérativement être celui qui figure sur l'ordonnance du prescripteur.**

A défaut de lisibilité du numéro du prescripteur sur l'ordonnance, il vous appartient de **vous rapprocher du prescripteur** pour être en mesure d'indiquer le numéro d'identification de ce dernier. En l'absence de numéro du prescripteur, la facturation sera retournée.

L'utilisation d'un **numéro fictif** est possible mais correspond à une situation très **exceptionnelle** et doit être **limitée aux cas précis cités ci-dessous et fixés réglementairement** => merci de vous rapprocher de la CPTS afin d'obtenir les numéros correspondants.

- Prescription de médecin retraité
- Prescription de médecin généraliste salarié ou remplaçant susceptible de prescrire à titre privé (médecin du travail, médecin associatif, médecin de PMI, médecin scolaire et universitaire...)
- Prescription de médecin spécialiste salarié ou remplaçant susceptible de prescrire à titre privé (médecin du travail, médecin associatif, médecin de PMI, médecin scolaire et universitaire...)
- Prescription de médecin membre UE
- Prescription de chirurgien-dentiste retraité

LISTE DE NUMÉROS D'ÉTABLISSEMENTS du Maine et Loire et limitrophes	
CHU ANGERS	490000049
CESAME	490000106
CENTRE PAUL PAPIN	490000155
CHU CHOLET	490000635
CHU SAUMUR	490001765
POLYCLINIQUE DU PARC	490002037
CENTRE HEMODIALYSE - BOCQUEL	490007499
VILLAGE SANTE SAINT LEONARD	490015906
SSIAD SERVICE SANTE CHOLETAIS	490532041
CENTRE LES CAPUCINS	490537040
ASSOCIATION LIGERIEENNE D'ADDICTOLOGIE	490537248
CENTRE DE SANTE TRELAZE	490538592
CHU TOURS	370000861
CHU NANTES	440000271
CHU ANCENIS	440000396
ECHO NANTES	440005080
HAUT ANJOU	530000017
POLE SANTE SARTHE	720016179

La facturation des prestations à l'Assurance Maladie en FSE (Feuille de Soins Electronique) est une obligation prévue à l'article L161-35 du code de la Sécurité Sociale, sous peine de sanction conventionnelle en cas de manquement à cette obligation.

La facturation via la feuille de soins sur support papier (FSP) est possible, mais il s'agit désormais d'une procédure exceptionnelle :

- En cas de non présentation de la carte vitale par l'assuré,
- En dernier ressort, en cas d'échec de la réémission d'une FSE (article R161-47 du CSS, IIIème),
- Lorsque l'original d'une FSP n'est pas parvenu à l'organisme d'assurance maladie obligatoire dont relève l'assuré.

Les délais de télétransmission par voie électronique :

- Vous disposez d'un délai de 3 jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré ou de 8 jours ouvrés* en cas de dispense d'avance de frais (donc de tiers payant) pour télétransmettre vos Feuilles de Soins Electroniques (FSE) à l'Assurance Maladie
- Ce délai court à partir de la réalisation de l'acte si celui-ci est unique, ou à partir du dernier acte présenté au remboursement dans le cadre de la prescription d'une série d'actes. Pour des actes en série, il est recommandé d'envoyer rapidement et régulièrement vos factures en télétransmission sans attendre le dernier soin pour vous permettre un meilleur suivi des actes déjà facturés auprès de l'Assurance Maladie.

Différents éditeurs de logiciels vous permettent de mettre en place la télétransmission et vous permettront aussi de mettre en place des logiciels annexés (ADRI, SCOR) qui vous permettront des gains de temps, économies de frais d'envois postaux ...

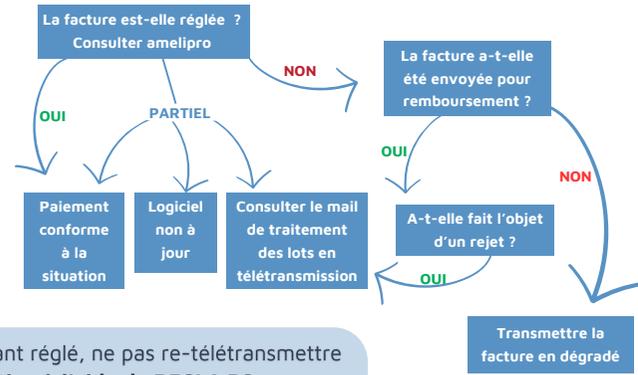
➔ **L'EXPLOITATION DES REJETS**

Après chaque validation de vos flux, la CPAM vous adresse un courriel concernant le traitement des lots reçus.

Dans ce mail figurent les dossiers rejetés avec des informations vous permettant de retraiter ces dossiers.

Il est nécessaire d'actualiser vos données et les fiches de vos patients dans votre logiciel à l'aide :

- de l'éditeur de logiciel (mise à jour tarif...)
- des interlocuteurs de l'Assurance Maladie



ATTENTION : Ne pas formuler de réclamations sans avoir au préalable consulté les retours du traitement des lots