



À L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Articles L.212-1
et L.213-1
du CPMIVG

GUIDE PRATIQUE



DIP-SRC-PCP – Janvier 2024

GUIDE PRATIQUE À L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le Département soins et suivi du blessé et du pensionné (DSBP) de la CNMSS assure, au nom et pour le compte de l'Etat, la gestion des dossiers de soins et d'appareillage des titulaires de pensions d'invalidité attribuées au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG), dès lors qu'ils sont en relation médicale directe avec leurs infirmités pensionnées.

Ce code, élaboré au lendemain des deux guerres mondiales, établit le droit à réparation due, par l'Etat, aux victimes de tous faits de guerre, de services ou d'actes de terrorisme.

À l'occasion de sa refonte intervenue au 1^{er} janvier 2017 :

- **l'article L.115 est devenu l'article L.212-1 :**

« Les invalides pensionnés au titre du présent code ont droit aux prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement l'ensemble des séquelles résultant de la blessure ou de la maladie pensionnée.

Les soins, produits et prestations pris en charge par l'Etat sont ceux prévus aux articles L.162-1-7, L.162-17 et L.165-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions définies par ces articles ou par les dispositions du présent code ».

- **l'article L.128 est devenu l'article L.213-1 :**

« Les invalides pensionnés au titre du présent code ont droit aux appareils, produits et prestations nécessités par les infirmités qui ont motivé leur pension. Les appareils sont fournis, réparés et remplacés aux frais de l'Etat dans les conditions prévues par le présent code, tant que l'infirmité en cause nécessite l'appareillage.

Les produits et prestations pris en charge par l'Etat sont ceux prévus à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions définies par cet article ou par les dispositions du présent code ».

Le présent guide a été conçu pour vous apporter des précisions sur cette législation spécifique, distincte de celle de l'assurance maladie, notamment concernant la facturation et la prise en charge des actes que vous dispensez ou des prestations que vous servez aux bénéficiaires des dispositions des articles L.212-1 et L.213-1 du CPMIVG.

Le Directeur de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale
Thierry BARRANDON

Contacts :
CNMSS/DSBP
247 avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9 www.cnmss.fr 04 94 16 96 20

+ La Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS)	3
+ Les soins dispensés au titre de l'article L.212-1 du CPMIVG	4
▪ De quoi s'agit-il ?	
▪ Les bénéficiaires	
+ Les prestations	6
▪ Quelles sont les modalités de prise en charge des prestations de soins ?	
▪ À qui dois-je adresser ma facturation ?	
+ L'accord préalable du service du contrôle médical	8
+ Ma facturation via SESAM Vitale	10
+ Ma facturation sur une feuille de soins « papier »	12
+ Mes relevés de paiement via amelipro	13
+ La facturation en pratique :	
▪ Je suis médecin généraliste ou spécialiste	14
▪ Je suis dentiste ou chirurgien-dentiste	16
▪ Je suis pharmacien	17
▪ Je suis auxiliaire médical	19
▪ Je suis transporteur	21
▪ Je suis un laboratoire d'analyse médicale	22
▪ Je suis fournisseur d'appareillage	23
▪ Je suis audioprothésiste	25
▪ Je suis opticien	27



LA CAISSE NATIONALE MILITAIRE DE SÉCURITÉ SOCIALE (CNMSS)

Implantée sur Toulon, la CNMSS, établissement public national à caractère administratif a, pour **mission essentielle**, la gestion du régime d'assurance maladie-maternité au bénéfice des assurés militaires et de leurs ayants droit.

Son activité s'articule autour de trois grandes missions :

- le versement des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité,
- l'action sanitaire et sociale en faveur de ses bénéficiaires,
- les actions de prévention, notamment les actions nationales auxquelles elle s'associe.

La CNMSS exerce également **des missions qui lui ont été déléguées par le ministre des Armées**, notamment la gestion des dossiers de soins dispensés au bénéfice des titulaires d'une pension d'invalidité concédée au titre du CPMIVG.

Ainsi, le Département soins et suivi du blessé et du pensionné (DSBP) de la CNMSS assure, au nom et pour le compte de l'Etat – ministère des Armées, la gestion des prestations de soins et d'appareillage dues aux bénéficiaires des articles L.212-1 et L.213-1 du CPMIVG.



LES SOINS DISPENSÉS AU TITRE DE L'ARTICLE L.212-1 DU CPMIVG

DE QUOI S'AGIT-IL ?

La prise en charge des prestations de soins ou d'appareillage en lien avec les infirmités pensionnées des titulaires d'une pension d'invalidité, concédée **au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG)**, relève d'une législation particulière, totalement distincte de celle de l'assurance maladie.

Il s'agit d'un dispositif fondé sur la loi du 31 mars 1919, qui reconnaît **un droit à réparation par l'Etat** aux victimes de tous faits de guerre et de service, dispositif qui a par la suite été étendu aux victimes d'actes de terrorisme.

Les articles L.212-1 et L.213-1 du code précité posent le principe de la prise en charge, par l'Etat, des soins et des prestations d'appareillage :

- **pour les victimes** (militaires, anciens combattants, victimes civiles de guerre) **titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du CPMIVG**,
- **si, et seulement si**, les soins ou prestations sont liés à leurs infirmités pensionnées.

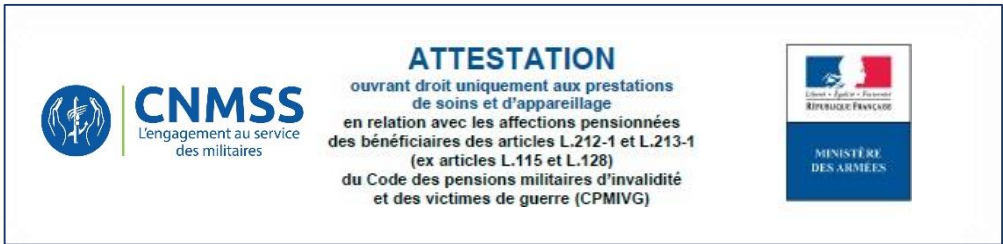
Ne pas confondre la prise en charge des soins dispensés au titre de l'article L.212-1 du CPMIVG avec la complémentaire santé solidaire (C2S) ou l'Aide Médicale de l'Etat (AME).



LES BÉNÉFICIAIRES

Mon patient **doit être titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du CPMIVG** et doit me présenter :

- son **attestation ouvrant droit** aux prestations de soins et à l'appareillage au titre des articles L.212-1 et L.213-1 du CPMIVG, délivrée par la CNMSS/DSBP,



- **Je suis prescripteur de soins :**

Le pensionné doit également me présenter sa **Fiche Descriptive des Infirmités (FDI)** délivrée à la suite de la concession de sa pension d'invalidité par le Ministère des Armées.

Ce document détaille les affections et/ou infirmité pour lesquelles il est pensionné.

MINISTÈRE DES ARMÉES Secrétariat général pour l'administration

FICHE DESCRIPTIVE DES INFIRMITÉS
Pour les DECISIONS attribuées à un service militaire d'invalidité au titre du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Prénoms et nom complet du pensionné : _____
N° d'attribution au Code des Pensions : _____
Date de naissance : _____
N° de la FDI : _____

Prénoms et nom complet du prescripteur : _____
N° de la FDI : _____

Adresse : _____

Grade ou équivalent : _____ Catégorie de victime (Généraliste / Médecin de cabinet / Hors guerre)

Grade militaire : _____ Date de l'attribution : _____

Ministère de rattachement : _____ N° de la FDI : _____

N° (Date) TRANSMISSION DES INFIRMITÉS, RELATION MÉDICALE, ORIGINE, CUMULATIVE ET VALIDITÉ DU BREVET : _____

Sur demande du 21/11/2002 enregistrée le 08/12/2002 - Hors guerre
Le remboursement de l'indemnité d'attente sera réglée sans interruption de suite par :

1. 100% - Obligatoire de l'indemnité d'attente de la date de la décision, selon son réajustement, à la date de la décision et à la date de la date de la décision de la date de la décision.
Cependant, en cas de : (indemnité d'attente) de la date de la décision de la date de la décision de la date de la décision.

- **Je suis auxiliaire médical, pharmacien ou fournisseur d'appareillage :**



Le pensionné doit me présenter **une prescription médicale** comportant une mention précisant la relation avec ses infirmités pensionnées au titre du CPMIVG **ou, le cas échéant, l'accord de prise en charge** de la CNMSS, mentionnant le montant des frais remboursables au titre de l'article L.212-1.

LES PRESTATIONS

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS DE SOINS ?

Le versement d'une pension d'invalidité concédée au titre du CPMIVG, ouvre droit à la prise en charge par le DSBP, pour le compte de l'Etat – ministère des Armées, de l'ensemble des soins ou prestations nécessités par les infirmités pensionnées du patient.



Les soins doivent être en lien direct et déterminant avec les infirmités pensionnées de mon patient.

- Le règlement s'effectue sur la base des tarifs et honoraires médicaux fixés aux nomenclatures de l'assurance maladie, à 100% des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale (TRSS). Néanmoins, certaines prestations bénéficient d'une prise en charge plus favorable : fauteuils roulants, audioprothèses, optique médicale...
- Certains actes ou prestations nécessitent **un accord préalable de prise en charge** : voir rubrique « accord préalable » [page 8](#).
- Mon patient peut bénéficier de la procédure de **tiers payant** pour le règlement de ses prestations;
- Mon patient a le **libre choix** de son médecin et de son prestataire de santé.

Mon patient est pris en charge au titre des dispositions des articles L.212-1 et L.213-1 du CPMIVG **si, et uniquement si,** les prestations médicales, paramédicales, chirurgicales, pharmaceutiques et d'appareillage sont **nécessitées par les infirmités pour lesquelles il est pensionné au titre du CPMIVG,** et en ce qui concerne exclusivement l'ensemble des séquelles résultant de la blessure ou de la maladie pensionnée.

À QUI DOIS-JE ADRESSER MA FACTURATION ?

- **Les prestations sont en relation avec les infirmités ouvrant droit à pension de mon patient**

dès lors, les prestations sont remboursables au titre de l'article L.212-1 du CPMIVG et ma facturation doit être adressée au Département soins et suivi du blessé et du pensionné de la CNMSS :

CNMSS/DSBP
247 avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9

- **Les prestations ne sont pas en relation avec les infirmités ouvrant droit à pension alors, ma facturation doit être adressée à l'organisme d'assurance maladie dont relève mon patient.**

Pour les patients relevant, en assurance maladie, de la CNMSS, les facturations doivent être adressées au Département identification et prestations :

CNMSS/DIP ou DSBP
247 avenue Jacques cartier
83090 TOULON CEDEX 9

Si les prestations sont remboursables au titre de l'article L.212-1, je ne dois en aucun cas adresser une facturation à l'organisme d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire des soins, afin d'éviter un double traitement.

L'envoi de ma facturation vers sa caisse d'assurance maladie, pour des soins relevant des articles L.212-1 ou L.213-1, entraîne, à tort, la retenue des participations forfaitaires et franchises médicales sur le compte de mon patient.

L'ACCORD PRÉALABLE DU SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL



CERTAINS ACTES OU PRESTATIONS NÉCESSITENT L'ACCORD PRÉALABLE DU SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL DU DSBP

Une demande d'accord préalable est obligatoire :

- lorsqu'elle est prévue dans les nomenclatures de la sécurité sociale,
- lorsque la prise en charge va au-delà du tarif de responsabilité (par exemple, les prothèses dentaires, les aides auditives, les lunettes...),
- pour les hospitalisations.

J'adresse la demande :

- Par courrier :

CNMSS/DSBP
Service du contrôle médical
247 avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9

- Par courriel, en utilisant le formulaire en ligne (uniquement pour les dispositifs médicaux inscrits à la LPPR) : www.cnmss.fr > rubrique : « Contactez-nous » > profil : « Professionnel de santé » > objet de la demande : « Demande d'accord préalable dématérialisée de dispositifs médicaux inscrits à la LPP »
- Je peux télécharger les formulaires de demande d'accord préalable spécifiques au DSBP, à partir du site de la [CNMSS](http://www.cnmss.fr) > rubriques « Vos démarches » > « Imprimés et supports d'information » > filtre « Pensionnés (titulaires d'une PMI) » :
 - formulaire [Cerfa n° 14415](#) pour les demandes de cure thermale,
 - formulaire [Cerfa n° 14448](#) pour les demandes de prise en charge d'hospitalisation.

Pour les transports sanitaires, j'établis ma demande d'accord préalable via :

- le formulaire « Demande d'accord préalable / Prescription médicale de transport » mentionnant clairement l'imputabilité à l'article L.212-1 ainsi que le motif médical du transport,
- ou une prescription médicale établie sur un bulletin extrait du carnet de soins médicaux de mon patient pensionné.

**Toutes les demandes
« d'accord préalable »
font l'objet d'une réponse expresse**
du Département soins et suivi du blessé
et du pensionné de la CNMSS,
**adressée personnellement
au domicile du pensionné.**



Mon patient est pris en charge
au titre des dispositions des articles
L.212-1 ou L.213-1 du CPMIVG
si, et uniquement si,
**les prestations sont nécessitées
par les infirmités pour lesquelles
il est pensionné au titre du CPMIVG.**

MA FACTURATION SESAM VITALE

POURQUOI LE FAIRE ?

La télétransmission des prestations en rapport avec l'article L.212-1, c'est possible, c'est pratique et c'est facile !

Je dois être équipé a minima de la version logicielle 1.40 addendum 6.

J'AI LE RÉFLEXE « TÉLÉTRANSMISSION »

- Pour facturer les soins que je dispense aux pensionnés pour invalidité « L.212-1 »
- Pour bénéficier des potentialités offertes en la matière, notamment des délais de règlement optimisés (inférieurs à 3 jours) par rapport à l'utilisation des feuilles de soins « papier ».

Ce service est fait pour moi ... Je l'utilise !

POUR UNE BONNE PRISE EN CHARGE DE MA FACTURATION VIA SESAM VITALE (soins ou prestations en relation avec l'article L.212-1)



Je suis équipé du logiciel
SESAM-VITALE 1.40
ADDENDUM 6 ou
suivants

1



Je renseigne le montant total
pris en charge par le DSBP

3



2

Je choisis la nature d'assurance dédiée aux
titulaires d'une pension militaire
d'invalidité (en fonction du logiciel : L212,
SMG, SG, L115, 835 ou Soins gratuits)

4

Je contrôle le destinataire
du flux : sur mon écran
doivent apparaître
code régime 08, code caisse
835 et centre 0300

Une question ? Besoin d'aide ?

Je contacte mon fournisseur de logiciel
ou la CNMSS/DSBP au 04 94 16 96 20

COMMENT LE FAIRE ?

J'UTILISE LA CARTE VITALE délivrée par l'organisme d'assurance maladie de mon patient, afin de l'identifier et de certifier le flux.

Il n'y a pas de carte Vitale spécifiquement dédiée à la facturation des prestations de soins dispensées au titre de l'article L.212-1.

POUR QUE MA FACTURE PARVIENNE BIEN AU DSBP, je dois être équipé a minima de la version logiciel SESAM-VITALE 1.40 ADDEDUM 6 et je saisis le code « soins médicaux gratuits (SMG) », « caisse 835 », « article L115 »...

AVANT TOUTE FACTURATION, JE VÉRIFIE QUE :

- mon patient est titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du CPMIVG (voir [page 5](#), rubrique « les bénéficiaires »),
- les soins ou prestations sont bien en relation avec l'article L.212-1.

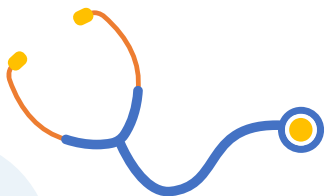
SI JE NE SUIS PAS EQUIPÉ D'UNE VERSION LOGICIELLE SESAM VITALE 1.40 ADDENDUM 6 OU SUIVANTS (SPÉCIFIQUE À LA FACTURATION DES SOINS RELEVANT DE L'ARTICLE L.212-1)

Je n'adresse pas de FSE et j'établis une facturation papier (voir [p.12](#)).

Si je ne suis pas équipé de la bonne version logicielle, l'utilisation de la carte Vitale de mon patient occasionnera l'envoi de mes facturations vers sa caisse de sécurité sociale et un remboursement des soins au titre de l'assurance maladie avec, pour conséquence, **la retenue, à tort, des participations forfaitaires et franchises médicales.**

SI JE SOUHAITE ADRESSER DES FLUX DÉGRADÉS

J'envoie les pièces justificatives à la CNMSS/DSBP.



Je transmets rapidement les flux après facturation.

MA FACTURATION SUR UNE FEUILLE DE SOINS « PAPIER »

JE NE PEUX PAS TÉLÉTRANSMETTRE DE FSE, J'ÉTABLIS UNE FACTURATION « PAPIER »

J'utilise les feuilles de soins Cerfa, diffusées par l'assurance maladie, qui ont été adaptées à la facturation des soins dispensés au titre de l'article L.212-1 du CPMIVG.

Je coche la case « Soins dispensés au titre de l'Art. L.212-1 » si les soins sont bien en relation avec les infirmités pensionnées de mon patient.

Je joins à ma facturation, le cas échéant, la prescription médicale ou la décision d'accord préalable du service du contrôle médical du DSBP.

Je précise le destinataire du règlement en cochant, si nécessaire, les cases prévues à cet effet.

J'adresse le tout à la :
CNMSS/DSBP
247 avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9

Ma facturation peut éventuellement être établie sur un feuillet de facturation issu du carnet de soins médicaux du pensionné.

The image shows a Cerfa 'feuille de soins - médecin' form. A magnifying glass is positioned over the 'SOINS' section, which contains the text: 'SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1 (cf. la notice au verso - à cocher si les recommandations s'imposent)'. A green checkmark is visible in the box next to this text. The form includes various fields for patient information, medical history, and billing details.

MES RELEVÉS DE PAIEMENT VIA AMELIPRO

JE PEUX VISUALISER, EN TEMPS RÉEL, LES PAIEMENTS TIERS PAYANT EFFECTUÉS EN MA FAVEUR DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE L'ARTICLE L.212-1, EN ME RENDANT DANS AMELIPRO, RUBRIQUE « RELEVÉ MENSUEL DE PAIEMENTS »

The screenshot shows the Amelipro website interface for healthcare professionals. At the top, there is the Amelipro logo on the left, the Assurance Maladie logo in the center, and an 'Aide ?' link on the right. A security notice is displayed in a light blue box: 'La sécurité des données de nos assurés est essentielle. Des travaux sont actuellement menés pour renforcer la sécurité du service d'identification du patient. En login/mot de passe, le service restitue des données limitées. Veuillez nous excuser de la gêne occasionnée.' Below this, a blue bar indicates the user is logged in as a 'PROFESSIONNELS DE SANTÉ'. The main content area is split into two columns. The left column, titled 'Identification', contains three input fields: 'Identifiant ?' (with a note 'N° sur 9 caractères'), 'Mot de passe' (with a 'Mot de passe oublié' link), and 'Code de sécurité' (with a note 'Saisir le code ci-contre' and a CAPTCHA image). A blue 'VOUS CONNECTER' button is at the bottom of this column. The right column, titled 'Identification par carte CPS', features a circular graphic of various CPS cards and a blue 'VOUS CONNECTER PAR CARTE CPS' button. Below this, it says 'Ou s'identifier avec:' followed by the 'PRO SANTE CONNECT' logo, which includes the text 'Un service en partenariat avec le Fonds'.

Pour m'inscrire ou pour me connecter, je me rends sur la page d'accueil du site amelipro : <https://espacepro.ameli.fr>

JE SUIS MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU SPÉCIALISTE

voir aussi les rubriques

« Les soins dispensés au titre de l'article L.212-1 du CPMIVG » [p. 4](#) et [5](#)
et « Les prestations » [p. 6](#) et [7](#)

JE REÇOIS UN PATIENT, BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.212-1



Je consulte sa Fiche Descriptive des Infirmités (FDI), afin de m'assurer que les soins que je vais lui dispenser ou les prestations que je vais lui prescrire, sont bien en relation avec les infirmités pour lesquelles il est pensionné.

LES PRESTATIONS SONT EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

J'établis ma facturation :

- par télétransmission, via SESAM-Vitale, dès lors que je suis équipé de la version logicielle SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 ou suivants (voir [pages 10](#) et [11](#).)
- ou sur une feuille de soins Cerfa (voir [page 12](#)).

J'établis, si besoin, ma prescription médicale sur un feuillet issu du carnet de soins médicaux, remis par le pensionné, ou sur une prescription médicale classique en indiquant clairement « en relation avec l'article L.212-1 ».

Les actes ou prestations non remboursables sont soumis à la formalité de l'accord préalable (voir [page 8](#) aussi, je les prescris sur une ordonnance distincte.

Concernant la prescription de stupéfiants ou de spécialités apparentées, j'utilise une ordonnance sécurisée en indiquant clairement « en relation avec l'article L.212-1 ».

LES PRESTATIONS NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

Je facture les prestations à l'organisme d'assurance maladie, dont dépend le bénéficiaire des soins (voir [page 5](#)).

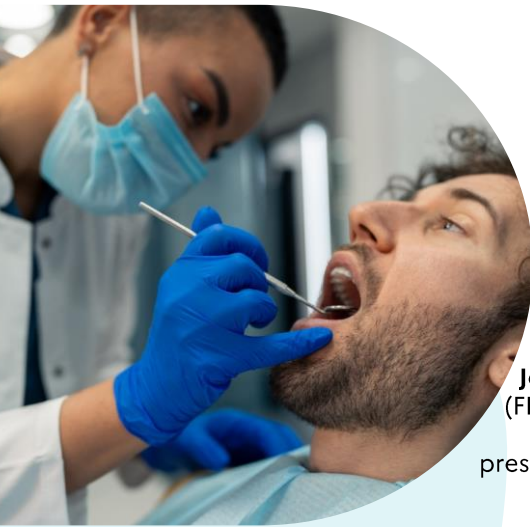
UNE PARTIE DES PRESTATIONS EST EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1 ET L'AUTRE NE L'EST PAS

Je facture une seule consultation, au titre de l'article L.212-1, le pensionné étant ainsi dispensé de la retenue des participations forfaitaires.

J'établis deux prescriptions médicales en distinguant les prestations relevant de l'article L.212-1 de celles relevant de l'assurance maladie.

L'envoi de ma facturation vers sa caisse d'assurance maladie, pour des soins relevant des articles L.212.1 ou L.213-1, a pour conséquence, pour mon patient, de devoir supporter, à tort, les participations forfaitaires sur les prestations servies.





JE SUIS DENTISTE OU CHIRURGIEN-DENTISTE

voir aussi les rubriques
« Les soins dispensés au titre de l'article
L.212-1 du CPMIVG » [p. 4](#) et [5](#)
et « Les prestations » [p. 6](#) et [7](#)

JE REÇOIS UN PATIENT, BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.212-1

Je consulte sa Fiche Descriptive des Infirmités (FDI), afin de m'assurer que les soins que je vais lui dispenser ou les prestations que je vais lui prescrire, sont bien en relation avec les infirmités pour lesquelles il est pensionné.

Ne pas confondre la prise en charge des soins dispensés au titre de l'article L.212-1 du CPMIVG avec la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou l'Aide Médicale de l'Etat (AME).

L'ÉTAT DE SANTÉ DE MON PATIENT NÉCESSITE DES SOINS CONSERVATEURS, EN LIEN AVEC SES INFIRMITÉS PENSIONNÉES

J'établis ma facturation :

- par télétransmission, via SESAM-Vitale, dès lors que je suis équipé de la version logicielle SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 ou suivants (voir [pages 10](#) et [11](#)),
- ou sur une feuille de soins Cerfa (voir [page 12](#)).

J'établis, si besoin, ma prescription médicale sur un feuillet issu du carnet de soins médicaux, remis par le pensionné, ou sur une prescription médicale classique en indiquant clairement « en relation avec l'article L.212-1 ».

L'ÉTAT DE SANTÉ DE MON PATIENT NÉCESSITE LA POSE D'IMPLANTS OU DE PROTHÈSES DENTAIRES, EN LIEN AVEC SES INFIRMITÉS PENSIONNÉES

J'établis obligatoirement une demande d'accord préalable (voir [page 8](#)) et je joins un devis détaillé.

Le dentiste-conseil donne un avis médical et précise le montant de prise en charge accordé.

La décision est notifiée au pensionné, qui me la remet.

Si les prestations sont remboursables au titre de l'article L.212-1, **je ne dois en aucun cas** adresser une facturation à l'organisme d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire des soins, afin d'éviter un double traitement.

À réception de l'accord de prise en charge du DSBP, j'établis ma facturation :

- par télétransmission, via SESAM-Vitale, dès lors que je suis équipé de la version logicielle SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 ou suivants (voir [pages 10 et 11](#)),
- ou sur une feuille de soins Cerfa (voir [page 12](#)),

LES PRESTATIONS NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

Je facture les prestations à l'organisme d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire des soins (voir [page 8](#)).

L'envoi de ma facturation vers sa caisse d'assurance maladie, pour des soins relevant des articles L.212-1 ou L.213-1, a pour conséquence, pour mon patient, de devoir supporter, à tort, les participations forfaitaires sur les prestations servies.





voir aussi les rubriques
« Les soins dispensés au titre de l'article
L.212-1 du CPMIVG » [p. 4](#) et [5](#)
et « Les prestations » [p. 6](#) et [7](#)

JE REÇOIS UN PATIENT, BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.212-1

Je m'assure que la prescription du médecin est bien établie sur un feuillet issu du carnet de soins médicaux du pensionné ou sur une prescription médicale classique avec la mention explicite de la relation avec l'article L.212-1.

LES PRESTATIONS SONT EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

J'établis ma facturation :

- par télétransmission, via SESAM-Vitale, dès lors que je suis équipé de la version logicielle SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 ou suivants (voir [pages 10](#) et [11](#)),
- ou sur feuille de soins Cerfa (voir [page 12](#)).

La facturation sur feuille de soins papier doit obligatoirement comporter :

- les codes CIP, ainsi que le taux de remboursement,
- les codes LPPR.

Je précise le destinataire du règlement en cochant, si nécessaire, les cases prévues à cet effet.

J'établis obligatoirement une demande d'accord préalable (voir [page 8](#)) pour les dispositifs médicaux inscrits à la LPPR qui le nécessitent, ainsi que pour la parapharmacie et les produits non-inscrits sur la liste des médicaments remboursables.

Toutes les demandes d'accord préalable font l'objet d'une réponse expresse du Département soins et suivi du blessé et du pensionné de la [CNMSS](#), adressée personnellement au domicile du pensionné.



Attention :

- Pour la parapharmacie ou les produits non-inscrits à la liste des médicaments remboursables, en l'absence de notification ou lors d'un refus de prise en charge, je demande le règlement de la facture au pensionné.

- Dans le cadre d'un renouvellement :

je joins la photocopie de la prescription médicale,
ou je précise, sur la facture, la date de la prescription et j'appose la mention
« renouvellement ».

LES PRESTATIONS NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

Je demande le remboursement des produits prescrits, à l'organisme d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire des soins.

L'envoi de ma facturation vers sa caisse d'assurance maladie, pour des soins relevant des articles L.212-1 ou L.213-1, a pour conséquence, pour mon patient, de devoir supporter, à tort, les participations forfaitaires sur les prestations servies.



JE SUIS AUXILIAIRE MÉDICAL



voir aussi les rubriques
« Les soins dispensés au titre de l'article
L.212-1 du CPMIVG » [p. 4](#) et [5](#)
et « Les prestations » [p. 6](#) et [7](#)

JE REÇOIS UN PATIENT, BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.212-1

Je m'assure que la prescription du médecin est bien établie sur un feuillet issu du carnet de soins médicaux du pensionné ou sur une prescription médicale classique avec la mention explicite de la relation avec l'article L.212-1.

LES PRESTATIONS SONT EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

Pour les prestations nécessitant une demande d'accord préalable (voir [page 8](#)), j'établis ma demande en précisant le nombre et la cotation des actes à réaliser. La décision est notifiée au pensionné, qui me la remet.

À réception de l'accord de prise en charge, **j'établis ma facturation :**

- par télétransmission, via SESAM-Vitale, dès lors que je suis équipé de la version logicielle SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 ou suivants (voir [pages 10](#) et [11](#)),
- ou sur une feuille de soins Cerfa (voir [page 12](#)).

La facturation doit comporter, pour chaque acte effectué :

- la date des soins,
- la cotation de l'acte,
- le montant par acte,
- le montant total de la facture.

Je précise le destinataire du règlement en cochant, si nécessaire, les cases prévues à cet effet.

LES PRESTATIONS NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

Je facture les prestations à l'organisme d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire des soins.

L'envoi de ma facturation vers sa caisse d'assurance maladie, pour des soins relevant des articles L.212-1 ou L.213-1, a pour conséquence, pour mon patient, de devoir supporter, à tort les participations forfaitaires sur les prestations servies.





voir aussi les rubriques
« Les soins dispensés au titre de l'article
L.212-1 du CPIMVG » [p. 4 et 5](#)
et « Les prestations » [p. 6 et 7](#)

L'ÉTAT DE SANTÉ DE MON PATIENT, BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.212-1, NÉCESSITE UN TRANSPORT

Je m'assure que la prescription du médecin est bien établie sur un feuillet issu du carnet de soins médicaux du pensionné, ou sur une prescription médicale dédiée au transport, avec la mention explicite de la relation avec l'article L.212-1.

LES PRESTATIONS SONT EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

J'établis une demande d'accord préalable (voir [page 8](#)) :

- dès lors qu'elle est prévue au titre des dispositions de l'Assurance maladie,
- pour les transports, pour se rendre en soins, qui ne donnent habituellement pas lieu à prise en charge.

La décision est notifiée au pensionné, qui me la remet.

J'établis obligatoirement ma facturation (voir [page 12](#)) sur un imprimé adapté à la facturation des transporteurs.

Le Service Electronique de Facturation Intégré (SEFI) n'est pas ouvert à la facturation des soins en relation avec l'article L.212.

LES PRESTATIONS NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

Je facture les prestations à l'organisme d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire des soins.

L'envoi de ma facturation vers sa caisse d'assurance maladie, pour des soins relevant des articles L.212-1 ou L.213-1, a pour conséquence, pour mon patient, de devoir supporter, à tort, les participations forfaitaires sur les prestations servies.



JE SUIS UN LABORATOIRE D'ANALYSE MÉDICALE

voir aussi les rubriques
« Les soins dispensés au titre de l'article
L.212-1 du CPMIVG » [p. 4](#) et [5](#)
et « Les prestations » [p. 6](#) et [7](#)

L'ÉTAT DE SANTÉ DE MON PATIENT, BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.212-1, NÉCESSITE DES EXAMENS DE LABORATOIRE

Je m'assure que la prescription du médecin
est bien établie sur un feuillet issu du carnet de soins
médicaux du pensionné ou sur une prescription
médicale classique avec la mention explicite
de la relation avec l'article L.212-1.

LES PRESTATIONS SONT EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

Pour les prestations nécessitant une demande d'accord préalable (voir [page 8](#)),
j'adresse ma demande au service du contrôle médical du DSBP.

La décision est notifiée au pensionné, qui me la remet.

J'établis ma facturation :

- par télétransmission, via SESAM-Vitale, dès lors que je suis équipé de la version logicielle SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 ou suivants (voir [pages 10](#) et [11](#)),
- ou sur une feuille de soins Cerfa (voir [page 12](#)).

La facturation sur feuille de soins « papier » doit comporter les codes de la NABM et préciser le destinataire de règlement.

L'envoi de ma facturation vers sa caisse d'assurance maladie, pour des soins relevant des articles L.212-1 ou L.213-1, a pour conséquence, pour mon patient, de devoir supporter, à tort, les participations forfaitaires sur les prestations servies.

LES PRESTATIONS NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

Je facture la prestation à l'organisme d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire des soins.

JE SUIS FOURNISSEUR D'APPAREILLAGE

voir aussi les rubriques
« Les soins dispensés au titre de l'article
L.212-1 du CPMIVG » [p. 4](#) et [5](#)
et « Les prestations » [p. 6](#) et [7](#)

**L'ÉTAT DE SANTÉ DE MON PATIENT,
BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS
DE L'ARTICLE L.212-1, NÉCESSITE
L'ACQUISITION D'UN APPAREILLAGE PRÉVU
À LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS
REMBOURSABLES (LPPR)**



Je m'assure que la prescription du médecin est bien établie sur un feuillet issu du carnet de soins médicaux du pensionné ou sur une prescription médicale classique avec la mention explicite de la relation avec l'article L.212-1.

LES PRESTATIONS SONT EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

J'établis obligatoirement une demande d'accord préalable (voir [page 8](#)) à laquelle je joins la prescription médicale, ainsi que le devis correspondant.

La décision est notifiée au pensionné, qui me la remet.

À réception de l'accord de prise en charge du DSBP, j'établis ma facturation :

- par télétransmission, via SESAM-Vitale, dès lors que je suis équipé de la version logicielle SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 ou suivants (voir [pages 10](#) et [11](#)),
- ou sur une feuille de soins Cerfa (voir [page 12](#))

Si les prestations sont remboursables au titre de l'article L.212-1, je ne dois en aucun cas adresser une facturation à l'organisme d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire des soins.

La facturation sur feuille de soins « papier » doit comporter :

- la désignation de l'appareillage et, le cas échéant, les codes LPPR,
- le montant total de la facture.

Je précise clairement le destinataire de règlement et je joins une copie de l'accord préalable.

LES PRESTATIONS NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

Je **facture** la prestation à l'organisme d'assurance maladie
Dont Dépend le bénéficiaire des soins.





voir aussi les rubriques
« Les soins dispensés au titre de l'article
L.212-1 du CPMIVG » [p. 4](#) et [5](#)
et « Les prestations » [p. 6](#) et [7](#)

**L'ÉTAT DE SANTÉ DE MON PATIENT,
BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS
DE L'ARTICLE L.212-1, NÉCESSITE
L'ACQUISITION D'UN APPAREIL AUDITIF**

Je m'assure que la prescription du médecin
est bien établie sur un feuillet issu du carnet de soins
médicaux du pensionné ou sur une prescription médicale
classique avec la mention explicite de la relation
avec l'article L.212-1.

LES PRESTATIONS SONT EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

J'établis systématiquement une demande d'accord préalable (voir [page 8](#)).

Je joins obligatoirement à l'appui de la demande :

- le devis normalisé correspondant,
- la prescription médicale établie par un médecin (lors d'une première attribution la prescription médicale devra obligatoirement être établie par un médecin spécialiste ORL),
- un audiogramme vocal et tonal récent établi par un ORL.

À réception de l'accord de prise en charge, remis par le pensionné, j'établis ma facturation :

- par télétransmission, via SESAM-Vitale, dès lors que je suis équipé de la version logicielle SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 ou suivants (voir [pages 10](#) et [11](#)),
- ou sur une feuille de soins Cerfa (voir [page 12](#)).

Si les prestations sont remboursables au titre de l'article L.212-1, je ne dois en aucun cas adresser une Facturation à l'organisme d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire des soins.

La facturation sur feuille de soins « papier » doit comporter :

- les codes LPPR,
- le montant total de la facture,
- le montant attendu.

Je précise clairement le destinataire du règlement et je joins une copie de l'accord préalable.

LES PRESTATIONS NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC L.212-1

Je **facture** la prestation à l'organisme d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire des soins.



voir aussi les rubriques
« Les soins dispensés au titre de l'article
L.212-1 du CPMIVG » [p. 4](#) et [5](#)
et « Les prestations » [p. 6](#) et [7](#)

**L'ÉTAT DE SANTÉ DE MON PATIENT,
BÉNÉFICIAIRE DES DISPOSITIONS
DE L'ARTICLE L.212-1, NÉCESSITE
L'ACQUISITION D'UNE PAIRE DE LUNETTES
OU LE PORT DE LENTILLES**

Je m'assure que la prescription médicale est bien établie sur un feuillet issu du carnet de soins médicaux du pensionné ou sur une prescription médicale classique avec la mention explicite de la relation avec l'article L.212-1.

LES PRESTATIONS SONT EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

J'établis une demande d'accord préalable (voir [page 8](#)).

Je joins obligatoirement à l'appui de la demande :

- le devis détaillé comportant les codifications de la LPPR,
- la prescription médicale.

Dans le cadre du renouvellement de lunettes, une seule prise en charge est acceptée au terme d'une période minimale de deux ans (sauf dans certaines situations médicales dûment justifiées), même en cas de casse, de perte ou de vol.

À réception de l'accord de prise en charge, remis par le pensionné, j'établis ma facturation :

- par télétransmission, via SESAM-Vitale, dès lors que je suis équipé de la version logicielle SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 ou suivants (voir [pages 10](#) et [11](#)),
- ou sur feuille de soins Cerfa (voir [page 12](#)).

Si les prestations sont remboursables au titre de l'article L.212-1, je ne dois en aucun cas adresser une Facturation à l'organisme d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire des soins.

La facturation sur feuille de soins « papier » doit comporter :

- les codes LPPR,
- le montant total de la facture,
- le montant attendu.

Je précise clairement le destinataire du règlement et je joins une copie de l'accord préalable.

LES PRESTATIONS NE SONT PAS EN RAPPORT AVEC L'ARTICLE L.212-1

Je **facture** la prestation à l'organisme d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire des soins.



GUIDE PRATIQUE

Directeur de publication : Thierry Barrandon
Réalisation conception : Département Soins
et suivi du blessé et du pensionné (DSBP) /
Département Identification et Prestations (DIP/SRC)
Pôle communication de proximité
Édition : Janvier 2024

