

VOUS EXERCEZ EN TANT QUE PSYCHOLOGUE, ERGOTHÉRAPEUTE OU PSYCHOMOTRICIEN(NE) LIBÉRAL DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'AUTISME ET DES TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT (« *PCO-TND* »)

Votre facturation

A compter du 1er juin 2024, les bilans et séances que vous dispensez en tant que psychologue, ergothérapeute ou psychomotricien libéral auprès des enfants entre 0 et 6 ans ou entre 7 et 12 ans, suivis dans les plateformes de coordination et d'orientation pour les troubles du neuro-développement (« *PCO-TND* »), sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base de formulaires de facturation établis par ces professionnels à l'attention des organismes d'assurance maladie.

Cette évolution des modalités de financement n'impacte pas les parcours de soins engagés auprès des enfants.

Vous devez avoir effectué au préalable les démarches d'enregistrement auprès de la caisse de votre lieu habituel d'exercice libéral (CPAM en Métropole, CGSS en Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion ou CSSM à Mayotte).

I. Quel support de facturation utiliser ?

L'assurance maladie met à votre disposition un formulaire de facturation [1]qui vous permettra de facturer les bilans et séances réalisés auprès de vos patients.

Ce formulaire au format .pdf vous est transmis par mail par la caisse auprès de laquelle vous avez réalisé vos démarches d'enregistrement. Vous pouvez renseigner sur ordinateur l'ensemble des champs de ce formulaire de facturation pdf [2].

Vous pouvez ainsi reprendre le cas échéant d'une fois à l'autre les données saisies d'« *Entête* », de « *Personne recevant les soins* », de « *Professionnel exécutant les soins* » et de « *Structure porteuse de la PCO* » du formulaire, décrites ci-après.

[1] Si vous êtes psychologue également adhérent au dispositif « *Mon Soutien Psy* », le présent formulaire ne concerne pas la facturation des soins entrant dans ce dispositif. Ceux-ci doivent être facturés via le circuit et la feuille de soins dévolus à « *Mon Soutien Psy* ». Inversement, les bilans et séances réalisés dans le cadre des PCO-TND ne sont facturables que selon les présentes modalités, elles ne peuvent pas l'être via le circuit et support de « *Mon Soutien Psy* ».

[2] Dans le cas où vous ne seriez pas en mesure d'imprimer ces formulaires, vous pouvez demander à la caisse de votre lieu habituel d'exercice libéral de vous imprimer un premier lot de formulaires vierges (à photocopier ensuite par vos soins) et qui seront à renseigner de façon manuscrite.

II. Comment compléter le formulaire de facturation ?

1. Le formulaire de facturation – présentation générale

Chaque champ ciblé en jaune doit obligatoirement être complété.



ENTÊTE

1. Cocher la case qui correspond à votre profession.

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ

2. Indiquer le nom et le prénom de l'enfant pour lequel les séances ont été réalisées ainsi que sa date de naissance, et si connu, son numéro d'immatriculation sociale (13 caractères).
3. Indiquer le nom et prénom du représentant légal (l'assuré) sous lequel l'enfant est rattaché, son numéro d'immatriculation sociale (13 caractères) et son adresse.

   Ces informations sont disponibles sur « *l'Attestation de droits à l'assurance maladie* » avec données de l'enfant fournie par l'un de ses représentants légaux.
4. Reporter les informations de l'organisme de rattachement inscrits sur cette attestation.

PROFESSIONNEL EXÉCUTANT LES SOINS

5. Indiquez votre nom et prénom et votre identifiant assurance maladie (N°AM sur 9 caractères) qui vous aura été communiqué lors de votre inscription auprès de la caisse de votre lieu habituel d'exercice libéral.

STRUCTURE PORTEUSE DE LA PCO

6. Indiquez la raison sociale et l'identifiant FINESS géographique de la structure porteuse de la PCO au sein de laquelle exerce le médecin qui a validé le parcours de votre patient.
7. Indiquez le nom et prénom du médecin de la PCO qui a validé le parcours de soins de votre patient et son identifiant (n°RPPS si salarié ou n°AM si libéral).

ACTES EFFECTUÉS ET MONTANTS

8. Indiquez la date, le nombre, le code du bilan ou de la séance et le montant des actes réalisés auprès de votre patient sur la période.
9. Indiquez le montant total des actes réalisés.

SIGNATURES

10. Apposez votre signature.
11. Faites signer le parent sous lequel votre patient est rattaché.

Le remplissage exact et complet des différentes données du formulaire de facturation conditionne le paiement final de vos soins par l'assurance maladie.

La structure porteuse de la coordination des soins PCO-TND, effectue un premier niveau de contrôle de remplissage des formulaires.

En cas de données manquantes, elle peut vous demander de procéder aux modifications avant de lui ré-adresser vos formulaires.

2. Le formulaire de facturation – détail

a. « L'entête »

Psychologue		Ergothérapeute	X	Psychomotricien	

Vous devez cochez la case correspondant à votre profession.

Vous pouvez renseigner un numéro de facture dans le formulaire de facturation sur 9 caractères.

numéro de facture *(facultatif)*								
2	4	0	0	0	0	0	9	7

b. « Personne recevant les soins et assuré »

Pour remplir le formulaire de facturation vous devez disposer d'une « *Attestation de droits à l'assurance maladie* » avec les données de l'enfant, présentée par l'un des représentants légaux au début de la prise en charge initiale et, le cas échéant du renouvellement de parcours de l'enfant.

Pour les enfants déjà pris en charge au 1er juin 2024, nous vous invitons à demander cette attestation auprès de l'un des représentants légaux de l'enfant.

Le bon report dans le formulaire de facturation des informations portées dans cette attestation est nécessaire pour pouvoir vous payer les bilans et séances réalisés.

Les assurés obtiennent cette attestation auprès de leur caisse d'assurance maladie via l'espace individuel de leur compte internet ou de leur application smartphone (« *Compte Ameli* », « *ma MSA & moi* », « *MGEN Mutuelle Espace personnel* » etc.). Selon leurs régimes d'affiliation, ils peuvent aussi effectuer la démarche sur une borne multi-services au sein de leur caisse.

Pour le régime général elle est par exemple disponible sur le compte Ameli de chaque assuré, aux bornes des accueils des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), mais aussi sur demande par téléphone (3646).

Sur l'« *Attestation de droits à l'assurance maladie* » que vous communique le représentant légal de l'enfant, les informations nom, prénom, numéro de sécurité sociale et date de naissance **de l'enfant** doivent impérativement être présentes en plus des informations caractéristiques du représentant légal « assuré ».

Dans le cas du renouvellement du parcours de l'enfant, nous vous invitons à demander à cette occasion une nouvelle « *Attestation de droits à l'assurance maladie* » et à utiliser ces informations actualisées pour la facturation suivante de vos séances.

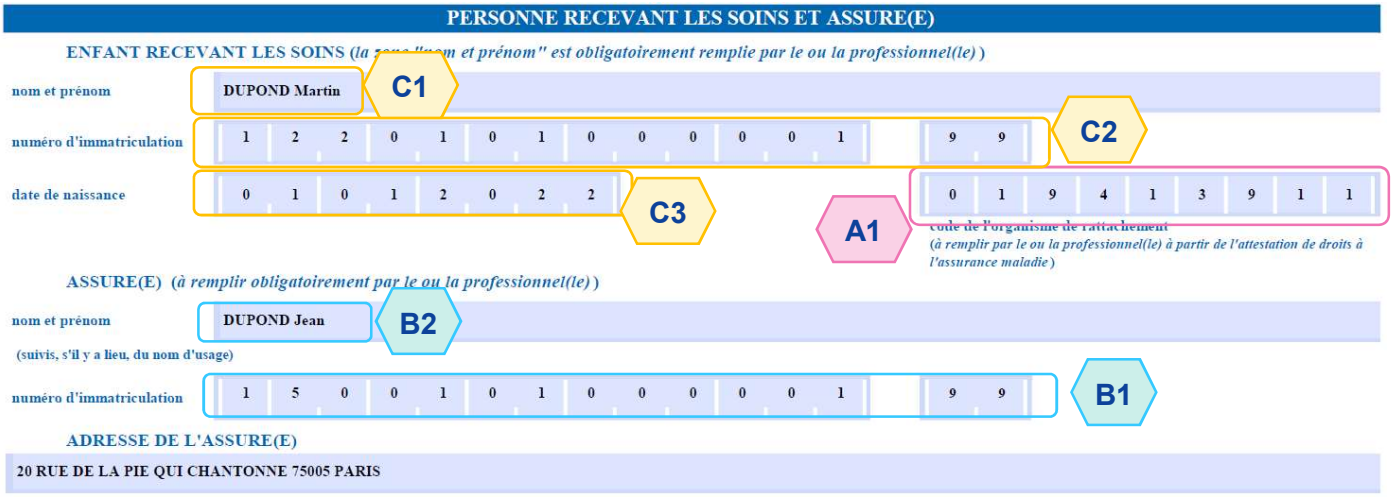
À partir cette attestation, vous remplissez les informations concernant la « ***PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ*** » du formulaire de facturation :

ILLUSTRATION AVEC UN ATTESTATION DE DROIT DÉLIVRÉE PAR UNE CAISSE DU RÉGIME GÉNÉRAL :

Mon attestation de droits à l'Assurance Maladie

Valable du 10/05/2024 au 09/05/2025 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
01 941 3911 **A1**	10	1 50 01 01 000 001 99 **B1**	
Bénéficiaires(s) *nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage*		**N° de sécurité sociale du bénéficiaire** *(pour information)*	Né(e) le / rang
DUPONT Jean **B2** a déclaré un médecin t		1 50 01 01 000 001 99	01/01/1950 1
DUPONT Martin **C1**	**C2**	1 22 01 01 000 001 99 **C3**	01/01/2022 1



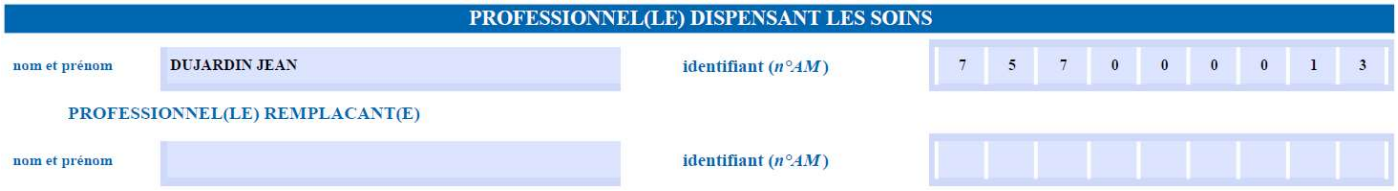
Les attestations délivrées par les autres régimes d'assurance maladie (MSA, MGEN etc.) comportent les mêmes types de données que l'illustration précédente.

Dans le formulaire de facturation, seul le numéro d'immatriculation de l'enfant (C2) est facultatif. Toutes les autres données sont obligatoires.

Le bon report du code organisme de rattachement (A1) est primordial. Il permet en effet d'assurer le bon adressage final de votre formulaire à l'organisme d'assurance maladie qui sera en charge du paiement de vos prestations.

Nous vous invitons donc à reporter telle que dans la zone « *Code organisme de rattachement* » du formulaire de facturation, les informations portées dans la zone « *Organisme de rattachement* » ou « *Organisme d'affiliation* » (B1) de l'« *Attestation de droit à l'assurance maladie* » présentée par le représentant légal de l'enfant.

c. « Professionnel exécutant les soins »



Vous renseignez vos noms et prénom ainsi que l'identifiant assurance maladie (n°AM) que vous a communiqué la caisse de votre lieu habituel d'exercice libéral suite à votre enregistrement.

Dans le cas où les soins sont réalisés par un professionnel vous remplaçant, ce dernier porte également ses nom et prénom ainsi que l'identifiant assurance maladie (n°AM) qui lui a été communiqué.

Il renseigne également les informations qui vous concernent (nom, prénom et n°AM).

d. « Structure porteuse du dispositif de coordination PCO-TND »



Vous renseignez la raison sociale et l'identifiant (n°Finess géographique) de la structure porteuse de la plateforme avec laquelle vous coopérez pour la prise en charge de l'enfant.

Vous renseignez également les informations du médecin de la plateforme qui a procédé à la validation du parcours de soins de l'enfant (du parcours initial ou, le cas échéant de son renouvellement) ainsi que la date de validation du parcours (du parcours initial ou, le cas échéant de son renouvellement).

Les plateformes porteuses des PCO-TND ont été invitées via une communication ad hoc, à vous adresser systématiquement ces éléments lors de la mise en place initiale du parcours d'un enfant ou de son renouvellement.

Pour les enfants déjà pris en charge au 1er juin 2024, nous vous invitons à demander à la plateforme concernée le ou les éléments qui vous feraient défaut.

e. « Condition de prise en charge de la personne recevant les soins »

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS	
X	MALADIE

La prise en charge par l'assurance maladie est réalisée en nature d'assurance maladie. La donnée est cochée par défaut dans le formulaire.

f. « Actes effectués »

ACTES EFFECTUES																							
date des actes								quantité	code des actes	coefficient	montant des honoraires												
0	1	0	7	2	0	2	4	1	BRG	1		1	4	0	0	0							
0	5	0	7	2	0	2	4	1	SRG	1			3	8	8	6							
0	9	0	7	2	0	2	4	2	SRG	1			7	7	7	2							
1	2	0	7	2	0	2	4	1	SRG	1			3	8	8	6							
2	5	0	7	2	0	2	4	1	SRG	1			3	8	8	6							
J	J	M	M	A	A	A	A																
J	J	M	M	A	A	A	A																
J	J	M	M	A	A	A	A																
J	J	M	M	A	A	A	A																
J	J	M	M	A	A	A	A																

Les bilans et séances sont facturés à terme échu (Exemple : facturation le 24 juillet 2024 de 5 séances réalisées entre le 8 et le 23 juillet 2024).

Par date croissante de soins, vous portez via le « code acte » défini en annexe 1 pour votre profession, les informations correspondant au soin (bilan ou séance) dispensé, en appliquant les tarifs et principes de facturation en annexe 1.

Pour les enfants déjà pris en charge au 1er juin 2024, vous ne portez dans le formulaire que les bilans et séances effectués à compter de cette date (les soins réalisés avant cette date ne donnent pas lieu à facturation directe à l'assurance maladie. Ils vous sont réglés par les plateformes selon les modalités antérieures de financement).

DANS L'ILLUSTRATION PRECEDENTE

Facturation par un ergothérapeute exerçant en métropole d'un bilan (code acte **BRG**) et de 5 séances (code acte **SRG**) (avec 2 séances réalisées le 09/07/2024).

g. « Paiement à régler »

PAIEMENT							
MONTANT TOTAL en euros			3	3	4	3	0

Il correspond au montant total des honoraires des lignes de bilans ou de séances.

Il est exprimé en euro au format 5+2 (c'est-à-dire avec 2 chiffres après la virgule).

L'assuré bénéficie de la dispense d'avance de la totalité des frais et il n'existe pas de part complémentaire (SO : Sans Objet) (les données du formulaire sont ainsi cochées par défaut).

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire	X	l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire	SO

DANS L'ILLUSTRATION PRECEDENTE

Facturation par un ergothérapeute exerçant en métropole d'un bilan et de 5 séances pour un montant total de **334.30**€.

h. « Signature »



Vous apposez votre signature.

Vous demandez également à l'assuré d'apposer sa signature.

Dans le cas exceptionnel où ce dernier est dans l'impossibilité de signer vous cocher la case « *impossibilité de signer* ».

III. À qui dois-je envoyer mes formulaires de facturation ?

Vous devez adresser vos formulaires de facturation à la plateforme de coordination et d'orientation qui coordonne les soins (PCO–TND).

Cette dernière reçoit et centralise chaque mois l'ensemble des formulaires de facturation des professionnels libéraux qui ont réalisés des bilans et séances dans le cadre des parcours PCO-TND coordonnés.

Vous convenez avec la structure des modalités d'envois et de réception de vos formulaires de facturation : envoi postal, dépôt par le professionnel dans un service ad hoc de la plateforme, envoi dématérialisé. Pour cette dernière option d'envois électroniques, nous attirons votre attention sur les obligations de sécurisation et de confidentialité des échanges à respecter au regard des principes RGPD édictés par la CNIL.

Après réalisation des contrôles de bon remplissage des formulaires de facturation, la plateforme adresse ces derniers par voie électronique sécurisée à la CPAM des « *Côtes-d'Armor* » qui est la caisse en charge de centraliser la réception de ces formulaires pour le compte de l'ensemble des organismes d'assurance maladie obligatoire (CPAM, MSA, MGEN etc.).

En cas de données manquantes la plateforme peut vous retourner le formulaire de facturation pour que vous procédiez aux modifications idoines. Dans le cas contraire, l'assurance maladie ne sera en effet pas en mesure de procéder au paiement des bilans et séances.

Dans le cas où vous coopérez avec plusieurs plateformes vous êtes invité(e)s à n'adresser à chacune d'entre elles que les formulaires de facturation des enfants dont elles assurent la coordination des soins.

IV. Quand procéder à la facturation de mes bilans et séances ?

Vous réalisez une fois par mois la facturation des bilans et séances dispensés. Vous procédez à la remise de vos formulaires de facturation auprès de la plateforme de coordination et d'orientation PCO-TND selon le calendrier établi en fonction de la zone dans laquelle s'inscrit celle-ci (cf. annexe 2).

Ce calendrier a été établi par l'assurance maladie pour lisser les envois de formulaires de soins entre les plateformes porteuses des PCO-TND. Il vise à optimiser les délais de traitement des formulaires de soins par l'assurance maladie afin d'assurer des délais de paiement équitables entre les professionnels de santé.

Ne pas respecter ce calendrier ne sera pas préjudiciable au paiement mais pourra alors entraîner des retards.

ILLUSTRATION :

- La plateforme PCO est implantée dans le département 01, vous avez jusqu'au 7 du mois M (avec des soins pouvant ainsi aller jusqu'au 7 du mois M) pour lui remettre vos formulaires afin qu'elle procède ensuite à l'envoi mensuel vers la CPAM des « *Côtes-d'Armor* ».
- La plateforme PCO est implantée dans le département 22, vous avez jusqu'au 23 du mois M (avec des soins pouvant ainsi aller jusqu'au 23 du mois M) pour lui remettre vos formulaires afin qu'elle procède ensuite à l'envoi mensuel vers la CPAM des « *Côtes-d'Armor* ».

Le calendrier cadence les envois par zone, il ne cadence pas les dates des actes facturables. Il n'y a pas d'obligation de les facturer « *immédiatement* ».

ILLUSTRATION :

- Avec exemple précédent, les professionnels de la plateforme du département 01 peuvent adresser avant le 7 septembre :
    - Des formulaires pour des bilans et séances réalisés en juin, en juillet, en aout ou avant le 7 septembre.
    - Plusieurs formulaires de facturation pour un même enfant (exemple envoi avant le 7 septembre de la facture de juillet et de celle d'août).

V. Qui paie les soins facturés ?

Vous recevez le paiement des bilans et séances par chacune des caisses d'assurance maladie d'affiliation des enfants pour lesquels vous avez facturé des soins.

VI. J'ai une réclamation

Vous devrez adresser un courrier à la caisse d'affiliation de l'enfant concerné en précisant qu'il s'agit d'une réclamation.

Les coordonnées de la caisse d'affiliation de l'enfant concerné sont précisées sur l'« *Attestation de droits à l'assurance maladie* » qui vous a été remise par les représentants légaux.

Annexe 1

« ***Principes de facturation par catégorie de professionnel*** »

VOUS ÊTES PSYCHOLOGUE

- **VOUS EXERCEZ EN MÉTROPOLE**

  - Vous avez réalisé **un bilan psychologue « *simple* »,** vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1.**
    - [Code acte] = **BPS.**
    - [Coefficient] = **1.**
    - [Montant des honoraires en €] = **120€.**
  - Vous avez réalisé **un bilan psychologue « *complexe* »**, vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1.**
    - [Code acte] = **BPS.**
    - [Coefficient] = **2.5.**
    - [Montant des honoraires en €] = **120€ x 2.5 = 300€**

  Nota : Il est possible de facturer en fonction de la situation de l'enfant, un bilan simple à 120€ puis un bilan complexe à 300€.

  - Vous avez réalisé **une séance psychologue** ou **deux séances psychologue** le même jour, vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1** (si une séance réalisée à date) **ou 2** (si deux séances réalisées le même jour).
    - [Code acte] = **SPS.**
    - [Coefficient] = **1.**
    - [Montant des honoraires en €] =
      - = **42.86€** si une séance réalisée à date.
      - Ou **= 42,86€ x 2 = 85,72€** si deux séances réalisées le même jour.
      - Ou = **42,86€ x 3 = 128,58€** si trois séances réalisées le même jour.

ILLUSTRATION

Facturation par un psychologue exerçant en métropole d'un bilan simple, d'un bilan complexe et de 5 séances de psychologue (avec 2 séances réalisées le 09/07/2024) pour un montant total de 634,30€.

ACTES EFFECTUES

date des actes	quantité	code des actes	coefficient	montant des honoraires
01072024	1	BPS	1	120,00
05072024	1	BPS	2,5	300,00
06072024	1	SPS	1	42,86
09072024	2	SPS	1	85,72
12072024	1	SPS	1	42,86
25072024	1	SPS	1	42,86

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros	634,30

- **VOUS EXERCEZ DANS LES DOM**
  - Vous avez réalisé **un bilan psychologue « *simple* »,** vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1.**
    - [Code acte] = **BPS.**
    - [Coefficient] = **1.**
    - [Montant des honoraires en €] = **132€.**
  - Vous avez réalisé **un bilan psychologue « *complexe* »**, vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1.**
    - [Code acte] = **BPS.**
    - [Coefficient] = **2.5.**
    - [Montant des honoraires en €] **= 132€ x 2.5 = 330€**

    Nota : Il est possible de facturer en fonction de la situation de l'enfant, un bilan simple à 132€ puis un bilan complexe à 330€.
  - Vous avez réalisé **une séance psychologue** ou **deux séances psychologue** le même jour, vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1** (si une séance réalisée à date) **ou 2** (si deux séances réalisées le même jour).
    - [Code acte] = **SPS.**
    - [Coefficient] = **1.**
    - [Montant des honoraires en €]
      - = **47.15€** si une séance réalisée à date.
      - Ou = **47.15€ x 2 = 94.30€** si deux séances réalisées le même jour.
      - Ou = **47.15€ x 3 = 141,45€** si trois séances réalisées le même jour.

ILLUSTRATION

Facturation par un psychologue exerçant en Guadeloupe d'un bilan simple, d'un bilan complexe et de 5 séances de psychologue (avec 2 séances réalisées le 09/07/2024) pour un montant total de 697.75€.

ACTES EFFECTUES

date des actes	quantité	code des actes	coefficient	montant des honoraires
01072024	1	BPS	1	132,00
05072024	1	BPS	2,5	330,00
06072024	1	SPS	1	47,15
09072024	2	SPS	1	94,30
12072024	1	SPS	1	47,15
25072024	1	SPS	1	47,15

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros	697,75

VOUS ETES ERGOTHÉRAPEUTE

- **VOUS EXERCEZ EN MÉTROPOLE**
  - Vous avez réalisé **un bilan ergothérapeute,** vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1.**
    - [Code acte] = **BRG.**
    - [Coefficient] = **1.**
    - [Montant des honoraires en €] = **140€.**
  - Vous avez réalisé **une séance ergothérapeute** ou **deux séances ergothérapeute** le même jour, vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1** (si une séance réalisée à date) **ou 2** (si deux séances réalisées le même jour).
    - [Code acte] = **SRG.**
    - [Coefficient] = **1.**
    - [Montant des honoraires en €]
      - = **38.86€** si une séance réalisée à date.
      - Ou = **38.86€ x 2 = 77.72€** si deux séances réalisées le même jour.
      - Ou = **38.86€ x 3 = 116,58€** si trois séances réalisées le même jour.

ILLUSTRATION

Facturation par un ergothérapeute exerçant en métropole d'un bilan et de 5 séances d'ergothérapeute (avec 2 séances réalisées le 09/07/2024) pour un montant total de 334.30€.

ACTES EFFECTUES

date des actes	quantité	code des actes	coefficient	montant des honoraires
01072024	1	BRG	1	140,00
05072024	1	SRG	1	38,86
09072024	2	SRG	1	77,72
12072024	1	SRG	1	38,86
25072024	1	SRG	1	38,86
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros	334,30

- **VOUS EXERCEZ DANS LES DOM**
  - Vous avez réalisé **un bilan ergothérapeute,** vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1.**
    - [Code acte] = **BRG.**
    - [Coefficient] = **1.**
    - [Montant des honoraires en €] = **154€.**
  - Vous avez réalisé **une séance ergothérapeute** ou **deux séances ergothérapeute** le même jour, vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1** (si une séance réalisée à date) **ou 2** (si deux séances réalisées le même jour).
    - [Code acte] = **SRG.**
    - [Coefficient] = **1.**
    - [Montant des honoraires en €]
      - = **42.75€** si une séance réalisée à date.
      - Ou = **42.75€ x 2 = 85.50€** si deux séances réalisées le même jour.
      - Ou = **42.75€ x 3 = 128,25€** si trois séances réalisées le même jour.

ILLUSTRATION

Facturation par un ergothérapeute exerçant en Guadeloupe d'un bilan et de 5 séances d'ergothérapeute (avec 2 séances réalisées le 09/07/2024) pour un montant total de 367.75€.

ACTES EFFECTUES

date des actes	quantité	code des actes	coefficient	montant des honoraires
01072024	1	BRG	1	154,00
05072024	1	SRG	1	42,75
09072024	2	SRG	1	85,50
12072024	1	SRG	1	42,75
25072024	1	SRG	1	42,75
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros	367,75

VOUS ÊTES PSYCHOMOTRICIEN

- **VOUS EXERCEZ EN MÉTROPOLE**
  - Vous avez réalisé **un bilan psychomotricien,** vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1.**
    - [Code acte] = **BMO.**
    - [Coefficient] = **1.**
    - [Montant des honoraires en €] = **140€.**
  - Vous avez réalisé **une séance psychomotricien** ou **deux séances psychomotricien** le même jour, vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1** (si une séance réalisée à date) **ou 2** (si deux séances réalisées le même jour).
    - [Code acte] = **SMO.**
    - [Coefficient] = **1.**
    - [Montant des honoraires en €]
      - = **38.86€** si une séance réalisée à date.
      - Ou = **38.86€ x 2 = 77.72€** si deux séances réalisées le même jour.
      - Ou = **38.86€ x 3 = 116,58€** si trois séances réalisées le même jour.

ILLUSTRATION

Facturation par un psychomotricien exerçant en métropole d'un bilan et de 5 séances de psychomotricien (avec 2 séances réalisées le 09/07/2024) pour un montant total de 334.30€.

ACTES EFFECTUES

date des actes	quantité	code des actes	coefficient	montant des honoraires
01072024	1	BMO	1	140,00
05072024	1	SMO	1	38,86
09072024	2	SMO	1	77,72
12072024	1	SMO	1	38,86
25072024	1	SMO	1	38,86
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros	334,30

- **VOUS EXERCEZ DANS LES DOM**
  - Vous avez réalisé **un bilan psychomotricien,** vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1.**
    - [Code acte] = **BMO.**
    - [Coefficient] = **1.**
    - [Montant des honoraires en €] = **154€.**
  - Vous avez réalisé **une séance ergothérapeute** ou **deux séances ergothérapeute** le même jour, vous renseignez :
    - [Date des soins] au format **JJMMAAAA**.
    - [Quantité] = **1** (si une séance réalisée à date) **ou 2** (si deux séances réalisées le même jour).
    - [Code acte] = **SMO.**
    - [Coefficient] = **1.**
    - [Montant des honoraires en €]
      - = **42.75€** si une séance réalisée à date.
      - Ou = **42.75€ x 2 = 85.50€** si deux séances réalisées le même jour.
      - Ou = **42.75€ x 3 = 128,25€** si trois séances réalisées le même jour.

ILLUSTRATION

Facturation par un psychomotricien exerçant en Guadeloupe d'un bilan et de 5 séances de psychomotricien (avec 2 séances réalisées le 09/07/2024) pour un montant total de 367.75€.

ACTES EFFECTUES

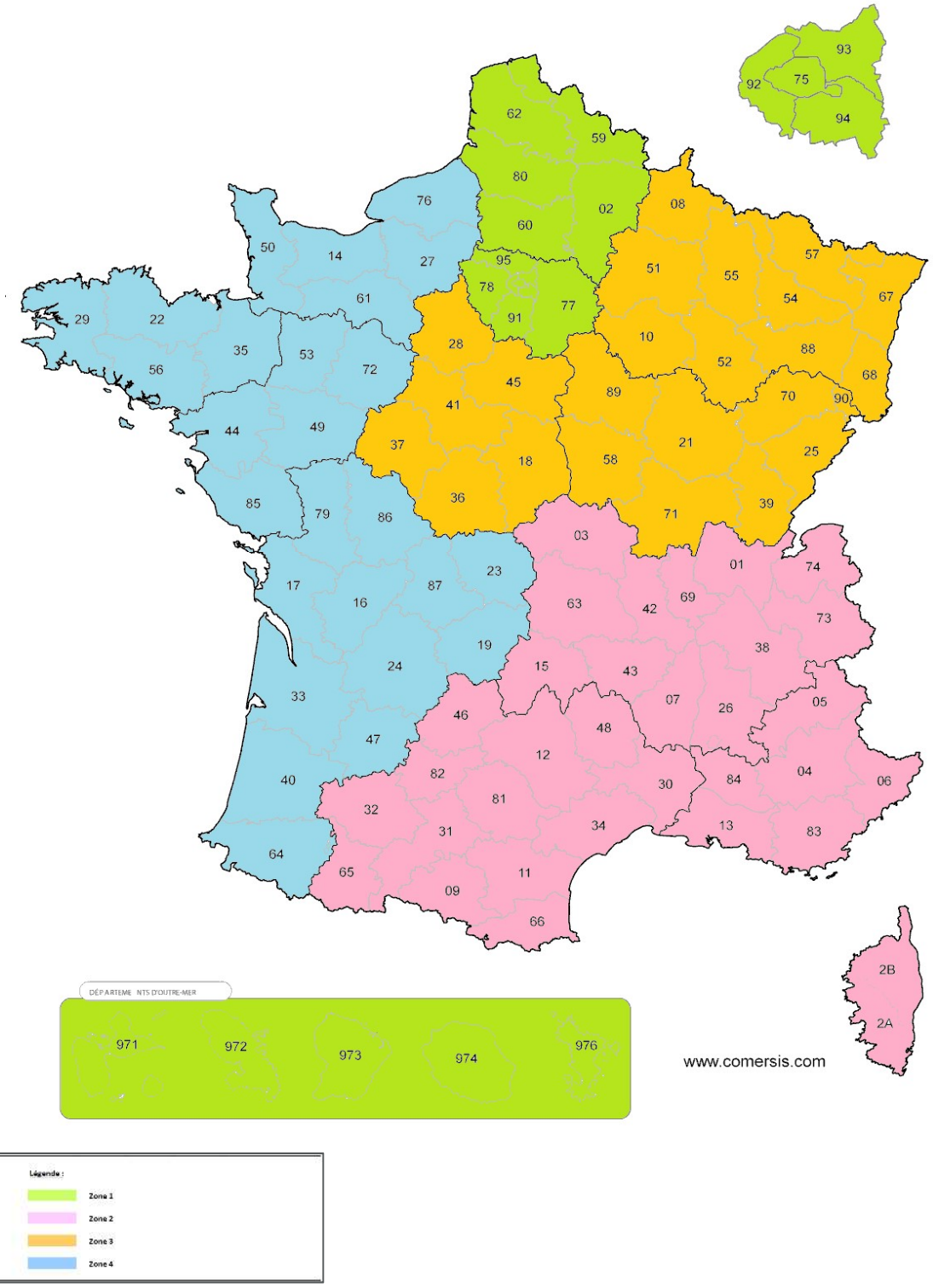
date des actes	quantité	code des actes	coefficient	montant des honoraires
01072024	1	BMO	1	154,00
05072024	1	SMO	1	42,75
09072024	2	SMO	1	85,50
12072024	1	SMO	1	42,75
25072024	1	SMO	1	42,75
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				
JJMMAAAA				

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros	367,75

Annexe 2

« *Calendrier d'envoi mensuel des formulaires par les professionnels et par les structures des PCO-TND* »



ZONE DE LA STRUCTURE PCO	PÉRIODE D'ENVOI MENSUEL DES FORMULAIRE PAR LES PROFESSIONNELS À LEUR PCO	PÉRIODE D'ENVOI MENSUEL DES FORMULAIRES PAR DE LA STRUCTURE PORTEUSE DE LA PCOÀ LA CPAM DES CÔTES-D'ARMOR
ZONE 1	Au plus tard le 31 du mois M-1	Entre le 1er et le 7 du mois M (soit la 1ère semaine du mois)
ZONE 2	Au plus tard le 7 du mois M	Entre le 8 et le 15 du mois M (soit la 2ème semaine du mois)
ZONE 3	Au plus tard le 15 du mois M	Entre le 16 et le 23 du mois M (soit la 3ème semaine du mois)
ZONE 4	Au plus tard le 23 du mois M	Entre le 24 et le 31 du mois M (soit la 4ème semaine du mois)