

N° Facture

BENEFICIAIRE DES SOINS ET ASSURE(E)

BENEFICIAIRE DES SOINS (les lignes «nom» et «prénom» sont obligatoirement remplies par le médecin)

Nom Prénom

DN Né(e) le

ASSURE (E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré)

Nom Prénom

DN Né(e) le

À remplir impérativement en cas de déplacement à domicile

Adresse PK C/mont C/mer

S'IL S'AGIT DE BLESSURES CAUSÉES PAR UN TIERS RESPONSABLE

Identité du responsable Date des faits

Circulation Agression Morsure d'animal Activité sportive Autre Plainte déposée Oui Non

MEDECIN (À remplir par le médecin)

Identification du médecin ou de l'établissement

Code médecin obligatoire

Si les soins sont dispensés par un médecin salarié dans un centre de soins (cachet de ce centre)

M

Médecin remplaçant

Accord préalable n°

Parcours de soins oui non

Si le patient est envoyé par le médecin traitant, indiquer le code du médecin traitant

Date de prescription

CONDITION DE PRISE EN CHARGE AUTRE QUE LA MALADIE (À remplir par le médecin)

Longue Maladie PCM n°

Maternité Date présumée d'accouchement

Autres prises en charge CCP URGENCE (week-end / férié)

N° FTS

PRESTATION DES ACTES (À remplir par le médecin)

Date des actes	Code des actes CPAM uniquement	Activités	Actes NGAP (C,CS,CSC, CNPSY, V,VS,VNPSY, K, P, MN, MD...) ou Tarification CPAM		Montant des honoraires facturés 1	Dépas sement  Exigence du malade (DE)	Frais de déplacement													
			Modificateur	Association/RC			IFD 2	IK												
								Nbre	Montant 3											
J J / M M / A A																				
J J / M M / A A																				
J J / M M / A A																				
J J / M M / A A																				

MONTANT TOTAL (1+2+3)

\*Signature du praticien attestant l'exécution des actes

FACTURATION EN TIERS PAYANT (À remplir par le médecin)

\*Signature OBLIGATOIRE de l'assuré attestant l'exécution des soins

Montant payé par l'assuré

Montant du tiers payant

Signature du praticien demandant le règlement en tiers payant à la CPS

ASSURÉ

MÉDECIN

## COMMENT REMPLIR LA FEUILLE DE SOINS ?

### DANS LA RUBRIQUE BENEFICIAIRE DES SOINS - ASSURE :

- Le médecin doit impérativement inscrire le nom et prénom du bénéficiaire des soins afin de l'identifier.
- L'assuré doit compléter l'ensemble des autres informations (DN, date de naissance).
- Si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré (enfants / personne à charge), ce dernier indique son nom, prénom, DN et sa date de naissance, dans la partie "Assuré(e)".
- En cas de déplacement du praticien au domicile, l'assuré doit indiquer son adresse géographique ainsi que son numéro de téléphone (exemple : pour un assuré résident à Papeete : PK=0..... Papeete).
- S'il s'agit de blessures causées par un tiers, l'assuré complète la rubrique prévue à cet effet.

### DANS LA RUBRIQUE MEDECIN :

- Le médecin appose son tampon d'identification et indique son code praticien. Si c'est un remplaçant, il coche la case « médecin remplaçant ».
- A la rubrique conditions de prise en charge, le médecin renseigne la ou les case(s) correspondante(s) à l'affection autre que « maladie ».
- En cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, le médecin devra utiliser la feuille de soins spécifique à ce régime délivrée par l'employeur, la présente feuille de soins ne sera pas utilisée.

#### **\* Pour un remboursement à l'assuré :**

- La signature de l'assuré et celle du médecin est requise pour attester la réalisation et le paiement de l'acte.
- le montant unitaire et le montant total des actes seront obligatoirement indiqués.
- Le médecin ne doit ni remplir ni signer la partie facturation en tiers-payant.

#### **Pour une facturation en tiers-payant :**

- L'assuré et le médecin attestent par leur signature la réalisation de l'acte et le paiement du ticket modérateur, sauf exonération.
- Le montant unitaire et le montant total des actes seront obligatoirement indiqués.
- Le médecin doit impérativement remplir les 3 cases de la rubrique « facturation en tiers-payant »:
  - La feuille de soins peut être envoyée par courrier ou déposée dans les boîtes aux lettres mises à disposition à l'entrée du siège social de Mama'o ainsi que dans toutes les antennes de la caisse.
  - L'assuré doit informer la CPS de tout changement dans sa situation : adresse géographique et/ou postale, situation familiale (mariage, divorce, certificat de concubinage, enfants, ...), activité professionnelle (licenciement simple ou économique, travail à l'étranger, ...), compte bancaire ou postal (banque, agence bancaire, intitulé de compte, ...).
  - Pour cela, un formulaire est disponible sur le site internet à l'adresse [www.cps.pf](http://www.cps.pf) ou à l'accueil du siège et dans les antennes.

**À compter de la date des soins, vous disposez d'un délai maximum d'un an pour bénéficier du remboursement ou du tiers payant**

## NĀFEA I TE FA'A'Ī I TE PARAU MA'I

### I TE TŪHA'A «TA'ATA I FĀNA'O I TE RAPA'AURA'A - TE TI'A PĀRURUHIA»

- Tītauhia te taote ia tāpa'o i te i'oa o te ta'ata fāna'o i te rapa'aura'a.
- Nā te ta'ata i pāruhia e fa'a'ī atu i te toe'a o te parau i anihia (DN, mahana fanaura'a).
- Mai te peu noa atu ē, te mau ta'ata i hāfāna'ohia te pāruhia'a tei rapa'auhia (tamari'i / te tahi mau ta'ata), tītau-ato'a-hia te ta'ata pāruhia e fa'a'ī i tāna tūha'a (i'oa, DN, mahana fanaura'a).
- Mai te peu noa atu ē, 'ua tere atu te taote i tō 'oe fare nō te rapa'aura'a, tītauhia 'oe, te ta'ata i pāruhia, 'ia pāpa'i mai i te vāhi nohōra'a 'e te nūmera niuniu.
- Mai te peu ē, e pepē i fa'atupuhia e te tahi atu ta'ata, a fa'a'i-ato'a-atu te tūha'a i fa'ata'ahia nō te reira.

### I TE TUHA'A A TE TAOTE :

- E tāumi atu te taote i tāna tītiro, tāpa'o ha'apāpūra'a i tōna io'a tae noa atu i tāna nūmera taote.
- I te tūha'a, mau tītaura'a nō te amōra'a i te mau ha'amāu'ara'a, nā te taote ia te reira e fa'a'ī atu.
- Mai te peu ē, e 'ati 'ohipa, tītauhia te taote e fa'a'ī i te tahi parau ta'a'ē e mauhia ra e te fatu 'ohipa, eiaha ra teie.

#### **\*Nō te fa'aho'ira'a i te moni pau a te ta'ata i pāruhia :**

- Tītauhia nā tu'urimara'a e piti : taote 'e ta'ata pāruhia. Tāpa'o i te 'ohipa i ravehia.
- 'Ia ha'apāpūhia te tārifā tae noa atu i te faito moni i ha'amāu'ahia.

\*E tarima te taote e te ta'ata paruhia teie api parau ma'i, no te ha'a papu ra'a i te hi'opo'ara'a i ravehia, e te tino moni i aufauhia.

- E tano e hāpono mai i teie nei parau aore rā pāti'a atu i roto i te 'āfata rata i fa'ata'ahia i te vāhi tomōra'a i te Fare Turuūta'a nō Mamao, aore ra i roto i te mau pū 'ohipara'a a te Fare Turuūta'a.

- Tītauhia te ta'ata i pāruhia 'ia fa'aāra i te Fare Turuūta'a i te mau taurā'a ato'a e tupu mai : vāhi nohōra'a, 'āfata rata, ti'ara'a 'utuāfare (fa'aipoipohia, fa'ata'ahia, parau 'apipitira'a, ti'ara'a o te mau tamari'i, ...), tā 'outou 'ohipa (ti'avaruhia, 'ohipa i te ara, ...), tā 'outou nūmera 'āfata moni.

- I ni'a i teie nei tumu parau, tē vai ra te tahi parau arata'ira'a i ni'a i te tahua natireva [www.cps.pf](http://www.cps.pf) aore rā i roto i tāna mau pū 'ohipa ato'a.

**Mai te taime a rapa'auhia ai 'outou, hō'ē matahiti te maoro e mana ai te parau fa'aho'ira'a moni pau.**