

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Projet FIDES

Cahier des charges des règles de facturation des actes et consultations externes (ACE)

Document à destination :

- de l'Assurance maladie obligatoire
- des éditeurs de logiciels hospitaliers de facturation des ACE

Version 0 du 6 mai 2010

Sommaire

Chapitre 1 - Introduction.....	4
1.1 Contexte et objectifs du projet.....	4
1.2 La formalisation des règles de facturation individuelle des actes et consultations externes (ACE).....	4
1.3 Le schéma de fonctionnement de la facturation individuelle des ACE.....	5
1.4 Le calendrier de mise en œuvre.....	6
1.5 Vos contacts.....	7
Chapitre 2 - Présentation générale des règles de facturation ACE.....	8
2.1 Le contexte réglementaire.....	8
2.1.1 La facturation individuelle des prestations hospitalières.....	8
2.1.2 Un interlocuteur financier unique.....	9
2.2 Périmètre du cahier des charges.....	9
2.3 Les acteurs.....	9
2.3.1 Les établissements de santé.....	9
2.3.2 Les professionnels de santé.....	10
2.3.3 Les assurés sociaux.....	10
2.3.4 Les « non assurés sociaux ».....	10
2.3.5 Les régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO).....	11
2.3.6 Les comptables publics hospitaliers (Trésor Public).....	11
2.4 Le modèle d'application T2A pour les ACE.....	11
2.4.1 Modalités et règles de prise en charge.....	11
2.4.2 Les actes et consultations externes.....	12
2.4.3 L'imagerie médicale.....	13
2.4.4 Le forfait vidéocapsule.....	14
2.4.5 Le forfait sécurité dermatologie.....	14
2.4.6 Les forfaits urgence, sécurité et environnement.....	16
2.4.7 Les actes en B et examens de laboratoire.....	17
2.4.8 La rétrocession de médicaments.....	17
2.4.9 Les transports.....	19
Chapitre 3 - Enchaînements fonctionnels de la facturation des ACE.....	20
3.1 Déterminer le contexte de facturation.....	20
3.1.1 La couverture sociale.....	20
3.1.2 Le contexte Parcours de Soins Coordonné (PSC).....	22
3.2 Recenser et tarifier les prestations servies.....	25
3.2.1 Recenser les prestations servies.....	25
3.2.2 Tarifier les prestations.....	27
3.3 Générer les normes aller (B2) et retour (NOEMIE).....	31
3.3.1 Description générale des flux.....	31
3.3.2 La norme B2 (dite « aller »).....	34
3.3.3 La norme NOEMIE (dite « retour »).....	40
Chapitre 4 - Référentiel.....	45
4.1 Règles de codification (Données).....	45
4.1.1 [Agrément logiciel].....	45
4.1.2 [Coefficient MCO].....	45
4.1.3 Dates.....	45
4.1.4 [Discipline médico-tarifaire] / [Mode de Traitement].....	46
4.1.5 [Domaine d'activité].....	46
4.1.6 [Émetteur du flux].....	46
4.1.7 [Exécutant].....	47
4.1.8 [N° de titre].....	47
4.1.9 [Complément au n° de titre].....	47
4.1.10 [Partenaire de santé].....	47

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

4.2	Liste des codes prestations ACE / Rétrocession / Urgence et sécurité.....	48
4.2.1	Liste des codes ACE	48
4.2.2	Liste des codes Rétrocession.....	50
4.2.3	Liste des forfaits d'imagerie médicale	50
4.2.4	Liste des forfaits d'urgence et sécurité	51
4.3	Tableau des modalités de Prise en charge (PEC) par régime.....	52
4.4	Tableau de correspondance entre les natures d'exonération issues de Vitale (API V.6) et les motifs d'exonération utilisés en norme B2	54
4.5	Tableau de relatif aux compatibilités actes/spécialités exécutants	61
4.6	Fiches « Règles de facturation » (guide DGOS).....	62
4.7	Glossaire	65

Lecture des symboles



Principe général de facturation individuelle



Point particulier de facturation



Information pratique

Chapitre 1 - Introduction

1.1 Contexte et objectifs du projet

Dans la continuité de la mise en place de la tarification à l'activité, l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit la mise en oeuvre d'une expérimentation de facturation individuelle des consultations et séjours aux caisses d'assurance maladie par des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif.

Ce mode de facturation devra permettre de disposer directement, aux niveaux national et régional, des données détaillées sur les prestations de santé des établissements hospitaliers concernés, en vue notamment d'une maîtrise renforcée des dépenses de santé. Il devra également être conçu de façon à limiter la complexité pour l'ensemble des acteurs : assurés, établissements de santé, organismes d'assurance maladie et réseau de la DGFIP.

L'expérimentation vise à déterminer, dans le but d'une généralisation, les meilleures conditions de mise en oeuvre en termes de fiabilité, de qualité, de délais et d'exhaustivité de la facturation et des paiements, ainsi que le système d'avance de trésorerie aux établissements de santé le mieux adapté à ce mode de facturation.

Après une phase de latence, le projet FIDES, de Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé publics et privés d'intérêt collectif est entré depuis quelques semaines dans une véritable phase opérationnelle, sur la base des conclusions du rapport de l'IGF et de l'IGAS de décembre 2008, avec :

- l'arrivée début janvier 2010 de Myriam Reynaud comme chef de projet ;
- une lettre de mission interministérielle finalisée, en cours de signature ;
- la mise en place d'un comité de pilotage en charge de définir les orientations stratégiques et d'effectuer les arbitrages, présidé par Jean-Marie Bertrand, Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, et réunissant Mme Podeur, Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, M. Libault, Directeur de la sécurité sociale, M. Mazauric, directeur à la DGFIP et M. van Roekeghem, directeur général de l'UNCAM ;
- un macro-planning pour l'expérimentation ;
- une équipe projet en cours de constitution.

La liste des établissements, caisses et postes comptables pilotes sera arrêtée dans les prochains mois par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur la base du volontariat et de critères de significativité au regard de l'évaluation de l'expérimentation et de la préparation de la généralisation.

1.2 La formalisation des règles de facturation individuelle des actes et consultations externes (ACE)

Un des éléments de réussite du projet consiste en l'utilisation de règles de facturation partagées entre les partenaires, et donc opposables, de manière à assurer autant que possible une facturation de qualité et limiter les risques de rejets du fait de la réglementation, générateurs de charges de travail et donc de coûts pour l'ensemble des acteurs.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
 MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
 UNCAM

Ce document, élaboré conjointement par le Ministère de la santé et des sports (DSS et DGOS) et l'UNCAM a pour vocation de présenter l'ensemble des règles et dispositifs applicables en matière de facturation des actes et de consultations externes.

Il est destiné à l'assurance maladie obligatoire et aux éditeurs de logiciels hospitaliers de facturation des ACE.

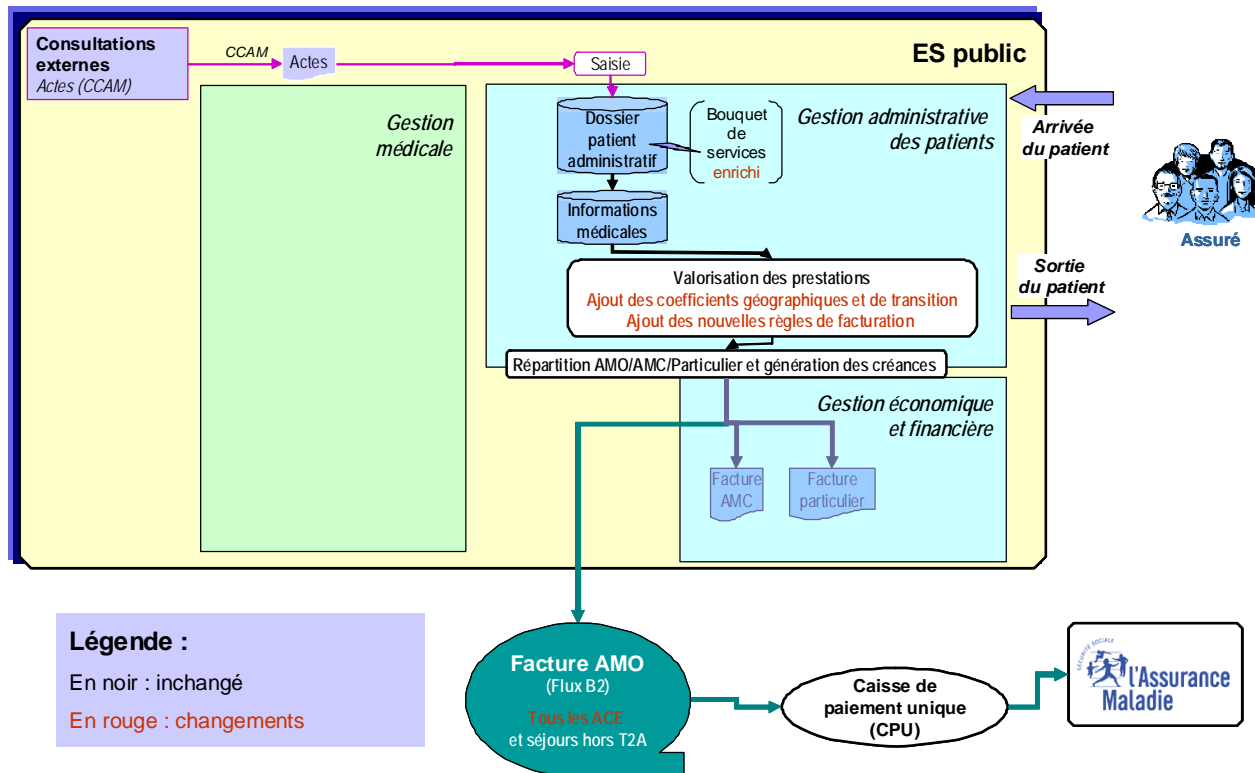
1.3 Le schéma de fonctionnement de la facturation individuelle des ACE

Dans une logique de limitation des impacts pour l'ensemble des acteurs, notamment hospitaliers, le dispositif retenu pour la facturation des actes et consultations externes s'appuie sur celui déjà en fonctionnement pour le paiement par l'assurance maladie obligatoire des prestations AME, CMUC, migrants... (avec l'envoi, par télétransmission répondant à la norme B2, d'une facture individuelle à une caisse de paiement unique – CPU -, en charge de centraliser l'ensemble des flux de facturation hospitaliers pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire).

En conséquence, les évolutions nécessitées par l'intégration dans ce dispositif de la facturation individuelle au titre de l'assurance maladie obligatoire portent essentiellement sur des données de type T2A, telles que les forfaits (ATU, SE, FFM) et les coefficients (géographique et de transition).

Le schéma ci-après présente les principales composantes et étapes fonctionnelles du flux de facturation :

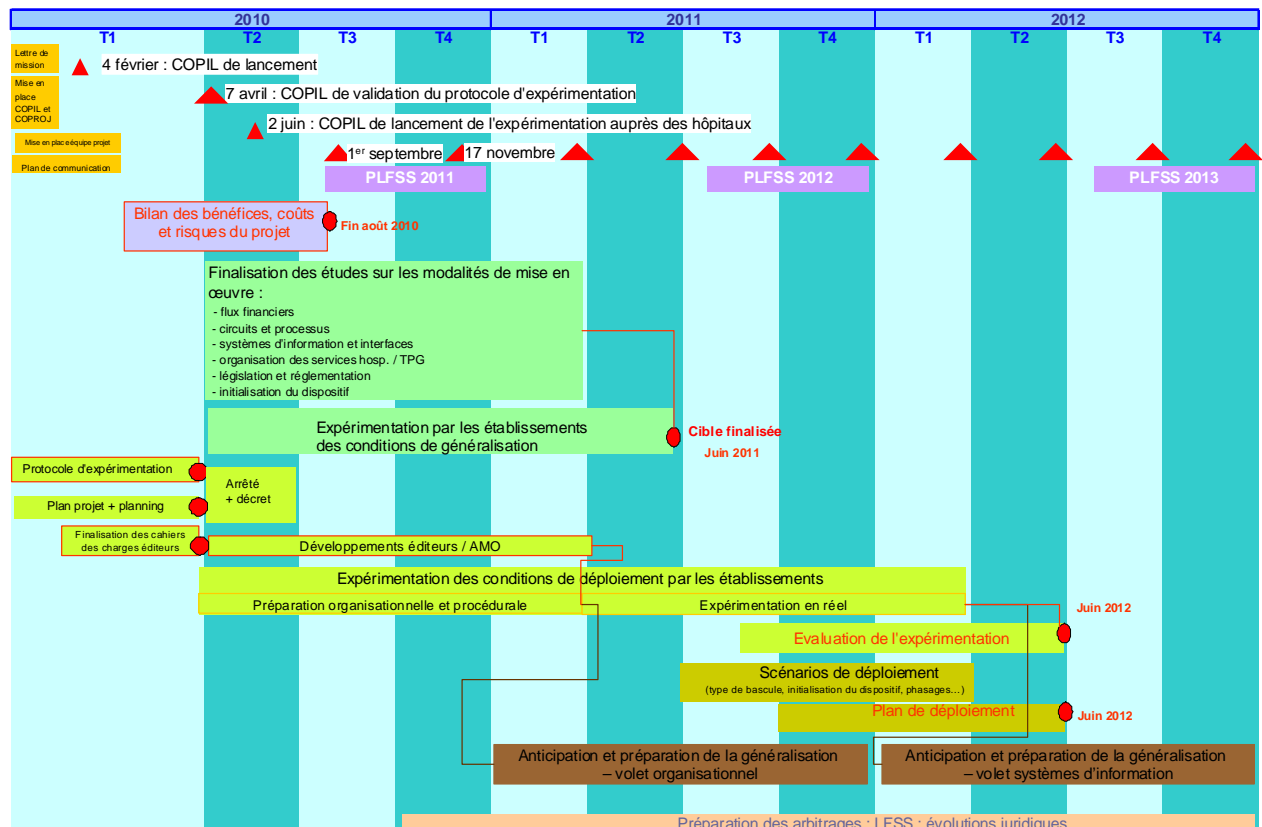
Schéma général pour le fonctionnement du dispositif de facturation des ACE



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

1.4 Le calendrier de mise en œuvre

Le planning 2010 – 2012 de l'expérimentation est le suivant :



En conséquence, le rétro-planning de mise en œuvre des règles de facturation décrites dans ce cahier des charges est le suivant :

- Mi avril / début mai 2010 : mise à disposition du cahier des charges des règles de facturation ACE
- 17 mai 2010 : Réunion questions / réponses sur les règles de facturation (ACE et séjours) avec les éditeurs
- Fin mai 2010 : Finalisation de la liste des éditeurs / établissements hospitaliers volontaires
- 2 juin 2010 : Comité de pilotage de lancement de l'expérimentation auprès des hôpitaux
- Mi juin 2010 : Lancement du groupe consultatif des éditeurs volontaires
- Juillet 2010 : ouverture de la certification des éditeurs volontaires au CNDA sur les règles de facturation des ACE
- Février 2011 : démarrage d'une phase à blanc de la facturation individuelle des ACE avec les établissements pilotes

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

- Avril 2011 : démarrage de la phase en réel de la facturation individuelles des ACE pour les établissements pilotes qui seront prêts :
- logiciel de facturation ACE certifié ;
 - plus de 95% des factures ACE télétransmises¹ ;
 - moins de 10 % de factures ACE rejetées.

1.5 Vos contacts

Pour les éditeurs de logiciels hospitaliers de facturation des ACE, votre contact est :

Didier LE STUM
DGOS
Ministère de la Santé
e-mail : Didier.LESTUM@sante.gouv.fr

Nota : ne vous adresser **en aucun cas** aux équipes de la CNAMTS, et en particulier au CNDA (qui ne pourra vous apporter aucune réponse tant que la cession de certification ne sera pas ouverte).

¹ Au regard de l'ensemble des factures transmises (par télétransmission et manuellement).

Chapitre 2 - Présentation générale des règles de facturation ACE

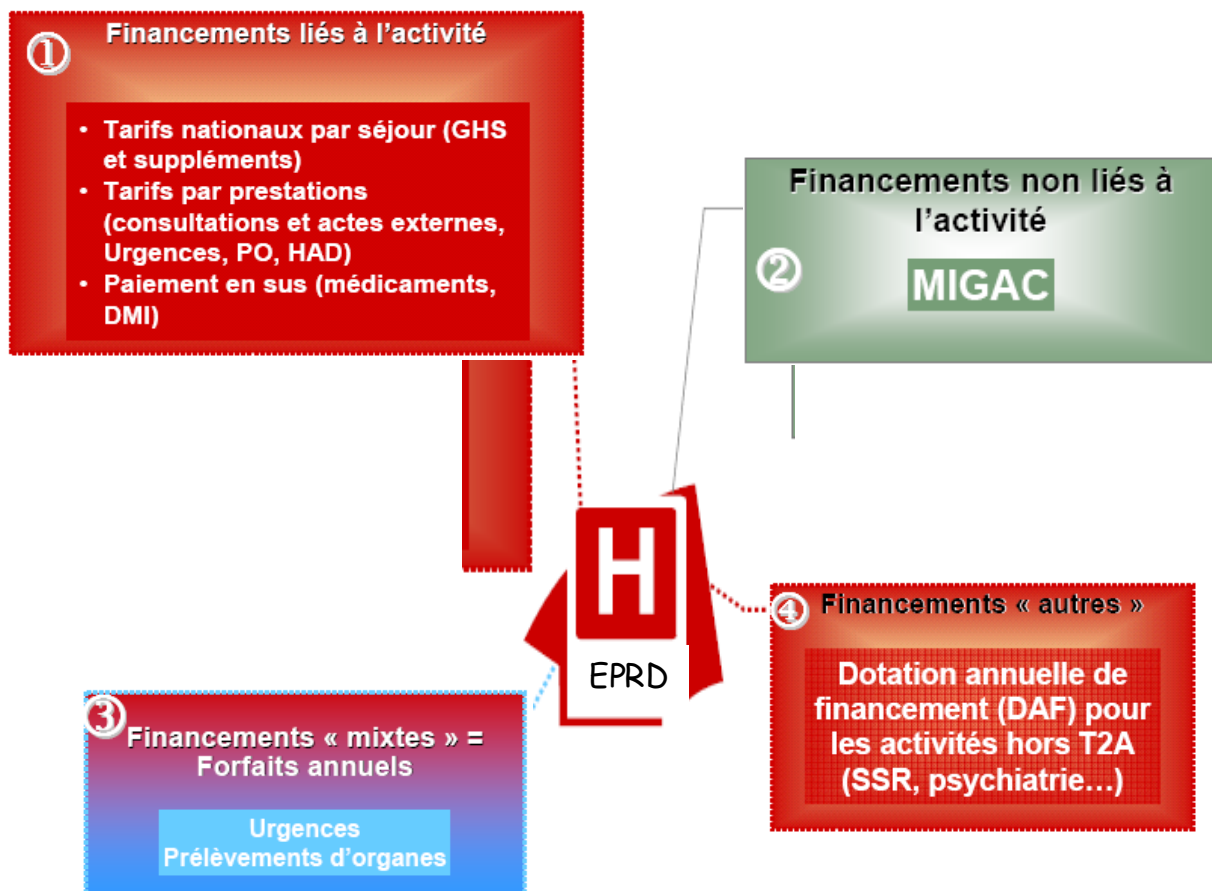
2.1 Le contexte réglementaire

2.1.1 La facturation individuelle des prestations hospitalières

Le passage à la facturation individuelle entre les établissements publics et privés anciennement en dotation globale et l'assurance maladie obligatoire a été entériné par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004 (Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 – Article 33).

Jusqu'à présent, par dérogation aux dispositions de l'article L174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisations, les actes et consultations externes ainsi que les produits pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 (spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux à usage individuel facturables en sus des prestations d'hospitalisation) du même code ne sont pas encore facturés individuellement à la caisse désignée à l'article L174-2² du même code.

Schéma d'allocation des ressources (AMO)



² Caisse d'assurance maladie obligatoire de la circonscription d'implantation de l'établissement.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

2.1.2 Un interlocuteur financier unique

La LFSS 2005 (Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 – Article 63) prévoit le règlement des factures émises par les établissements publics et privés ex. DG par **un interlocuteur financier unique, la caisse de paiement unique (CPU)**.

Par ailleurs, la loi prévoit concernant la CPU (Article L174-2-1) que « La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ainsi que **les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26** est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 ».

2.2 Périmètre du cahier des charges

La facturation individuelle des ACE concerne les prestations hospitalières suivantes :

- Les Actes et Consultations Externes (ACE) définies par l'article L. 162-26 du CSS :
 - les consultations externes ;
 - les actes externes ;
 - les urgences pour les passages sans hospitalisation ;
 - les forfaits (ATU, SE, FFM, forfaits techniques imagerie).
- Les ACE réalisés dans les services de soins externes, y compris ceux réalisés lors des passages dans les services d'urgence, sont financés sur la base des nomenclatures et tarifs conventionnels applicables à la médecine conventionnelle.
- La rétrocession de médicaments.

Les limites : L'activité libérale des praticiens temps plein hospitaliers (TPH) ne rentre pas dans le périmètre de la facturation individuelle des ACE.

2.3 Les acteurs

2.3.1 Les établissements de santé

La facturation individuelle est appliquée par l'ensemble des établissements de santé concernés par la réforme de la tarification à l'activité, y compris pour les populations de bénéficiaires « hors T2A » qui font d'ores et déjà l'objet d'une facturation individuelle (migrants et AME).

Il s'agit de l'ensemble des établissements mentionnés aux a) b) et c) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant les activités de MCOO et soumis à la T2A :

- Les établissements publics de santé (EPS)**, à l'exclusion des hôpitaux locaux et des établissements dispensant les soins aux détenus.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

- Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) :
 - les établissements de santé privés gérés par des organismes à but non lucratif qui en font la demande auprès de l'ARS,
 - les centres de lutte contre le cancer (CLCC).
- Les groupements de coopération sanitaire autorisés (GCS).

Exclusions :

En raison des caractéristiques particulières de leur activité ou des conditions de réalisation des soins, les établissements qui suivent sont hors du champ de la facturation individuelle :

- Les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées. (Établissement public de santé national de Fresnes).
- Les établissements des services de Santé de l'Armée,
- Les établissements nationaux et locaux de l'Institution Nationale des Invalides,
- Les unités de soins de longue durée,
- Les établissements des TOM/ROM,
- Les établissements de santé de Mayotte, et de Saint Pierre et Miquelon, dans l'attente de leur intégration dans le régime commun de financement.

2.3.2 Les professionnels de santé

L'activité de soins externes est réalisée à l'hôpital par un ensemble de personnels :

- les praticiens salariés hospitaliers dans leur exercice salarié temps plein, généralistes ou spécialistes, toutes disciplines confondues ;
- les auxiliaires médicaux et les sages femmes ;
- les directeurs et techniciens de laboratoire.

2.3.3 Les assurés sociaux

Les assurés sociaux concernés sont les suivants :

- tous les assurés sociaux et bénéficiaires ou ayant droits justifiant de l'ouverture de droit au titre d'un régime légal d'assurance maladie français ;
- les bénéficiaires CMU/CMUC (gérés par le régime général).

2.3.4 Les « non assurés sociaux »

Les non assurés sociaux concernés sont les suivants :

- les bénéficiaires d'un régime étranger de sécurité sociale ;
- les bénéficiaires de l'AME (100 %).

2.3.5 Les régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO)

Il s'agit de l'ensemble des régimes d'assurance maladie traitant de la part AMO.

Concernant la part complémentaire (AMC) : celle-ci est incluse dans le périmètre de l'expérimentation lorsque la part complémentaire est traitée par le même organisme gestionnaire que la part obligatoire, selon le calendrier suivant :

- Avril 2011 : traitement de la part complémentaire pour la CMUC.
- Échéance en cours de définition pour 2011 / 2012 : gestion unique AMO / AMC pour les autres situations.

2.3.6 Les comptables publics hospitaliers (Trésor Public)

Les comptables publics hospitaliers sont impliqués de la manière suivante :

- Le Trésor Public (TP) tient la comptabilité de l'établissement.
- Il assure la prise en charge des titres de recettes individuels émis automatiquement par l'établissement en même temps que chaque facture individuelle télétransmise à la CPU.
- Il encaisse les paiements.
- Il rapproche le virement bancaire reçu avec le flux d'information de paiement (télétransmis par la CPU selon la norme NOEMIE 578) à partir du libellé du virement.
- Il rapproche le flux d'information de paiement (télétransmis par la CPU selon la norme NOEMIE 578) avec le titre de recette correspondant à partir de l'identifiant du titre de recette (sur 15 caractères).
- Il assure le recouvrement des titres de recette impayés.

2.4 Le modèle d'application T2A pour les ACE

2.4.1 Modalités et règles de prise en charge

Le dispositif de facturation individuelle consiste à appliquer aux données d'activités :

- Les tarifs nationaux affectés d'un coefficient de transition (CT) et / ou d'un coefficient géographique (CG), complétés le cas échéant de suppléments.
- Le taux réel de prise en charge du patient** afin de calculer la part de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, en fonction de ses droits recueillis par lecture de la carte Vitale, par accès à l'outil CDR, par accès sur ameli.fr voire au regard d'une attestation papier ou tout autre pièce pouvant justifier de droits ouverts lors de l'admission.



Autres modalités de financement :

- Forfaits annuels relevant d'une modalité particulière de financement mixte ex : forfait annuel d'urgence (**FAU**) ou complément au prélèvement d'organes (**CPO**).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

- Financement ne relevant pas d'une tarification à l'activité mais d'une enveloppe de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (dotation MIGAC, code **MGC**).

Sur le champs ACE, le financement des établissements repose sur :

- Des tarifs de la CCAM, de la NGAP, de la NABM, auxquels s'appliquent les coefficients correcteurs dits de transition « CT » ou géographique « CG » (cf. tableau récapitulatif au chapitre « Tarifier les prestations »). Ces remboursements sont, en général, pris en charge à 70 ou 100% selon le taux fixé par le régime d'assurance maladie.
- Un ticket modérateur (TM) perçu auprès du patient ou de sa mutuelle, déterminé sur la base des actes et consultations externes. La part complémentaire ne supporte pas les coefficients correcteurs (CT/CG).

Principes de prise en charge par les régimes AMO :



- Ouverture de droits et maintien des droits :

- Les bénéficiaires de l'Assurance maladie obligatoire qui correspondent aux conditions d'ouverture des droits, disposent d'un droit d'un an maximum (décret n°207-199 du 14/02/07).
- Le maintien des droits (qui commence dès la perte de la qualité d'assuré) est également d'une durée d'un an maximum.



- La dispense d'avance des frais pour la part obligatoire :** le principe de la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire en hospitalisation est prévu par l'article L.162-21-1 du CSS. Pour ce, l'assuré est dans l'obligation de présenter sa carte Vitale (art. R.174-4 du CSS). Cette formalité dispense d'ailleurs l'établissement de demander à la caisse une prise en charge sauf en cas d'accident du travail.

2.4.2 Les actes et consultations externes



Se reporter à la liste des ACE dans le chapitre correspondant


Principes :

- Les ACE respectent les règles de gestion du parcours de soins coordonné (PSC) (Cf. chapitre « Règles de codification »).
- La participation forfaitaire 1 € est prélevée à l'assuré sur les flux de facturation individuelle (mécanisme implémentée également pour les franchises).

Règles :

ACE-001	Taux de prise en charge : 70 % pour le régime général
ACE-002	Les ACE supportent l'application du seul coefficient de transition (zone coefficient MCO ; type 4S CP, position 66-70)
ACE-003	Aucun produit relevant de la liste de rétrocession hospitalière ou de la liste L.162-22-7 ne peut être facturé avec les ACE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

<p>ACE-004</p> 	<p>Norme B2 : les zones Discipline Médico-Tarifaire (DMT) et Mode de Traitement (MT) ne sont pas valorisées (000/00)</p> <p>Les zones Discipline Médico-Tarifaire (DMT) et Mode de Traitement (MT) restent valorisées à [000/07] pour les non assurés sociaux.</p>
---	--

2.4.3 L'imagerie médicale



Se reporter à la liste des forfaits d'imagerie médicale dans le chapitre correspondant.

Principes :

- Il s'agit de forfaits techniques (FT) facturés pour rémunérer le recours aux équipements en sus de l'acte intellectuel qui rétribue l'établissement où le praticien a effectué l'acte d'imagerie médicale (hors activité libérale).
- Ces FT sont définis par les caractéristiques, l'amortissement, la zone d'implantation de l'appareil et par seuils d'activité.

Règles :


IMA-001	Taux de prise en charge : 100 % (prestation exonérée par nature)
IMA-002	Les FT supportent l'application du coefficient de transition
IMA-003	Les actes associés sont pris en charge au taux des consultations externes
IMA-004	Les actes associés supportent l'application du coefficient de transition
IMA-005	Les FT sont transmis avec des disciplines médico-tarifaires (DMT) et des modes de traitement (MT) renseignés (Cf. valeurs dans le chapitre « Référentiel »)
IMA-006	Les FT ne sont pas soumis aux règles du parcours de soins coordonné
IMA-007	Dans le cas d'une facturation de 2 forfaits techniques (association de 2 actes de scanographie ou pour une procédure contenant plusieurs examens de scanographie), le 2 ^{ème} FT est réduit de 10%

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

2.4.4 Le forfait vidéocapsule

Principe : L'acte CCAM HGQD002 « Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée » s'accompagne d'un forfait « vidéocapsule » (VDE).

Règles :


VDE-001	Taux de prise en charge : 100 % (prestation exonérée par nature)
VDE-002	Les coefficients de transition et géographiques ne s'appliquent pas sur le forfait VDE
VDE-003	L'acte CCAM est soumis au TMF 18 € Ce dernier ne s'applique pas sur le forfait VDE
VDE-004	Lorsque l'acte CCAM est réalisé hors parcours de soin la majoration du ticket modérateur s'applique à l'acte mais pas au forfait VDE
VDE-005 	L'exonération CCAM (code exo. « C ») est renseigné sur l'acte CCAM mais pas sur le forfait VDE qui est une prestation exonérée par nature



2.4.5 Le forfait sécurité dermatologie

Principes :

- Ce forfait « FSD », qui rémunère un environnement spécifique, s'applique à une liste d'actes d'exercice de naevi cellulaires ou de tumeurs malignes cutanées lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie locale.
- Ce forfait ne peut se cumuler avec une prestation d'hospitalisation telle que définie à l'article R.162-32 du CSS.

Règles :

FSD-001	Taux de prise en charge : 70 %
FSD-002	Les coefficients de transition et géographiques ne s'appliquent pas sur le forfait FSD
FSD-003	Le coefficient de transition s'applique sur les actes CCAM qui l'accompagnent
FSD-004 	Lorsque l'acte CCAM est exonéré par application de la règle du seuil d'exonération (acte ou cumul d'actes CCAM dont le montant est supérieur ou égal à 91 €), le FSD qui l'accompagne est pris en charge à 100% Dans ce contexte et pour le seul code prestation « FSD » , il s'agit d'appliquer le motif d'exonération du ticket modérateur « soins particuliers exonérés » (code justificatif d'exonération « 3 »)

<p>FSD-005</p>	<p>Les actes CCAM réalisés avec le FSD peuvent donner lieu à l'application du TMF 18 €</p> <p>Le FSD ne rentre pas en compte dans le calcul du seuil des 91 € et le TMF 18 € doit être prélevé sur l'acte CCAM</p>
<p>FSD-006</p> 	<p>Le parcours de soins s'applique au FSD.</p> <p>De ce fait, si l'acte est réalisé hors parcours, la majoration du ticket modérateur s'applique à l'acte CCAM et au FSD. Il s'agit donc de renseigner en norme CP / Type 2S / Position 121, les indications relatives au PSC (Cf. chapitre « Recenser les prestations servies »)</p>
<p>FSD-007</p> 	<p>Le FSD ne peut être facturé seul. Il accompagne nécessairement un acte d'exérèse</p> <p>Ce forfait technique et l'acte qui l'accompagne sont transmis en type 4</p> <p>Liste des actes CCAM (code regroupement : « ADC ») en regard desquels s'applique le FSD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> BAFA005 Exérèse non transfixiante de lésions multiples unilatérales de paupière <input checked="" type="checkbox"/> BAFA006 Exérèse non transfixiante d'une paupière <input checked="" type="checkbox"/> BAFA012 Exérèse de lésion cutanée du sourcil <input checked="" type="checkbox"/> CAFA002 Exérèse partielle non transfixiante de l'auricule <input checked="" type="checkbox"/> CAFA005 Exérèse partielle transfixiante de l'auricule <input checked="" type="checkbox"/> GAFA007 Exérèse non transfixiante de lésions de la peau, du nez ou de la muqueuse nasale <input checked="" type="checkbox"/> HAFA008 Exérèse non transfixiante de lésion de lèvre <input checked="" type="checkbox"/> QZFA003 Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 6 zones cutanées, ou plus, de moins de 5 cm² <input checked="" type="checkbox"/> QZFA004 Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 5 cm² à 10 cm² <input checked="" type="checkbox"/> QZFA011 Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 10 cm² à 50 cm² <input checked="" type="checkbox"/> QZFA030 Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de plus de 200 cm² <input checked="" type="checkbox"/> QZFA031 Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 2 à 5 zones cutanées de moins de 5 cm² <input checked="" type="checkbox"/> QZFA035 Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de plus de 20 cm² à 200 cm² <input checked="" type="checkbox"/> QZFA036 Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm²

2.4.6 Les forfaits urgence, sécurité et environnement

Principes :

- ☒ Dans le cas de l'urgence autorisée, chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation donne lieu à facturation d'un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU).
- ☒ Un forfait, dénommé «forfait de petit matériel» (FFM) est facturé dès lors que certains soins non programmés et non suivis d'hospitalisation, réalisés sans anesthésie et nécessitant la consommation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, sont délivrés au patient dans les établissements de santé qui ne sont pas autorisés à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences.
- ☒ Les forfaits SE (SE1 / SE2 / SE3 / SE4) rémunèrent la réalisation de certains actes limitatifs, qui requièrent l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement particulier. Le forfait SE est facturé pour chaque passage donnant lieu à la réalisation de l'un des actes prévus dans les conditions définies par l'arrêté de classification des prestations (Art. 7 ; IV de l'arrêté du 19 février 2009) :
 - Le SE 1 est facturé dès lors qu'un acte d'endoscopie sans anesthésie générale ou locorégionale inscrit sur la liste 1 de l'annexe 11, nécessitant le recours à un secteur opératoire, est délivré au patient.
 - Le SE 2 est facturé dès lors qu'un acte sans anesthésie générale ou locorégionale inscrit sur la liste 2 de l'annexe 11, nécessitant le recours à un secteur opératoire, est délivré au patient.
 - Le SE 3 ou le SE 4 sont facturés dès lors qu'un acte inscrit respectivement sur la liste 3 ou 4 de l'annexe 11, nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier, est délivré au patient.

Règles :

URS-001	Les forfaits ATU / FFM / SE supportent l'application des coefficients de transition et géographique pour ce qui concerne les assurés sociaux (zone coefficient MCO ; type 4S CP, position 66-70)
URS-002	Les forfaits ATU / FFM / SE facturés aux non assurés sociaux (« migrants » et bénéficiaires de l'AME) le sont à partir d'un tarif « régional » calculé par l'ARS (sur la base du tarif nominal corrigé, le cas échéant, d'un coefficient géographique)
URS-003	Les consultations et actes facturés en sus supportent le même taux de prise en charge que les forfaits (propagation du taux)
URS-004	Les consultations et actes facturés en sus ne supportent que le coefficient de transition
URS-005	Un forfait ATU / FFM / SE ne peut se cumuler avec un GHS sur une même facture
URS-006	Les forfaits ATU / FFM / SE sont incompatibles entre eux
URS-007	Lorsque l'état de santé du patient conduit à la réalisation de deux ou plusieurs actes inscrits sur des listes différentes de l'annexe 11 de l'arrêté du 19 février 2009, 2 forfaits SE peuvent être facturés, le forfait le moins élevé devant être minoré de 50%

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

URS-008	Les forfaits urgence et sécurité sont soumis au TMF 18 € selon la valeur de l'acte Le TMF 18 € est déduit de l'ATU, du FFM ou du SE
URS-009	Les soins externes dispensés dans des services agréés pour l'urgence sont exclus du parcours de soins coordonné
URS-010	Les médicaments onéreux et dispositifs de la liste L.162-22-7 ne sont pas facturés en sus

2.4.7 Les actes en B et examens de laboratoire

Règles :

BIO-001	Taux de prise en charge : 60 % (Régime général)
BIO-002	Ces actes et examens supportent l'application du coefficient de transition (CT)

2.4.8 La rétrocession de médicaments



Cf. développements dans le guide pratique rétrocession)

	Codés UCD	Non codés
Type de produit	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Médicament disposant d'une AMM <input checked="" type="checkbox"/> Médicament bénéficiant d'une ATU de Cohorte <input checked="" type="checkbox"/> Médicament bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Médicaments bénéficiant d'une ATU nominative <input checked="" type="checkbox"/> Préparations hospitalières <input checked="" type="checkbox"/> Préparations magistrales hospitalières <input checked="" type="checkbox"/> Médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation autre que parallèle <input checked="" type="checkbox"/> Pharmacie hospitalière dérogatoire
Codage produit	Code UCD (7 chiffres commençant par 9)	Pas de codage
Libellé	Libellé complet : Nom - dosage - forme galénique	Nom commercial ou nom de la ou les substances actives utilisées

	Codés UCD	Non codés
Code nature de prestation	Identification / Taux de prise en charge : <input checked="" type="checkbox"/> PHH : 100 % <input checked="" type="checkbox"/> PHS : 65 % <input checked="" type="checkbox"/> PHQ : 35 %	Taux de prise en charge commun 100 % <input checked="" type="checkbox"/> PHU : ATU nominative <input checked="" type="checkbox"/> PHP : préparations hospitalières <input checked="" type="checkbox"/> PHM : préparations magistrales <input checked="" type="checkbox"/> PHI : autorisation d'importation # <input checked="" type="checkbox"/> PHD : pharmacie dérogatoire
Prix	<input checked="" type="checkbox"/> AMM et autorisation d'importation parallèle : Prix de vente labo HT + TVA <input checked="" type="checkbox"/> ATU de cohorte : Prix d'achat par l'établissement TTC (prix libre)	<input checked="" type="checkbox"/> ATU et autorisation d'importation autre que parallèle : Prix d'achat par l'établissement TTC (prix libre) <input checked="" type="checkbox"/> Préparations hospitalières et magistrales : Coût de fabrication TTC
Quantité	Nombre d'UCD délivrées d'un même médicament identifié par un code UCD	Nombre de médicaments dispensés pour une même prescription
Coefficient de fractionnement	Facturation d'une UCD fractionnée, ex. : 1 flacon pour 4 patients → fractionnement = 0,25	
Coût de reconstitution	2 catégories de médicaments rétrocedés peuvent faire l'objet de la facturation du coût de reconstitution : <input checked="" type="checkbox"/> les médicaments anticancéreux injectables figurant sur la liste de rétrocession <input checked="" type="checkbox"/> les médicaments dont l'arrêté d'inscription sur la liste de rétrocession mentionne cette possibilité → coût de rétrocession TTC = coût TTC des composants et des consommables + coût du personnel	
Marge de rétrocession	Marge de 22 € TTC (mai 2010) par ligne de prescription pour chaque spécialité pharmaceutique identifiée par un code UCD	Marge de 22 € TTC (mai 2010) par ligne de prescription pour chaque nature de prestation Code prestation : MAR
Montant TTC	(Prix Unitaire x nombre d'UCD) + coefficient de fractionnement + marge forfaitaire + coût de reconstitution	(Prix Unitaire x nombre d'unités délivrées) + marge forfaitaire

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

2.4.9 Les transports

Principes : Les transports dits « primaires » relèvent d'un trajet du lieu de résidence ou de détresse vers l'établissement.

Règles :

Transports de « droit commun » (Art. R.322-10 du Code de la Sécurité Sociale) :

TRA-001	Taux de prise charge = 65 % et 100% pour AME
----------------	--

Transports urgents (SMUR / SAMU) :

TRA-002	Ils sont inclus dans l'enveloppe MIGAC pour les parts obligatoires et complémentaires
----------------	---

Chapitre 3 - Enchaînements fonctionnels de la facturation des ACE

La facturation des ACE est constituée des trois étapes fonctionnelles suivantes :

- Déterminer le contexte de facturation
- Recenser et tarifier les prestations servies
- Générer les normes aller (B2) et retour (NOEMIE)

3.1 Déterminer le contexte de facturation

3.1.1 La couverture sociale

Il appartient à l'établissement de santé de prendre connaissance de la situation du bénéficiaire des soins à partir des données de la carte Vitale présentée.

La lecture des informations contenues dans la carte Vitale est effectuée conformément aux préconisations publiées par le GIE SESAM Vitale (cf. www.sesam-vitale.fr).

L'accès aux informations confidentielles (droits à l'exonération du ticket modérateur) requiert l'utilisation d'une carte de professionnel de santé habilitée (CDE / CPE), délivrée par l'ASIP Santé.

Mise en œuvre

- Demander la carte vitale ou, à défaut, l'attestation papier, une attestation CMU complémentaire ou une attestation d'aide médicale État (AME)...
- Lire la carte vitale (dont information médecin traitant à partir de la version Vitale 1ter) et vérifier sa mise à jour (conditionne l'octroi du tiers-payant).
- En l'absence de carte vitale ou d'attestation, interroger les bases de données AMO (CDR / Ameli...).

Les données acquises

- Identification du bénéficiaire :
 - NIR ;
 - Nom ;
 - Date de naissance ;

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

- Rang de naissance :

Bénéficiaire seul	Rang gémellaire = 1
1 ^{er} d'une naissance multiple	Rang gémellaire = 1
2 ^{ème} d'une naissance multiple	Rang gémellaire = 2
3 ^{ème} d'une naissance multiple	Rang gémellaire = 3
Nota :	La valeur zéro est incorrecte

- Qualité du bénéficiaire :

0	Ouvrant droit
1	Ascendants, descendants, collatéraux ascendants
2	Conjoint
3	Conjoint divorcé
4	Concubin
5	Conjoint séparé
6	Enfant
8	Conjoint veuf
9	Ayant droit

- Identification de l'organisme AMO prenant en charge les soins :

- Code grand régime (Cf. annexe de la norme B2) : ex. 01 pour affiliation au régime général ;
- Code gestion (Cf. www.sesam-vitale.fr/editeurs/orgdest_telechargement.asp) : ex. 10 pour un salarié du régime général ;
- Code caisse de rattachement (cf. www.sesam-vitale.fr/editeurs/orgdest_telechargement.asp) : ex. 751 pour affiliation à la CPAM de Paris ;

- Identification des droits ouverts et de particularités d'exonération ou de modulation de ticket modérateur :

- Justificatif d'ouverture des droits : date début/date fin ;

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

- Exonération ticket modérateur (exemples) :
 - ✓ Situation de l'assuré :

Pension militaire (Art. 115)	Code nature exonération = 01
Pension d'invalidité (régime 120)	Code nature exonération = 14
Maternité	Code nature exonération = 06

- ✓ Motifs médicaux :

Affection liste	Code nature exonération = 08
Affection exceptionnelle	Code nature exonération = 09
Affection multiple	Code nature exonération = 13

- ✓ ETM famille :

Rente AT-MP \geq 66% (régime 150)	Code nature = 00
Régime local frontalier	Code nature = 01
Fonds Solidarité Vieillesse	Code nature = 11
Régime Local Alsace-Moselle	Code nature = 12

- Identification de la couverture complémentaire : Numéro de mutuelle (exemples)

CMUC gérée par un organisme AMO	N° 9999999 7
CMUC gérée par un organisme AMC	N° 8888888 8
Bénéficiaire de l'AME	N° 7550001 7

3.1.2 Le contexte Parcours de Soins Coordonné (PSC)

Principes :

- La notion de PSC est conditionnée par la désignation préalable d'un médecin traitant (MT) par le patient et l'envoi de la déclaration de choix du MT.
- L'accès aux soins doit se faire dans le cadre d'un parcours coordonné autour du Médecin Traitant et du Médecin Correspondant.
- Un accès aux soins en dehors du PSC implique un droit à dépassement pour le médecin spécialiste conventionné, à tarif opposable, et une augmentation du ticket modérateur à charge de l'assuré social.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Le dispositif concerne tous les assurés ou ayant droit de plus de 16 ans relevant des régimes d'assurance maladie-maternité, y compris les personnes bénéficiaires de la CMU et de la CMUC.

Le patient est considéré « hors PSC » :

- s'il n'a pas été orienté par son MT ;
- s'il n'a pas déclaré de MT.



Les attestations de carte vitale et CMUC récentes comportent la mention "le bénéficiaire a déclaré un médecin traitant".



La vérification des droits et du médecin traitant en ligne est possible également par le biais du dispositif CDR.



Les majorations applicables aux actes et consultations externes dans le cadre du dispositif du médecin traitant (conventions médicales, Article L.162-14-1 du Code de la Sécurité Sociale) sont facturées dans les conditions fixées par l'arrêté du 3 mai 2007.

Mesures applicables en cas de non respect du PSC :

- Majoration de tarif (dépassement autorisé « DA ») : 17,5 % par acte clinique ou technique sur la base du tarif en PSC arrondi à l'euro supérieur.
- Majoration de Ticket Modérateur (MTM) : c'est l'UNCAM qui fixe le pourcentage de la majoration, qui doit se situer dans la fourchette prévue à l'article R.322-1-1 du Code de la Sécurité Sociale.
 - La MTM est de 40 % du tarif servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie plafonnée à 10 euros (date d'effet : 01/02/2009).
 - **Cas d'exclusion de la MTM :**
 - ✓ les soins exécutés au titre de l'assurance AT-MP,
 - ✓ les soins exécutés au titre de l'assurance Maternité,
 - ✓ les situations assimilées à de l'urgence.

Cas particulier des bénéficiaires de la CMUC :

- Le dispositif du médecin traitant s'applique aux bénéficiaires de la CMUC qui sont tenus, comme tous les assurés, de respecter les règles du parcours de soins.
- La majoration du ticket modérateur (MTM) est applicable au bénéficiaire de la CMUC qui ne respecte pas le dispositif du médecin traitant et le parcours de soins. Toutefois, cette majoration est prise en charge par la CMUC.
- L'avenant n°21 du 07/02/2007 (JO du 19/04/2007) supprime la possibilité pour les praticiens spécialistes conventionnés à tarifs opposables de facturer des dépassements (DA) aux bénéficiaires de la CMU C qui les consultent en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors de cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient.

Cas d'exclusions du parcours de soins - Le patient n'est pas concerné par le dispositif dans les cas suivants :

- il a moins de 16 ans ;
- il est à l'AME (hormis pour les bénéficiaires de l'AMEC) ;

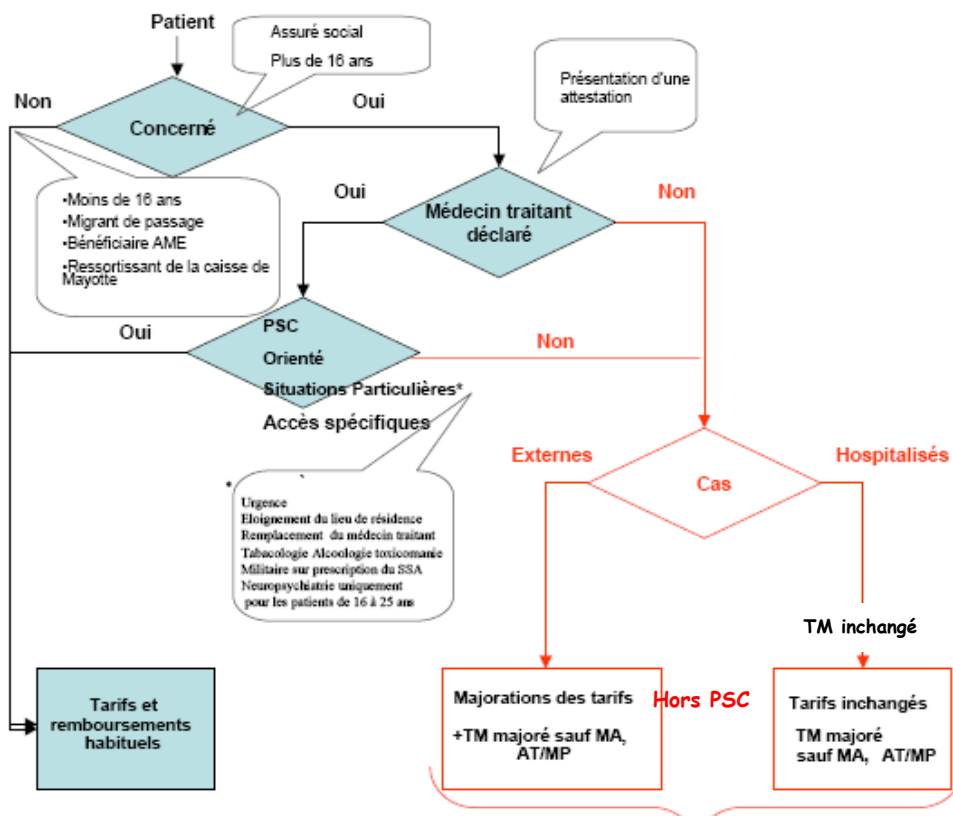
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
 MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
 UNCAM

- il est migrant de passage (codes sexe = 5 et 6) ;
- il est affilié à la caisse de Mayotte (caisse 976).

Autres cas d'exclusion :

- les actes de scanner (FTN, FTR) ;
- les soins effectués dans le cadre de l'urgence ;
- les factures dans le cadre d'une hospitalisation.

Cinématique d'application du PSC



3.2 Recenser et tarifier les prestations servies

3.2.1 Recenser les prestations servies

Il s'agit des prestations entrant dans le champ des actes et consultations externes (ACE) au sens de l'article L.162-26 du Code de la Sécurité Sociale :

- Les ACE réalisés dans les services de soins externes, y compris ceux réalisés lors des passages dans les services d'urgence (ATU / FFM / SE) ainsi que les forfaits techniques d'imagerie (IRM / SCAN), sont facturés sur la base des nomenclatures et tarifs applicables à la médecine conventionnelle.
- La prise en charge de ces actes est donc réalisée selon le codage et la cotation prévus par les nomenclatures :
 - CCAM pour les actes techniques ;
 - NGAP pour les actes cliniques ;
 - NABM pour les actes et examens de biologie et de laboratoires.
- Le taux de prise en charge des ACE est de 70 % (régime général).
- Tous les professionnels de santé (médecins, sages-femmes, auxiliaires médicaux et personnels techniques³) sont susceptibles de réaliser des actes externes dans le respect des nomenclatures et des habilitations à les utiliser.

Cinématique de traitement :

1. Lister les prestations

Libellé	Nature de prestation
Actes et consultations externes	Se reporter à la liste des ACE au chapitre correspondant
Forfaits d'imagerie médicale	FTG / FTN / FTR
Forfaits urgence et sécurité	ATU / FFM / SE
Pharmacie rétrocédée	Codée : PHH / PHS / PHQ Non codée : PHU / PHP / PHM / PHI / PHD

☞ Préciser les codes affinés dans le cadre du codage des actes (CCAM / Biologie / Rétrocession).

2. Évaluer le contexte du parcours de soins coordonnés (PSC)



Rappel sur le dispositif médecin traitant (MT) :

- Le patient doit choisir son MT et ne pas consulter un autre médecin sans prescription de son MT (sauf exceptions prévues par les textes) dans le cadre des « praticiens en accès direct » et « situations spécifiques ».

³ Par exemple, les techniciens de laboratoire.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

- Le médecin traitant peut orienter le patient, avec son accord, vers un médecin correspondant, pour un avis ponctuel ou pour des soins répétés. Le patient, dans ce cas, reste dans le parcours de soins.
- Certains praticiens peuvent être consultés directement (gynécologues ou ophtalmologues) à condition d'une part que le patient ait désigné son MT et, d'autre part, seulement pour certains soins expressément prévus (ex. : examen clinique gynécologique, actes de dépistage et de suivi du glaucome).

Données : Valeurs possibles de l'indicateur PSC → B2 / CP / T2S / Position 121

A	Acte en rapport avec l'article D.162-1 du CSS
B	L'exécutant est un médecin installé depuis moins de 5 ans dans une zone déficitaire
D	Accès direct spécifique pour certaines spécialités et certains actes
H	Le patient est hors résidence habituelle
J	L'exécutant est un médecin généraliste primo installé depuis moins de 5 ans
M	Le patient est orienté dans le PSC par un médecin qui n'est pas son MT
N	L'exécutant est le nouveau MT
O	Le patient est orienté par son MT
R	Médecin traitant remplacé (médecin traitant de substitution)
S	Accès aux soins hors parcours
T	L'exécutant est le médecin traitant
U	Acte réalisé dans un contexte d'urgence
Blanc	Autres situations

3. Pour chaque acte, indiquer les dates de réalisation

Rappel sur les règles de prise en charge (Ouverture des Droits et tarifs) :

- Ouverture des droits :**

ODR-001	L'examen des droits de l'assuré est effectué en date d'exécution (début de la prestation) pour les actes et consultations externes
ODR-002	L'examen des droits de l'assuré est effectué en date de prescription pour les médicaments rétrocédés

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Recherche des tarifs applicables :

TAR-001	Les tarifs applicables aux médicaments rétrocedés sont évalués en date de délivrance
----------------	--

4. Renseigner les prescripteurs et exécutants

Règle :

TAR-002	Les numéros de prescripteur / exécutant correspondent au n° FINESS géographique de l'établissement où ils sont salariés. La spécialité du praticien est renseignée (impact tarification CCAM, parcours de soins ...).
----------------	---

Rappels - Données relatives au médecin traitant (MT) : Valeurs possibles de l'origine de la prescription → B2 / CP / T3S / Position 115 et B2 / CP / T4 / Position 53

T	si le prescripteur est le MT
S	si la prescription a été établie hors PSC
P	si la prescription a été établie dans une autre situation du PSC
O	si la prescription a été établie dans le PSC par un médecin correspondant (médecin qui reçoit le patient orienté par son MT)

3.2.2 Tarifier les prestations

Cinématique de traitement :

1. Rechercher les Prix Unitaires, indiquer les quantités et les coefficients

CCAM :

- Recherche du code acte : vérification de l'obligation de codage
- Saisie et contrôle des données de la prestation CCAM :
 - Données obligatoires :
 - ✓ Date d'exécution
 - ✓ Code de l'acte
 - ✓ Code activité
 - ✓ Code phase
 - Données facultatives :
 - ✓ Modificateur
 - ✓ Association non prévue
 - ✓ Remboursement sous condition
 - ✓ N° de dent
 - ✓ Supplément de charge en cabinet

Pour un code regroupement : Cf. liste au chapitre correspondant.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

2. Appliquer les coefficients correcteurs

Principes :

- Application des coefficients correcteurs CT / CG :
 - Le CT est calculé pour chaque établissement de façon à maintenir le niveau de recette (équilibrer les ressources avant / après bascule en facturation individuelle).
 - Le CG est appliqué pour compenser des surcoûts structurels liés à une implantation géographique (ex. Île de France, Corse, DOM).
- Coefficient de transition (CT) et / ou coefficient géographique (CG) en fonction des prestations :

Prestations	Coefficient de transition	Coefficient géographique
Actes et consultations externes	✓	
Forfaits imagerie médicale	✓	
Forfaits Urgences et sécurité	✓	✓
Examens biologiques	✓	
Rétrocession hospitalière		

3. Calculer les bases de remboursement (BR_AMO ; BR_AMC)

La particularité de la tarification des factures des établissements anciennement en. Dotation Globale relève du fait que l'assiette de la part AMO et celle de la part AMC sont différentes. La part AMO est calculée sur la base de tarifs nationaux auxquels s'appliquent des coefficients correcteurs (CT / CG) alors que la part AMC est calculée sur la base de tarifs journaliers de prestations propres à chaque établissement et ne supportant pas l'application des coefficients correcteurs.

Règle :

TAR-003	<p>Les coefficients CT / CG ne s'appliquent pas sur la part complémentaire.</p> <p>Cette règle induit de définir deux bases de remboursement pour une même prestation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> une « BR_AMO » relative à la part AMO, égale à $[(PU * Qté * Coeff.) \times (CT * CG)]^4$ <input checked="" type="checkbox"/> une « BR_AMC » relative à la part AMC, égale à $(PU * Qté * Coeff.)$
----------------	---



Rappel sur les modalités de tarification des non assurés sociaux (AME, conventions internationales) : ces bénéficiaires sont hors T2A et ne sont donc pas concernés par l'application des coefficients correcteurs (sauf cas particuliers des forfaits urgence et sécurité tel que mentionné dans la règle URS-002).

⁴ L'application des coefficients correcteurs (CT / CG) est « contextuelle » c'est-à-dire liée à la nature de prestation (Cf. tableau des coefficients supra).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

4. Définir le taux de prise en charge par l'assurance obligatoire

Modalités de prise en charge par les régimes AMO : cf. chapitre « Tableau des modalités de prise en charge par régimes ».

a) Rechercher les motifs exonérations de ticket modérateur (ETM)



La correspondance entre les natures d'exonération issues de Vitale (API V.6) et les motifs d'exonération utilisés en norme B2 sont présentés en annexe.

Principe - En présence d'exonérations multiples, une hiérarchisation s'opère selon l'ordre suivant :

- Maternité
- Pension militaire (Art. 115)
- Pension d'invalidité (Rgm 120)
- LIS
- EXP
- EXC

MOTIF « 1 »	NGAP	Actes ou séries d'actes d'un coefficient égal ou supérieur à 50 (K50) ex. : actes constituant un traitement global inscrit comme tel à la nomenclature
MOTIF « C »	CCAM	Deux cas d'exonération CCAM sont applicables : <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Dans certains cas les actes peuvent être exonérés sans étendre cette exonération à l'ensemble de la facture. <input checked="" type="checkbox"/> Dans d'autres, l'exonération de l'acte entraîne l'exonération de la facture. Le motif d'exonération est à appliquer sur toutes les prestations de la facture qui n'ont pas de motif d'exonération.



Rappel sur les modalités de traitement du TMF 18€

Principes :

- Un ticket modérateur forfaitaire de 18 € a été instauré sur les actes lourds par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.
- Les patients doivent acquitter une participation minimale sur les actes médicaux dès lors :
 - qu'il y a dépassement du seuil d'exonération des actes médicaux selon les règles en vigueur, à savoir :
 - ✓ montant supérieur ou égal à 91 Euros pour des actes ou cumul d'actes CCAM,
 - ✓ montant supérieur ou égal à 91 Euros pour des actes ou cumul d'actes NGAP et CCAM,
 - ✓ coefficient des actes supérieurs ou égal à 50 pour des actes ou cumul d'actes NGAP.
 - Qu'il y a au moins un acte concerné par le TMF 18 €

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

- Cas particuliers :
 - ✓ Les bénéficiaires de la CMUC et de l'AMEC sont soumis à la mesure, mais le TMF 18 € est pris en charge par l'organisme de protection complémentaire.
 - ✓ Les assurés du régime local d'Alsace Moselle bénéficient d'une prise en charge du TMF 18 € par ledit régime.
 - ✓ Les bénéficiaires relevant de certains régimes spéciaux (SNCF, Mines...) qui bénéficient d'une prise en charge du TMF 18 €: se reporter au chapitre correspondant.
- En ce qui concerne les « migrants » :
 - ✓ La mesure est applicable aux « migrants de passage » qui relèvent d'un régime étranger dans le cadre de la réglementation communautaire ou d'accords bilatéraux.
 - ✓ La mesure est applicable aux « migrants permanents » affiliés à un régime français de sécurité sociale.
 - ✓ Pour les frontaliers, soit l'assuré choisit de se faire soigner dans un des pays de l'UE ou en Suisse (parce qu'il travaille ou réside dans un de ces pays) et dans ce cas il n'est pas redevable du TMF 18 €, soit il choisit de se faire soigner en France (parce qu'il y travaille ou y réside) et est redevable du TMF 18 €.

Nota : Les bénéficiaires de l'aide médicale état (AME) ne sont pas concernés par le TMF 18 €.

Règles - Cumul d'actes :

TMF-001	Ce sont les règles habituelles de cumul d'actes qui sont applicables pour déterminer si les actes sont égaux ou supérieurs à 91 € ou à K50
TMF-002	Les coefficients et les tarifs des actes peuvent se cumuler lorsque ces actes sont réalisés dans le même temps, par le même praticien et pour le même patient
TMF-003	Lorsque le cumul concerne un acte affecté d'un coefficient et un acte affecté d'un tarif, le TMF 18 € est retenu lorsque le montant en Euros résultant de ce cumul est égal ou supérieur à 91 €
TMF-004	Lorsque plusieurs actes d'un tarif égal ou supérieur à 91 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, le TMF 18€ ne s'applique qu'une seule fois

MOTIF « 3 »	Exonération diverse	Diagnostic et traitement de la stérilité
MOTIF « 4 »	Soins conformes au protocole ALD	Exonération liée à la nature de l'affection (LIS/EXC/EXP)
MOTIF « 5 »	Exonérations liées à la situation du bénéficiaire	Titulaires d'une rente AT-MP \geq 66,66 % (Art. 150) Pension militaire d'invalidité (Art. 115) Pension d'invalidité (Rgm 120)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Autres contextes d'exonération du ticket modérateur :

- Nature d'assurance « Maternité » (code « 30 ») :
 - Elle intervient à compter du premier jour du 6^{ème} mois de grossesse et se termine à la veille de l'accouchement.
 - Elle s'étend à l'ensemble des soins, qu'ils soient en rapport ou non avec la grossesse.
- Nature d'assurance « Accident du Travail » (code « 41 »)
- Nature d'assurance « Prévention » (code « 90 ») :

Règles :

TAR-004	Pour les natures d'assurance Maternité / Accident du Travail / Prévention, le motif d'exonération est toujours à zéro
----------------	---

b) Rechercher les modulations de ticket modérateur (MTM)

5. Calculer les montants remboursables AMO / AMC (CMUC gérée par le régime général)

Le calcul du montant remboursé est effectué, **pour chaque ligne de prestation**, selon les formules ci-dessous.

Règles :

- Soins dans le parcours de soins coordonné :

TAR-005	Montant remboursé AMO = BR_AMO * taux de remboursement AMO
TAR-006	Montant remboursé AMC = BR_AMC * (1 - taux de remboursement AMO)

- Soins hors parcours de soins coordonné, soumis à modulation du ticket modérateur (MTM), sauf cas d'exclusions :

TAR-007	Montant remboursé AMO = (BR_AMO * taux de remboursement AMO) – [minimum entre (BR_AMO * taux MTM) et plafond]
TAR-008	La comparaison avec le plafond s'effectue par ligne de prestation

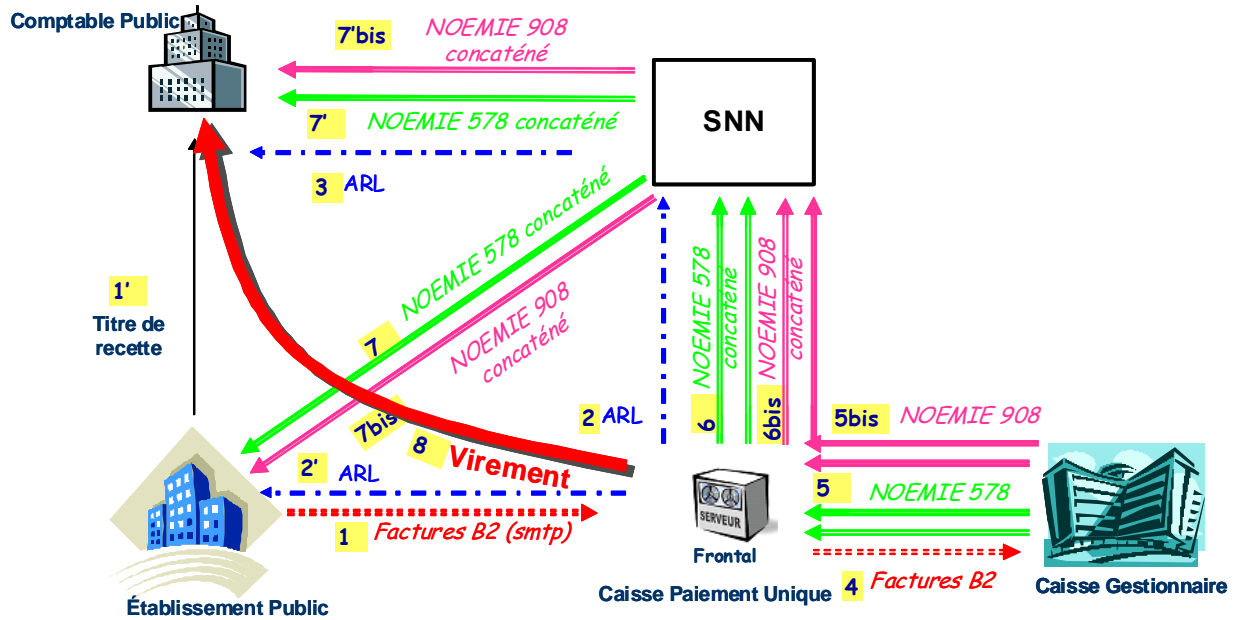
3.3 Générer les normes aller (B2) et retour (NOEMIE)

3.3.1 Description générale des flux

La caisse de paiement unique (CPU) est l'unique interlocuteur technique des établissements pour l'ensemble de leurs flux T2A, tous régimes confondus.

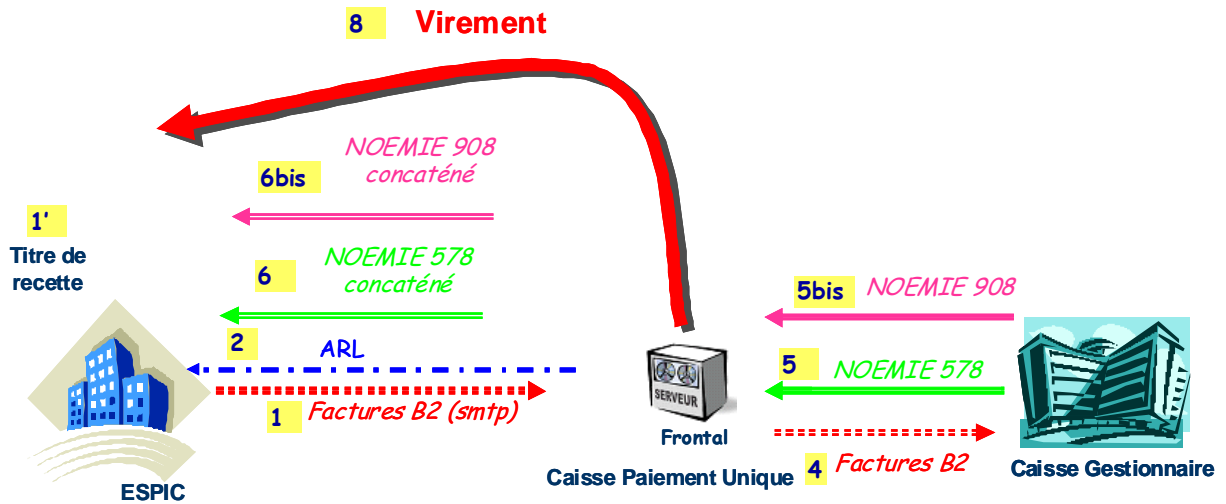
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Schéma d'échange pour un établissement public de santé (EPS)



1	<ul style="list-style-type: none"> ☒ L'établissement de santé émet sa facture vers un frontal concentrateur au format B2/SMTP, accessible par la CPU de référence de l'établissement.
1'	<ul style="list-style-type: none"> ☒ L'établissement de santé émet parallèlement un titre de recette en direction de son comptable public.
2 2' 3	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Le frontal accuse réception des fichiers et émet des ARL (positif ou négatif ; Réf. 930) vers le SNN et l'établissement de santé. ☒ Lorsque l'ARL est négatif le lot défectueux n'est pas transmis à la caisse gestionnaire.
4	<ul style="list-style-type: none"> ☒ La CPU envoie les fichiers vers les caisses gestionnaires concernées, en fonction des caisses d'affiliation des assurés.
5	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Si la facture est jugée conforme, la caisse gestionnaire transmet au frontal un retour NOEMIE de paiement (Réf. 578).
5 bis	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Si la facture n'est pas conforme, la caisse gestionnaire transmet au frontal un retour NOEMIE de rejet (Réf. 908).
6 6 bis	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Le frontal transmet les RSP (paiement ou rejet), marqués « CGECPU » vers le SNN.
7 7 bis 7' 7' bis	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Le SNN centralise les retours de toutes les caisses gestionnaires pour les comptables et les établissements publics.

Schéma d'échange pour un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)



1	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> L'établissement de santé émet sa facture vers un frontal concentrateur au format B2/SMTP, accessible par la CPU de référence de l'établissement. <input checked="" type="checkbox"/> L'ESPIC émet sa facture vers un frontal concentrateur (Accueil Centralisé de flux) au format B2/SMTP accessible par la CPU de référence de l'établissement.
1'	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> L'ESPIC de santé émet parallèlement un titre de recette pour sa comptabilité.
2	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le frontal accuse réception des fichiers et émet des ARL (positif ou négatif ; Réf. 930) vers l'ESPIC. <input checked="" type="checkbox"/> Lorsque l'ARL est négatif le lot défectueux n'est pas transmis à la caisse gestionnaire.
4	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La CPU envoie les fichiers vers les caisses gestionnaires concernées, en fonction des caisses d'affiliation des assurés.
5	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Si la facture est jugée conforme, la caisse gestionnaire transmet au frontal un retour NOEMIE de paiement (Réf. 578).
5 bis	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Si la facture n'est pas conforme, la caisse gestionnaire transmet au frontal un retour NOEMIE de rejet (Réf. 908).
6 6 bis	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le frontal transmet les RSP (paiement ou rejet) vers l'ESPIC.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

3.3.2 La norme B2 (dite « aller »)

3.3.2.1 Principes techniques généraux

L'établissement réalise une facture électronique au format B2 à l'attention de la caisse gestionnaire AMO de l'assuré. Il constitue un fichier B2 regroupant l'ensemble des factures à l'attention d'un même organisme AMO destinataire, en charge du traitement de liquidation de ces factures. Il adresse ce message B2, au format SMTP (chiffrement des données) vers le frontal de sa CPU. Cette dernière effectue un certain nombre de contrôles et lorsque le résultat est positif, le frontal route le fichier B2 vers l'organisme AMO destinataire. Le frontal émet un Accusé de Réception Logique (ARL) positif ou négatif à l'attention de l'établissement selon le résultat des contrôles et communique une copie de cet ARL au SNN.

La norme B2 fixe le format unique utilisé par les établissements de santé pour émettre leurs factures sous forme de flux par messagerie chiffrée vers le frontal technique.

La norme B2 est dite « aller » car elle va de l'établissement vers le frontal de la CPU (Régime général ou MSA).

L'adresse du destinataire est sous la forme YYXXX@XXX.YY.rss.fr avec :

- XXX = numéro de CPU,
- YY = code grand régime,

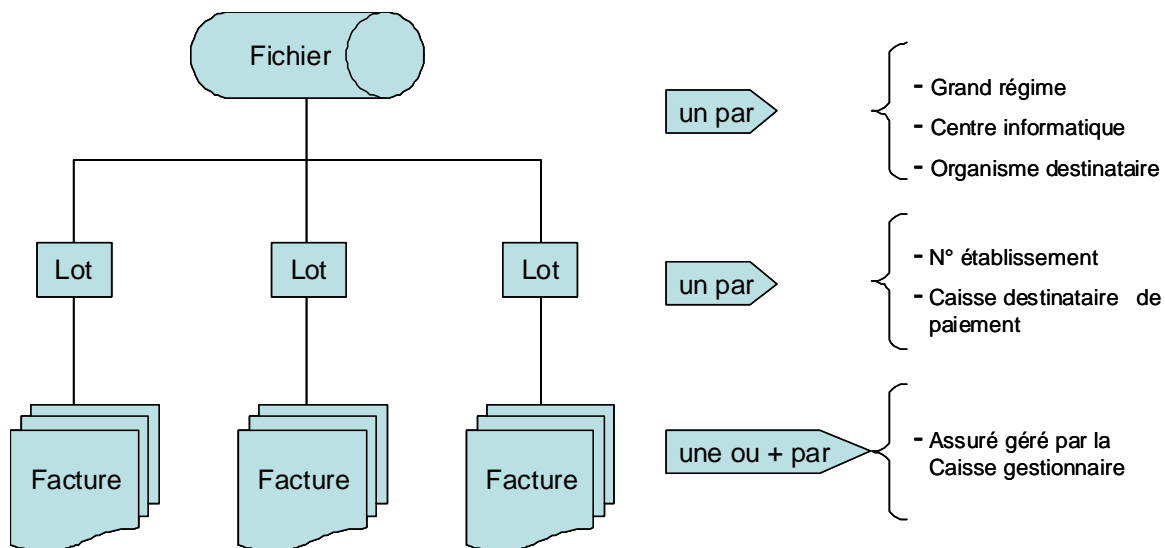
Par exemple : les flux émis par le CH de Rambouillet (dans les Yvelines, 78) vers la CPU 02-751 auront comme adresse de destinataire 02751@751.02.rss.fr.

Les flux réceptionnés en premier lieu par le frontal de la CPU doivent donner lieu à l'envoi automatique d'un ARL référence 930 (accusé de réception logique, positif si le message est structurellement correct et lisible, négatif dans le cas contraire).

Lors de l'émission, le champ Content-Description du message SMTP doit être :

- FH/B2Z pour les flux compressés, FH/B2 pour les flux non compressés.

Constitution des fichiers B2



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Rappel : les adresses de destinataires utilisées ont un format défini contenant le numéro de la caisse destinataire et son code grand régime.

La norme B2, véhiculant les informations de la facture et permettant au final le paiement par les organismes d'AMO des actes effectués, contient les catégories d'informations suivantes :

- Données du patient :
 - n°INSEE,
 - date de naissance,
 - rang de naissance,
 - régime ;
- Données de l'établissement :
 - n° FINESS géographique,
 - coefficient correcteurs (transition/géographique) ;
- Données médicales :
 - natures de prestations,
 - codification affinée,
 - soins en rapport avec une ALD,
 - spécialité de l'exécutant ;
- Données calculées :
 - montants remboursables,
 - dépenses réelles ;
- Données d'identification du titre de recette : référence réglementaire à 15 caractères.

3.3.2.2 Structuration des unités d'échanges

La structure générale d'un message B2 fait apparaître une arborescence en :

- fichier, encapsulé dans un message ;
- lot de factures ;
- factures.

Le niveau fichier est borné par un type 000 et un type 999.

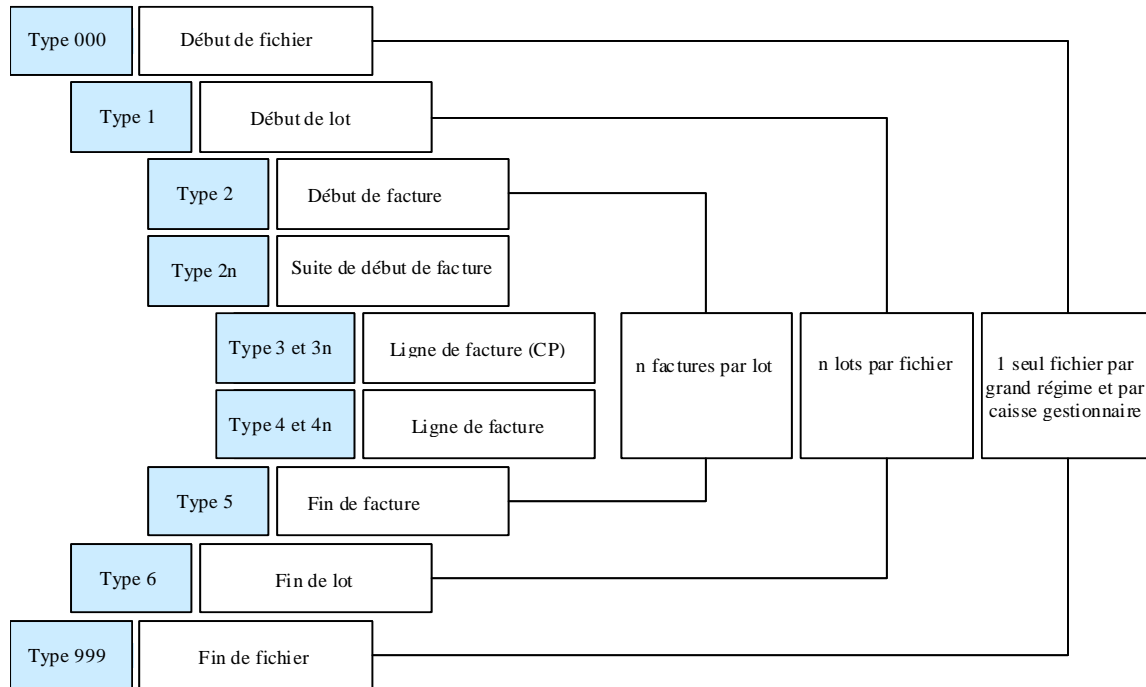
Le niveau lot est encadré par un type 1 et un type 6.

Le niveau facture est encadré par un type 2 et un type 5.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
 MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
 UNCAM

Le niveau ligne est constitué de :

- types 3 : prestations hospitalière ;
- types 4 : honoraires ou prestations sanitaires et dispositifs médicaux.



La norme B2 – CP regroupe des enregistrements adaptés au contexte des établissements.

Les types 2, 2S, 2B, 2C, 3, 3S, 3E, 3F, 3H, 4, 4S, 4H et 5 sont des types spécifiques norme CP.

Le tableau ci-après en donne l'enchaînement.

Type 000	Début de fichier
Type 1	1 par lot
Type 2	1 par facture
type 2S	1 par facture, suite du type 2. Facultatif
type 2B	Facultatif (pour les Maisons d'Enfants à Caractère Spécialisé – MECS)
type 2C	Idem mais obligatoire si 2B présent (pour les MECS)
n type 3	1 par ligne de facture : Prestations hospitalières
0 à 1 type 3S	Facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires ou s'il est suivi d'un type 3F

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

0 à 1 type 3E	Facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires. Permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau facture, relatives à l'identification des PS (RPPS) et des structures (SIRET)
0 à 10 type 3F	Facultatif mais obligatoire si codification des articles de la LPP facturables en sus des GHS
n type 3	1 par ligne de facture : codification des médicaments
0 à 1 type 3S	facultatif sauf s'il est suivi d'un type 3H
0 à 1 type 3E	Facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires
0 à 10 type 3H	facultatif mais obligatoire si codification des médicaments facturables en sus des GHS en établissement public ou privé
n type 4	1 par acte : honoraires
0 à 1 type 4S	facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires ou en cas de séjour GHS/GHT
0 à 1 type 4E	Facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires. Permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau facture, relatives à l'identification des PS (RPPS) et des structures (SIRET)
0 à 10 type 4B	Facultatif mais obligatoire si codage des actes de biologie et d'anatomo-cytopathologie
n type 4	1 par acte
0 à 1 type 4S	facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires ou en cas de séjour GHS/GHT
0 à 1 type 4E	Facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires
0 à 10 type 4D	Facultatif mais obligatoire pour les soins dentaires
n type 4	1 par ligne de facture : codification des médicaments
0 à 1 type 4S	facultatif sauf s'il est suivi d'un type 4H
0 à 1 type 4E	Facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires
0 à 10 type 4H	facultatif mais obligatoire si codification des médicaments rétrocedés en établissement public ou privé
n type 4	1 par acte : CCAM
0 à 1 type 4S	facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires ou en cas de séjour GHS ou GHT
0 à 1 type 4E	Facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

0 à 26 type 4M	facultatif mais obligatoire si codage des actes médicaux (CCAM)
type 5	1 par facture
type 6	1 par lot
Type 999	Fin de fichier


3.3.2.3 Cas d'implémentation des types

3.3.2.3.1 La gestion unique

Principes :

- En gestion unique, les parts AMO et AMC sont transmises sur une même facture.
- Cette disposition concerne le tiers-payant intégral dans le cadre de la CMUC ainsi que les organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire pour un assuré (MSA ; MGEN,...).
- Un seul débiteur est identifié dans la facture et un seul flux budgétaire est transmis au Trésor Public.

Règles :

NB2-001	La transmission d'une part complémentaire en dehors de ce contexte de facturation entraîne un rejet en tarification
	Bénéficiaires de la CMUC : correspond au code mutuelle 7568989 3 transformé en code 9999999 7 ou 8888888 8 en carte Vitale
NB2-002	La transmission d'une part complémentaire seule dans un contexte CMUC entraîne un rejet en tarification

3.3.2.3.2 L'éclatement à la source

Principes :

- Hors CMUC, il est admis que les établissements puissent faire 2 facturations séparées AMO/AMC.
- Ce principe découle de la position de l'UNOCAM (Cf. lettre UNOCAM du 29 mai 2008) qui demande l'arrêt du traitement NOEMIE 1 (transmission des images décompte) dans le cadre de la facturation individuelle.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Règles :

NB2-003	<p>Dans le cas d'un éclatement à la source, l'établissement utilise le top éclatement « F » (type 2 / Position 95) afin de spécifier que la part AMC est transmise sur une facture distincte.</p> <p>Dans ce cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le montant remboursable AMC (type 3 / Position 122-128 ou type 4 / Pos. 123-128) n'est pas renseigné (valeur zéro). <input checked="" type="checkbox"/> Le montant des honoraires (type 4 / Position 115-121) est égal au montant remboursable AMO (type 4 / Position 108-114).
----------------	---

3.3.2.3 Données d'identification du titre de recette : la référence réglementaire à 15 caractères

Descriptif : N° de facture et N° de titre

- Le n° de facture constitue une partie de la clé comptable qui permet au Trésor de retrouver le titre de recette à solder.
- Cette clé comptable composée de 15 caractères se décompose en deux parties distinctes :
 - Les 9 premiers caractères contrôlés par l'Assurance maladie.
 - Les 6 derniers caractères complètent le n° de facture et sont nécessaires au Trésor.

Flux B2	Nb caractères	Informations	Nb caractères	Type
N° facture	9	Millésime ⁵	2	N ⁶
		N° de titre	7	AN ⁷
Complément N° facture	6	Code Etablissement ⁸	3	AN
		Code produit ⁹	1	N
		Constante ¹⁰ 00	2	N

Une erreur dans cette série de 15 caractères entraîne une anomalie bloquante pour le Trésor.

⁵ Millésime : année d'exercice sous la forme de 2 caractères (2009 : 09).

⁶ N : numérique.

⁷ AN : alphanumérique.

⁸ Code établissement : 3 caractères obligatoires servis par défaut à zéro (000).

⁹ Code produit : 1 caractère obligatoire.

¹⁰ Constante : renseignée obligatoirement à zéro sauf pour l'AP-HP.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Règles concernant le N° Facture :

NB2-004	Le n° de titre (type 2) est composé de 9 caractères dont les 2 premiers, cadrés à gauche, représentent l'exercice. Il est obligatoire.
NB2-005	Le complément au n° de titre (type 2S) est obligatoire.

3.3.2.3.4 Identification des flux

Principe : Les flux B2 sont transmis sur la base du N° FINESS Géographique.

3.3.3 La norme NOEMIE (dite « retour »)

La norme NOEMIE fixe le format unique utilisé par les organismes AMO pour émettre les réponses aux factures envoyées par les établissements.

Cette norme est dite « retour » ou « RSP » (Retour / Signalement / Paiement) car elle va des organismes AMO vers les établissements et le Trésor Public.

Il existe plusieurs types de réponses, correspondant à plusieurs références :

- Référence 930 pour l'ARL,
- Référence 578 pour le paiement,
- Référence 908 pour le rejet.

Par ailleurs, le frontal de la CPU de l'établissement émet un message de service en réponse à des erreurs détectées au niveau du chiffrement, des entêtes SMTP, de l'enveloppe des fichiers contenant les lots ou lors de la détection d'un virus dans les messages envoyés.

Les messages de service informent l'établissement de la non prise en compte du message. Un fichier diagnostic détaillant le motif du rejet est systématiquement joint aux messages de service.

Les codes erreurs indiquent la nature de l'erreur :

- erreur de chiffrement : code erreur de la forme "4nnn",
- anomalie de structure SMTP : code erreur de la forme "1nnn",
- erreur de structure des enregistrements B2 : code erreur de la forme "2nnn".

3.3.3.1 Les ARL

Le frontal contrôle la structure de chaque lot de factures reçu et émet en réponse un ARL positif ou négatif :

- L'ARL positif signifie que le lot a été correctement reçu par la CPU et transmis à la caisse gestionnaire.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

- Un ARL négatif signifie qu'une anomalie a été détectée sur le lot et qu'il n'a pas été transmis à la caisse gestionnaire. L'établissement doit alors rectifier le flux initial.

L'ARL est envoyé à l'émetteur du flux initial et au SNN si l'établissement est public
→ N° destinataire = SI75000000000001.

Les ARL sont des fichiers au format NOEMIE correspondant à la référence 930.

000 – Début de fichier

040 – Destinataire

080 – Lot

01 02 290 – Ligne message

990 – Fin lot

990 – Fin destinataire

990 – Fin de fichier

Niveau	Séquence	Entité
01	01	040
02	01	080
99	00	290

L'entité 290 d'un ARL positif :

- NOE-TYP : 290
- NOE-NIV : 99
- NOE-LIG : 00
- LRS-COD : à blanc
- LRS-LIB : NOMBRE DE FACTURES : nnnnn MONTANT TOTAL DU LOT : eeeeeee,cc
- NOE-DLM : "@"

L'entité 290 d'un ARL négatif :

- NOE-TYP : 290
- NOE-NIV : 99
- NOE-LIG : 00
- LRS-COD : numéro du rejet sur 10 caractères ; le champ est complété à droite par des caractères blancs
- libellé du rejet sur 80 caractères cadré à gauche et complété à droite par des caractères blancs
- NOE-DLM : "@"

Rejets existants :

- 1001 : structure du lot non conforme
- 1002 : xxx = n° facture dont la structure est non conforme
- 5001 : lot créé depuis plus de 90 jours
- 5002 : lot postdaté de plus de 2 jours

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

3.3.3.2 Les retours d'information « RSP » (rejet/signalement/paiement)

Rappel du contexte de la CPU :

- La CPU est l'unique interlocuteur technique et financier des établissements. La CPU concentre l'ensemble des flux aller B2 et des flux retour NOEMIE.
- Le marquage des flux aller B2 permet à la caisse interlocutrice de distinguer les établissements et les factures pour lesquels elle joue le rôle de payeur des factures (Flux topés « U ») de celles pour lesquelles elle joue le simple rôle de pivot technique (Flux topés « H »).
- De même les flux retours « RSP » font l'objet d'une distinction entre RSP agrégés marqué « CPU » (paiement unique) et flux « RSP » non agrégés routés directement vers le SNN (hors contexte CPU).

La caisse gestionnaire procède au traitement des factures et émet en réponse des « RSP » au format NOEMIE :

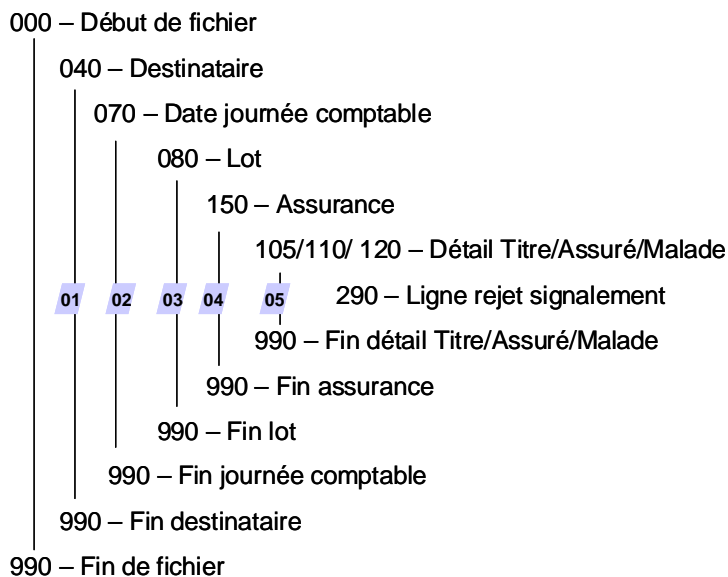
- Référence 908 en cas de rejet de la facture.
- Référence 578 en cas de paiement de la facture.

Ces « RSP » sont acheminés vers la CPU qui émet simultanément vers le SNN les flux « Paiements et Rejets » références 578 et 908 relatifs aux EPS sous deux adressages différents :

- SI75000000000001** à destination des comptes du Trésor en charge des EPS,
- SI75000000000003** à destination des EPS.

Pour les ESPIC (ex. PSPH), la CPU émet les flux « RSP » directement aux établissements.

3.3.3.3 Les rejets - référence 908



Niveau	Séquence	Entité
01	01	040
02	01	070
03	01	080
04	01	150
05	01	105
05	02	110
05	03	120
99	00	290

L'identification de la nature du rejet est réalisée par un code (10 caractères) et un libellé (80 caractères). Il peut y avoir plusieurs entités 290 par facture.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Une harmonisation des principaux cas de rejets en inter régimes est en cours.

Les établissements doivent exploiter les rejets transmis via la référence NOEMIE 908 et réémettre la facture corrigée en fonction de l'anomalie constatée.

Particularités :

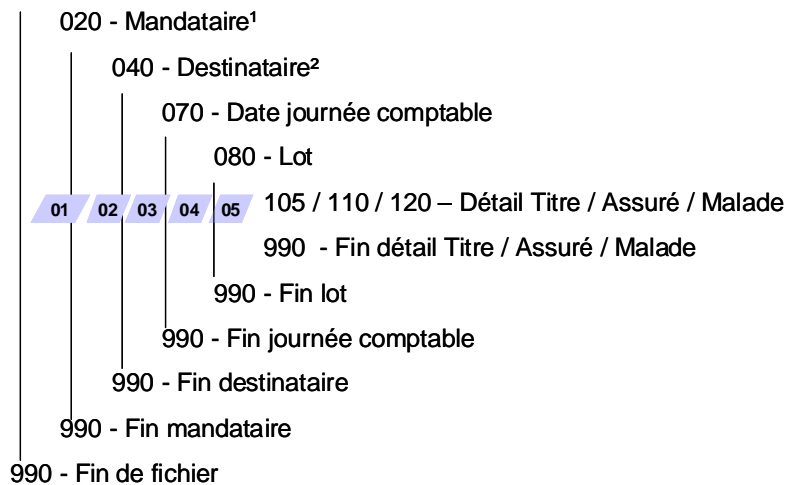
Régime général :

- Émission d'un libellé « traitement caisse » associé à un rejet.
- Ce libellé signifie que la décision sur la facture est différée : la facture a été rejetée par le système mais fait l'objet d'un retraitement par la caisse. Ce traitement pourra déboucher sur un paiement ou sur un rejet. Dans le retour émis pour la réponse finale, le numéro de lot est à « 000 ».

- MSA :** En cas de ressaisie manuelle d'une facture, le retour d'information suite au retraitement de la facture sera réalisé via bordereau papier (pas d'envoi de réf. 578).

3.3.3.4 Les paiements – référence 578

000 - Début de fichier



Niveau	Séquence	Entité
01	01	020
02	01	040
03	01	070
04	01	080
05	01	105
05	02	110
05	03	120

¹ : Mandataire (Trésor Public)

² : Destinataire (Destinataire de règlement Établissement)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Nota :

- ☒ **Modalités d'adressage** : il importe d'accorder une attention particulière à la nature de la référence 578 mise à disposition du SNN. En effet, il existe deux références 578, l'une « Trésor », l'autre « ordonnateur » :
 - La première, véhicule les informations relatives aux paiements effectués auprès du comptable et intéressant le Trésor public, doit être adressée sur le numéro de concentrateur **SI7500000000001**.
 - La seconde, la référence 578 version « ordonnateur », intègre des informations de paiement qui ne sont pas retracées sur le relevé Banque de France du comptable du Trésor lors du virement effectué par l'assurance maladie. Elle doit donc être adressée sur le n° de concentrateur **SI7500000000003** afin de ne pas être traitée dans l'applicatif du comptable du Trésor. Seul le respect de ces différents adressages permet de l'empêcher.
- ☒ **Temps plein hospitalier** : La référence 578 véhiculant explicitement les références du titre, notion incontournable en vue d'une imputation automatique, ne doit pas contenir d'informations relatives à l'activité libérale puisque cette dernière fait référence à la notion d'acte.

Chapitre 4 - Référentiel

4.1 Règles de codification (Données)

4.1.1 [Agrément logiciel]

Il s'agit du numéro de certificat attribué par le CNDA au logiciel utilisé par l'établissement. Il garantit l'utilisation de la norme de transmission adéquate. Ce certificat peut être contrôlé par les frontaux de l'assurance maladie.

En B2, type 6 CP, pos. 61-72.

4.1.2 [Coefficient MCO]

Le coefficient MCO est le résultat de l'opération : Coefficient de Transition x Coefficient Géographique. Il est défini avec 4 décimales.

En transmission B2, seul le coefficient MCO est transmis, combinaison des 2 coefficients ci-dessus ou égal à l'un des 2.

La composante de transition (CT) est propre à chaque établissement. Ce coefficient est revu annuellement.

Le coefficient de transition s'applique ou non, en fonction du type de prestation facturée.

La composante géographique (CG) ne s'applique que pour certaines régions. Par exemple : Ile de France, Corse, DOM.

Seuls les établissements ayant une entité géographique dans ces régions peuvent prétendre à l'application du coefficient géographique.

Le coefficient géographique s'applique ou non, en fonction du type de prestation facturée.

En B2, type 3 CP, pos. 71-75 et type 4S CP, pos. 66-70.

4.1.3 Dates

4.1.3.1 [Date de prescription]

Elle est obligatoire pour les prestations LPP et pharmacie.

En B2, type 3S CP, pos. 54-59

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

4.1.3.2 [Date des soins]

C'est la date de réalisation de l'acte, ou de délivrance des médicaments en rétrocession.

En B2, type 4 CP, pos. 70-75

4.1.4 [Discipline médico-tarifaire] / [Mode de Traitement]

A valoriser en facturation individuelle pour :

- Les forfaits techniques FTN / FTR / FTG (IRM / SCAN / Tomographie) :
 - IRM : code DMT 753/MT 19.
 - SCAN : code DMT 035/ MT 19.
 - Tomographie : code DMT 750/MT 19.
- Les factures concernant les non assurés sociaux (migrants / AME) :
 - Consultations externes : code DMT 000 / MT 07.
 - Rétrocession : code DMT 000 / MT 07.

En B2, type 3 CP, pos. 41-43 (DMT), pos. 39-40 (MT)

4.1.5 [Domaine d'activité]

Présence obligatoire. C'est le domaine retenu pour la facturation dans lequel le patient a séjourné.

Les valeurs possibles sont :

- M : médecine
- C : chirurgie
- O : Obstétrique
- N : Odontologie

En B2, type 3 CP, position 121 et type 4S CP, position 124.

4.1.6 [Émetteur du flux]

C'est l'entité technique qui est à l'origine de l'envoi du message.

En B2, type 000, position 6-19

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

4.1.7 [Exécutant]

C'est le partenaire de santé qui est utilisé (N°FINESS géographique), en attendant l'identification des salariés.

A terme, il faudra utiliser l'identification propre du professionnel ayant réalisé l'acte (identifiant RPPS).

En B2, type 4 CP, position 57-65

4.1.8 [N° de titre]

Zone obligatoire

- L'exercice du titre : sur 2 caractères (à gauche)
- Le n° de titre : sur 7 caractères

En B2, type 2 CP, position 30-38

4.1.9 [Complément au n° de titre]

Zone obligatoire

En B2, type 2S CP, position 42-47

4.1.10 [Partenaire de santé]

C'est la structure de santé à l'origine de la facturation, dûment conventionnée avec l'assurance maladie.

En B2, type 1, position 2-10, puis reporté à la même position sur tous les types.

4.2 Liste des codes prestations ACE / Rétrocession / Urgence et sécurité

4.2.1 Liste des codes ACE

Actes	Libellés
ACO	Actes d'obstétrique (CCAM)
ADA	Actes d'anesthésie (CCAM)
ADC	Actes de chirurgie (CCAM)
ADE	Actes d'échographie (CCAM)
ADI	Actes d'imagerie (CCAM)
AMC (N/F)	Actes de kinésithérapie en établissement (majorations nuit/férié)
AMI (N/F)	Soins infirmiers (majorations nuit/férié)
AMO	Séances d'orthophonie
AMP (N/F)	Pédicurie (majorations nuit/férié)
AMS	Actes de kinésithérapie ostéo-articulaire
AMY (N/F)	Séances d'orthoptie (majorations nuit/férié)
ATM	Actes techniques médicaux (CCAM)
B (N/F)	Actes de biologie (majorations nuit/férié)
C (N/F)	Consultation (majorations nuit/férié)
C2 ¹¹	Chirurgien consultant; consultation préanesthésique
C2,5	Consultation psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue, prépa. à l'accouchement
C3 ¹²	Professeur consultant
CG	Consultation de suivi de grossesse
CNP (N/F)	Consultation neuropsychiatre (majorations nuit/férié)
CS (N/F)	Consultation spécialiste (majorations nuit/férié)
CSC (N/F)	Consultation spécifique au cabinet par un cardiologue ou un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire (majorations nuit/férié)
D (N/F)	Actes dentaires

¹¹ « C » coefficient 2 ; 2,5 ; 3

¹² « C » coefficient 2 ; 2,5 ; 3

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Actes	Libellés
DC (N/F)	Actes de chirurgie dentaire (majorations nuit/férié)
FDA	Forfait prothèse adjointe CMUC
FDC	Forfait prothèse conjointe CMUC
FDO	Forfait orthodontie CMUC
FDR	Forfait réparation CMUC
FPE	Forfait pédiatre
FPC	Forfait prothèse conjointe CMUC
FPO	Forfait orthodontie CMUC
FSD	Forfait sécurité dermatologie
K (N/F)	Actes de spécialité (majorations nuit/férié)
KC (N/F/U)	Actes de chirurgie ou chirurgie dentaire par stomatologue (majorations nuit/férié/urgence)
KE (N/F)	Écho ou Doppler (majorations nuit/férié)
KMB	Prélèvement par ponction veineuse directe par le médecin biologiste
MCG	Majoration coordination généraliste
MCS	Majoration coordination spécialiste
MNO	Majoration nourrisson généraliste
ORT	Orthodontie / Médecin
P (N/F)	Actes anatomo-cyto-pathologie (majorations nuit/férié)
POD	Acte de pédicure-podologue (diabétique)
PRO	Prothèse par médecin
SC (N/F)	Soins conservateurs par dentiste (majorations nuit/férié)
SCM (N/F)	Soins conservateurs par médecin (majorations nuit/férié)
SF (N/F)	Actes de sage-femme (majorations nuit/férié)
SFI (N/F)	Soins infirmiers par sage-femme (majoration nuit/férié)
SP	Examen de suivi post natal
SPR	Actes de prothèse dentaire par chirurgien dentiste
TB (N/F)	Prélèvement sanguin par technicien de laboratoire (majoration nuit/férié)
TO	Traitements d'orthopédie dento-faciale par chirurgien dentiste
VDE	Forfait Vidéocapsule
Z (N/F)	Actes de radiologie (majoration nuit/férié)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Code de sécurité sociale (art. L. 861-3) : Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

- de la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article [L. 322-2](#) pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ; cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article [L. 162-5-3](#) ;
- du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;
- des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.**

Les actes pris en charge en matière de soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale sont ceux prévus par les arrêtés des 30 mai 2006 et 27 mars 2007, et ce dans l'attente d'une éventuelle extension compte tenu de réflexions en cours.

4.2.2 Liste des codes Rétrocession

Actes	Libellés
MAR	Marge forfaitaire / PHI ; PHM ; PHP ; PHU
PHH	Pharmacie hospitalière 100 %
PHI	Médicament avec autorisation d'importation
PHM	Préparation magistrale hospitalière
PHP	Préparation hospitalière
PHQ	Pharmacie hospitalière 35 %
PHS	Pharmacie hospitalière 65 %
PHU	Médicament avec une Autorisation Temporaire d'Utilisation

4.2.3 Liste des forfaits d'imagerie médicale

Actes	Libellés
FR2	Forfait technique réduit n°2
FR3	Forfait technique réduit n°3
FTG	Forfait technique global (TEP)
FTN	Forfait technique tarif normal
FTR	Forfait technique tarif réduit
FTS	<i>Forfait technique scanner (hors télétransmission)</i>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

4.2.4 Liste des forfaits d'urgence et sécurité

Actes	Libellés
ATU	Forfait d'accueil et de traitement des urgences
FFM	Forfait de petit matériel
SE1	Forfait sécurité et environnement 1
SE2	Forfait sécurité et environnement 2
SE3	Forfait sécurité et environnement 3
SE4	Forfait sécurité et environnement 4

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

4.3 Tableau des modalités de Prise en charge (PEC) par régime

Code Grands Régimes	Taux AMO Soins externes	Taux AMO Aux. Médicaux	Taux AMO Biologie	PEC TMF 18€
01 : Régime Général	70 %	60 %	60 %	NON
02 : Régime agricole	70 %	60 %	60 %	NON
03 : RSI	70 %	60 %	60 %	NON
04 : SNCF	100 %	100 %	100 %	OUI
05 : RATP	100 %	100 %	100 %	NON
06 : ENIM	70 %	60 %	60 %	NON
07 : CANSSM	100 %	100 %	100 %	OUI
08 : CNMSS	70 %	60 %	60 %	NON
10 : CRPCEN	85 %	80 %	75 %	NON
12 : CCIP	70 %	60 %	60 %	NON
14 : Assemblée Nationale	70 %	60 %	60 %	OUI
15 : Sénat	70 %	60 %	60 %	OUI
16 : Port Bordeaux	70 %	60 %	60 %	NON
17 : CFE	70 %	60 %	60 %	
80 : Anciens combattants				
90 : CAVIMAC	70 %	60 %	60 %	NON
91 : MGEN				
92 : MGPTT				
93 : MGP				
94 : MFP				
95 : MNH				
96 : MNAM				
99 : autres mutuelles				

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM



Régime Alsace-Moselle (RLAM) : Le taux ALM pour les actes et consultations externes est de 90 %.



Fonds Solidarité Vieillesse (FSV) : Le taux FSV pour les actes et consultations externes est de 80 %.



Nota : Lorsqu'un patient est à la fois bénéficiaire du RLAM et du FSV, c'est le taux RLAM qui prime.

4.4 Tableau de correspondance entre les natures d'exonération issues de Vitale (API V.6) et les motifs d'exonération utilisés en norme B2

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM	Code B2
100 % toutes prestations		100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5
100 % liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>Sinon</i> 100 % sauf vignettes bleues	NON	100 % sauf PH4 et MHU = 35 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5
100 % sauf vignettes bleues 35 %		100 % sauf PH4 et MHU = 35 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5
100 % liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>sinon</i> 100 % sauf vignettes bleues taux rég. local frontalier	NON	100 % sauf PH4 et MHU = 80 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5 asu-nat ¹³ =13
100 % sauf vignettes bleues taux rég. local frontalier		100 % sauf PH4 et MHU = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5 asu-nat=13

¹³ asu-nat = nature d'assurance

Projet FIDES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM	Code B2
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>sinon</i> taux rég. local frontalier	NON	90% sauf PH2 = 15% PH4 et MHU = 80%	Pas d'exonération	0 asu-nat=13
taux rég. local frontalier		90 % sauf PH2 = 15%	Pas d'exonération	0 asu-nat=13
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>sinon</i> Taux FSV	NON	PH2 = 15% - PH4 et MHU = 35 % - PH7 = 65% - autres = 80 %	FSV	9
Taux FSV		PH2 = 15% - PH4 et MHU = 35 % - PH7 = 65% - autres = 80 %	FSV	9
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>sinon</i> 100 % sauf vignettes bleues Taux Alsace-Moselle	NON	100 % sauf PH4 et MHU = 80 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5 asu-nat=13
100 % sauf vignettes bleues Taux Alsace-Moselle		100 % sauf PH4 et MHU = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5 asu-nat=13

Projet FIDES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM	Code B2
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>Sinon</i> Taux Alsace-Moselle	NON	90 % sauf PH2 = 15% PH4 et MHU = 80%	Pas d'exonération	0 asu-nat=13
Taux Alsace-Moselle		90 % sauf PH2 = 15% PH4 et MHU = 80%	Pas d'exonération	0 asu-nat=13
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>Sinon</i> Autres cas non exonérés	NON	ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération	0
Non exonéré		ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération	0
100 % maternité	NON	100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré	0 asu-nat=30
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
100 % si service médical SNCF				?
ou si gynécologie K, KC, KCC, KE, Z, ZN, ADA, ADC, ADE, ADI, ATM dentaire, hospitalisation transport		100 %	Exonération régimes spéciaux (Service médical SNCF)	?

Projet FIDES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM	Code B2
Autres cas taux régime général		ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération	0
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>sinon</i> 100 % transport hospitalisation Appareillage Autres cas 75 %	NON	100 % ou 75 %	Pas d'exonération	?
75 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage		100 % ou 75 %	Pas d'exonération	?
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>sinon</i> 100% toutes prestations sauf 75 % pharmacie et prothèse dentaire	NON	100 % ou 75 %	Pas d'exonération	?
100 % toute prestation sauf 75 % pharmacie et prothèse dentaire		100 % ou 75 %	Pas d'exonération	?

Projet FIDES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM	Code B2
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>sinon</i> 90 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage 15% Vignettes oranges 80 % vignettes bleues	NON	100 % ou 90 % sauf PH2=15% PH4 et MHU = 80%	Pas d'exonération	?
90 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage 15% Vignettes oranges 80 % vignettes bleues		100 % ou 90 % sauf PH2=15% PH4 et MHU = 80%	Pas d'exonération	?
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>sinon</i> 80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament	NON	100 % ou 80% ou 75 %	FSV (pas de motif d'exo pour 100% THA)	9
80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament		100 % ou 80% ou 75 %	FSV (pas de motif d'exo pour 100% THA)	9

Projet FIDES

MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS
MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM	Code B2
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>sinon</i> 100 % maternité	NON	100 % maternité	Assuré ou bénéficiaire exonéré	0 asu-nat=30
<i>sinon</i> taux régime Alsace-Moselle		sinon 90 % sauf PH2=15% PH4 et MHU = 80%	Pas d'exonération	0 asu-nat=13
100 % toute prestation sauf vignettes bleues 80 %		100 % sauf PH4 et MHU = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5 asu-nat= ?
100 % maternité		100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré	0 asu-nat=30
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>sinon</i> 100 % toutes prestations sauf vignettes bleues 80 %	NON	100 % sauf PH4 et MHU = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5 asu-nat= ?
100 % si liés ALD XXXXXX I	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>sinon</i> Autres cas taux régime général	NON	ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération	0

Projet FIDES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM	Code B2
Régime réduit soins non couverts		Non remboursé	Pas d'exonération	?
Pas d'exo taux régime général		ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération	0

4.6 Fiches « Règles de facturation » (guide DGOS)

Ces fiches sont accessibles sur le site du Ministère à l'adresse suivante :
<http://www.sante-sports.gouv.fr/regles-de-facturation.html>

Liste des fiches actualisées (novembre 2009) :

A
Affections de longue durée (ALD)
Accidents du travail (AT)
Accidents de la vie privée causés par les tiers
Assuré social de l'outre-mer
Accords bilatéraux de sécurité sociale et formulaires à présenter
Aide médicale de l'État (AME)
Aide sociale aux personnes âgées (ASPA)
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)
C
Carte vitale
Centre de rétention administrative
Couverture maladie universelle de base (CMU)
Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)
Cliniques ouvertes
D
Décès
Débiteur des soins : le patient
Débiteur des soins : le débiteur n'est pas le patient
Détenus

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

E

Étranger résidant régulièrement en France : schéma de prise en charge

Étranger résidant irrégulièrement en France : schéma de prise en charge

Étranger en situation régulière : procédure de prise en charge

Étranger non assuré d'un régime français en séjour temporaire

Étranger non assuré d'un régime français résidant en France

Expatrié

F

Forfait accueil et traitement des urgences (ATU)

Forfait petit matériel (FFM)

Forfait sécurité environnement (SE)

Franchise médicale

G

Gardé à vue

M

Maladies professionnelles (MP)

Médicaments

O

Organismes d'assurance maladie complémentaires

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

P

Patient en consultation externe

Procédures de prise en charge

Parcours de soins coordonné à l'hôpital

Participation forfaitaire de 1 €

Prise en charge de moins d'une journée

R

Rétrocession de médicaments

S

Sécurité sociale : notions générales

Soins urgents aux étrangers en situation irrégulière

Services mobiles d'urgence (SMUR)

T

Ticket modérateur forfaitaire de 18 €

Transports

4.7 Glossaire

Acronyme	Libellé
ACE	Actes et Consultations Externes
ALD	Affection de Longue Durée
AMC	Assurance Maladie Complémentaire
AMELI	Assurance Maladie en Ligne
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ALD	Affection de Longue Durée
ARL	Accusé de Réception Logique
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ATU	Autorisation Temporaire d'Utilisation (médicaments)
B2	Norme de formatage des données pour la télétransmission
BR	Base de Remboursement
BR_AMO	Base de Remboursement pour l'Assurance Maladie Obligatoire
BR_AMC	Base de Remboursement pour l'Assurance Maladie Complémentaire
CBU	Contrat de Bon Usage
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CDR	Outil de consultation des droits en ligne
CEN	Centre d'Exploitation National (CNAMTS)
CHT	Communautés Hospitalières de Territoire
CG	Coefficient Géographique

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Acronyme	Libellé
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CPAM	Caisse primaire d'Assurance Maladie
CPU	Caisse de Paiement Unique
CSP	Code de Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
CT	Coefficient de Transition
CV/CV2	Carte Vitale/Carte Vitale 2
DAC	Dotation Annuelle Complémentaire
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques
DGOS	Direction Générale de l'Offre des Soins
DMI	Dispositif Médical Implantable
EPRD	État prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS	Établissement Public de Santé
EPS-PIV	Établissements Publics de Santé – Caisse PIVot
ESPIC	Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif
GCS	Groupements de Coopération Sanitaire
GHS	Groupe Homogène de Séjour
GHT	Groupe Homogène de Tarif
GIE SV	Groupement d'Intérêt Économique SESAM-Vitale
GIP- CPS	Groupement d'intérêt Public – Carte de Professionnel de Santé
HAD	Hospitalisation A Domicile
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Acronyme	Libellé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
LAM	Loi Assurance Maladie
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LPP	Liste des produits et prestations
MCOO	Médecine Chirurgie Obstétrique Odontologie
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MERRI	Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MT	Médecin Traitant
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NOEMIE	Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PF	Participation Forfaitaire
PS	Professionnel de Santé
PSC	Parcours de Soins Coordonné
RG	Régime général
RL	Régime Local
RLAM	Régime Local Alsace-Moselle
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de la Santé
SIH	Système d'Information Hospitalier
SMTP	Protocole de messagerie sécurisée
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Acronyme	Libellé
T2A	Tarification A l'Activité
TJP	Tarif Journalier de Prestations
TPG	Trésorier Payeur Général
TM	Ticket Modérateur
TMF	Ticket Modérateur Forfaitaire (18 €)
UCD	Unité Commune de Dispensation
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie