

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

Projet FIDES

Foire aux questions (FAQ) sur les règles de facturation des actes et consultations externes (ACE)

Document à destination des **établissements** et des **éditeurs de logiciels hospitaliers de facturation des ACE**

L'objectif de ce document est d'apporter les précisions utiles à la bonne compréhension des règles de facturation relevant du cahier des charges sur les règles de facturation des actes et consultations externes (version 0) ; les questions doivent être envoyées à l'adresse courriel suivante :

DGOS-PF1-FACTURATION@sante.gouv.fr

Version 1.1 du 15 janvier 2013

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

Sommaire

1	Pilotage FIDES	3
2	Périmètre FIDES ACE	4
3	Discipline Médico-Tarifaire (DMT) et Mode de Traitement (MT).....	7
4	Codes prestation	8
5	Codage CCAM	9
6	Forfaits techniques de scanographie, de remnographie	10
7	Parcours de soin.....	11
8	Forfaits ATU / FFM / SE	12
9	Rétrocession.....	15
10	CMUc.....	17
11	AME	18

Les ajouts de cette nouvelle version sont marqués en rouge

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

1 PILOTAGE FIDES

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V0	Planning : signification de la « phase à blanc » ?	La mise en œuvre de cette phase de facturation « à blanc » permet de valider le bon fonctionnement de l'ensemble de la chaîne de traitement de la facturation directe en contexte CPU (« débuggages » éventuels, et cadrage, notamment, de la chaîne de liaison avec les autres régimes & le SNN).	Selon un cahier des charges « bascule des établissements ».

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

2 PERIMETRE FIDES ACE

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V0 V1.1	Hôpitaux locaux ?	La loi HPST ayant supprimé le statut d'hôpital local, ces établissements, s'ils ont des activités MCO, et en fonction du planning, devront basculer à terme en facturation directe. La LFSS pour 2013 a reporté le passage à la T2A pour ces établissements au 1 ^{er} mars 2015	
V0	UCSA dispensant des soins à des patients autres que des détenus ?	Le financement de ce type de dépenses relève du Ministère de la Justice (hors champs).	
V0	Modalités de calcul du FAU ?	Maintien des remontées du circuit d'information PMSI (RAFAEL) pendant l'expérimentation afin que les CARSAT puisse calibrer au mieux le montant du FAU (exhaustivité des données relatives aux ATU). → Cf. circulaire N° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 (guide de facturation) : «Il convient de réaliser des RSF-ACE pour tous les patients, qu'ils soient assurés sociaux ou non, en codant la variable [Séjour facturable l'assurance maladie] ¹⁵ avec la valeur correspondant à la situation du patient. Le but est d'une part de valoriser l'activité prise en charge par l'assurance maladie,	

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
		d'autre part de connaître l'ensemble de l'activité ayant donné lieu à forfait ATU.	
V1.0	le forfait D dialyse hors centre correspond-il à une activité externe, ou à un séjour ?	<p>Les forfaits de dialyse entrent dans le champ de l'article R162-32 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 sont les suivantes :</p> <p>1° Le séjour et les soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient, à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-32-1.</p> <p>La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.</p> <p>Ces forfaits sont facturés par séance, journée ou séjour. Ils peuvent être minorés ou majorés notamment en fonction de la durée de séjours.</p> <p>La tarification de l'activité de dialyse en centre ou dans le cadre des alternatives à la dialyse en centre (auto dialyse, UDM, dialyse à domicile, DPCA) est décrite par l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale</p>	<p>L'activité de dialyse n'entre pas dans le périmètre des actes et consultations externe.</p> <p>Le cahier des charges relatif à la facturation des actes et consultation n'intègre pas dans son champ l'activité de dialyse.</p>



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

3 DISCIPLINE MEDICO-TARIFAIRE (DMT) ET MODE DE TRAITEMENT (MT)

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V0	Règle ACE-004 : les valeurs DMT/MT = 000/00 concernent-elles bien les assurés sociaux ?	<p>Règle ACE-004 : Norme B2 : les zones Discipline Médico-Tarifaire (DMT) et Mode de Traitement (MT) ne sont pas valorisées (000/00) pour ce qui concerne les assurés sociaux.</p> <p>Les zones Discipline Médico-Tarifaire (DMT) et Mode de Traitement (MT) restent valorisées à [000/07] pour les non assurés sociaux (bénéficiaires AME, bénéficiaires relevant des conventions internationales).</p>	


MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

4 CODES PRESTATION

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V0	Code acte MM ?	Ce code prestation avait été exclu à tort, il a donc été réintégré dans la liste limitative des ACE.	
V1.0	L'activité des psychologues en consultations externes est elle facturable en FIDES ?	Il n'existe pas de tarification pour l'activité des psychologues qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie. Celle-ci n'est donc pas facturable en FIDES	

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

5 CODAGE CCAM

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V0	Code association non prévue ?	Plusieurs actes réalisés dans le même temps, pour le même patient avec des exécutants différents : appliquer le code association « 1 » sur chacun des actes non associés.	<p>Cf. Consignes de remplissage CCAM pour le traitement du rejet 2600-650.</p> <p> Rejet 2600-650 Consigne hopitaux.pc</p> <p>Nota : à terme, une solution de facturation basée sur l'exploitation du n° d'exécutant propre à chaque intervenant sera implémentée (type 4E/Identifiant RPPS de l'exécutant).</p>
V0 V1.1	CCAM V.21 / Apparition du code exonération « 5 » : quelle est la règle de gestion associée à ce code ?	La version 21 de la base CCAM intègre les actes d'ACP inscrits par la décision UNCAM du 18 janvier 2010. Ces actes sont exclus du parcours de soins et font l'objet de règles d'association particulières (Cf. circulaire CNAMTS n°9/2010 du 04/05/2010).	En ce qui concerne la participation de l'assuré, le dépassement du seuil réglementaire de 120 € n'est pas un motif d'exonération du TM pour les actes d'ACP (code exo TM = 5 en base CCAM).

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

6 FORFAITS TECHNIQUES DE SCANOGRAPHIE, DE REMNOGRAPHIE

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V1.0	Quelles sont les modalités de facturation du forfait technique pour les actes (scannographie ou RIM) réalisés sur un appareil dont le titulaire de l'autorisation est un GIE ?	<p>La facturation du forfait technique doit être réalisée par le titulaire de l'autorisation de l'EML (scanner ou IRM)</p> <p>Ce principe est posé par l'article I-14-1 des dispositions générales et diverses de la CCAM</p> <p>« Les actes de scannographie, de remnographie, de tomographie à émission de positons sont rémunérés par l'addition d'un tarif par acte, figurant en regard du code, et d'un forfait technique rémunérant les coûts de fonctionnement de l'appareil installé versé à l'exploitant de l'appareil. ». L'exploitant est le titulaire de l'autorisation</p> <p>Les actes CCAM sont quant à eux facturés par le praticien ou l'établissement dont relève le praticien.</p> <p>La facture du forfait technique (titre forfait technique) et la facture des actes sont donc dissociées.</p> <p>C'est un cas de figure habituel en matière d'imagerie.</p>	<p>Tous les forfaits techniques doivent être facturés par le titulaire de l'autorisation (exploitant) qui est signataire de la convention relative à la prise en charge des forfaits techniques conclue avec les organismes d'assurance maladie.</p> <p>En annexe de la circulaire de la CNAMTS CIR-18/2011 du 5 septembre 2011 relative à la facturation et au règlement des forfaits techniques des équipements matériels lourds figure un modèle de convention type locale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Article 2 :.../... Le forfait technique est réglé à l'exploitant dans les conditions fixées par la présente convention .../... <input checked="" type="checkbox"/> Article 5 : Dans tous les cas, le forfait technique est facturé par l'exploitant. .../...

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

7 PARCOURS DE SOIN

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V0	Règle TAR-007 : modulation TM hors parcours de soins coordonné ?	<p>La MTM 40% est calculée sur une BR_AMO "prime" qui ne tient pas compte de l'application des coefficients correcteurs :</p> <p>Montant remboursé AMO = {BR_AMO * taux de remboursement AMO} - [minimum entre (BR_AMO' * taux MTM) et plafond]</p> <p>Avec BR_AMO = [(PU * Qté * Coeff.) x (CT * CG)] et BR_AMO' = (PU * Qté * Coeff.)</p>	
V0	Règle URS-009 : les soins externes dispensés dans des services agréés pour l'urgence sont-ils exclus du PCS ?	<p>Cf. CdC ACE : cas d'exclusion du PSC (pas d'application notamment de la Modulation du TM)</p> <p>→ les soins effectués dans le cadre de l'urgence</p>	Transmission de l'indicateur PSC → B2 / CP / T2S / Position 121 à la valeur « U ».

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

8 FORFAITS ATU / FFM / SE

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V0	Décision UNCAM pour les taux de PEC des forfaits ATU/FFM/SE ?	Alignement des taux de prise en charge des 3 forfaits et propagation sur les actes associés.	En attente de la décision UNCAM.
V0	Règle URS-003 : DMT/MT des forfaits se propagent-ils aux actes ?	La règle de propagation du taux aux actes associé aux forfaits d'urgence & sécurité est basée sur la transmission des valeurs DMT/MT des forfaits sur ces actes.	
V0	SE/Activité libérale ?	L'activité libérale se situe hors du champ de l'expérimentation.	L'intégration de l'activité libérale ne sera possible que si l'AMO peut identifier les forfaits réalisés à titre libéral en les liant aux actes CCAM associés. Cela implique une gestion de ces factures par l'hôpital : c'est l'établissement qui transmet l'ensemble des prestations et qui encaisse les honoraires du praticien par le biais de la régie.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses																	
		Règles de facturation	Modalités d'application																
V0	ATU/FFM/SE facturés pour les non assurés sociaux ?	La circulaire ministérielle N°DGOS/PF1/2010/314 du 19 août 2010 précise, dans le cadre de l'AME, les tarifs affectés à chacun des forfaits (tarifs calculés pour les régions qui disposent d'un coefficient géographique).	<p>Pour rappel les modalités de mise en œuvre de la facturation des titres de recette sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La facturation des forfaits ATU, FFM, SE se fait sous un couple DMT/MT (Discipline Médico-Tarifaire / Mode de Traitement). <input checked="" type="checkbox"/> Les tarifs des différents forfaits sont enregistrés au fichier établissement (ETANAT) par les CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail, ex CRAM). <input checked="" type="checkbox"/> Les tarifs renseignés par les CARSAT tiennent compte du coefficient géographique. <input checked="" type="checkbox"/> Le taux de la prestation est reporté sur les actes et consultations associés (100% pour un bénéficiaire AME). <p>Ci-dessous un tableau récapitulatif des modalités de facturation des forfaits ATU, FFM, SE :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Forfaits</th> <th>Application Coef.Géo.</th> <th>DMT</th> <th>MT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ATU</td> <td>Non, déjà inclus dans le prix unitaire</td> <td>406</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>FFM</td> <td>Non, déjà inclus dans le prix unitaire</td> <td>137</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>SE</td> <td>Non, déjà inclus dans le prix unitaire</td> <td>958</td> <td>19</td> </tr> </tbody> </table>	Forfaits	Application Coef.Géo.	DMT	MT	ATU	Non, déjà inclus dans le prix unitaire	406	10	FFM	Non, déjà inclus dans le prix unitaire	137	19	SE	Non, déjà inclus dans le prix unitaire	958	19
Forfaits	Application Coef.Géo.	DMT	MT																
ATU	Non, déjà inclus dans le prix unitaire	406	10																
FFM	Non, déjà inclus dans le prix unitaire	137	19																
SE	Non, déjà inclus dans le prix unitaire	958	19																

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V1.0	Modalités de valorisation par l'ATIH des actes CCAM donnant lieu à forfait ATU, FFM ou SE dans l'attente de la publication du taux de prise en charge par l'AMO pour les assurés sociaux	<p><u>Circulaire N° DGOS/PF1/2010/314 du 19 août 2010,</u> <u>Fiche d'Information Forfaits ATU, FFM, SE, APE</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Ni l'acte générateur, ni le forfait associé ne doivent être télétransmis en NB2 ; ils sont transitoirement exclus de la facturation directe. <input checked="" type="checkbox"/> Ils sont valorisés aux établissements via e-PMSI c'est-à-dire par l'envoi dans le RSF-ACE <input checked="" type="checkbox"/> L'item « valorisé par FIDES » en position 144 du RSF-ACE A doit être renseigné à « 0 : non » <input checked="" type="checkbox"/> Le taux envoyé concernant l'acte générateur du forfait est celui correspondant aux droits du patient. Pour une prise en charge de l'acte à 70% par l'AMO, le patient paye les 30% et le taux envoyé dans le RSF-ACE C en pos 85-87 est 070 <input checked="" type="checkbox"/> Le taux envoyé concernant le forfait généré est 100 mais la valorisation sera effectuée forfaitairement à 94% <input checked="" type="checkbox"/> Si le prix de l'acte est > 120€, la participation forfaitaire assuré de 18€ est déduite du montant remboursable par la Caisse (AMO) en position 104-110 du RSF-ACE C et les 18€ sont réglés par le patient ou son AMC

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
 MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
 UNCAM

9 RETROCESSION

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V0 V1.1	Ordonnance comportant une délivrance à renouveler : modalités de facturation de la marge de rétrocession ?	Pour rappel, l'arrêté du 23 janvier 2007 précise que la marge est applicable « par ligne de prescription ». Cette « règle » a été interprétée de telle façon qu'il n'est pas possible de facturer plusieurs marges pour un même code UCD, ce qui pose problème en cas de renouvellement d'ordonnance.	L'évolution du SI de la CNAMTS nécessaire au traitement de cette question a été réalisée et diffusée le 19 décembre 2012 Une mise à jour du guide de facturation de la pharmacie rétrocedée doit être réalisée.
V0	Montant de la marge ?	22 € au 1er janvier 2010 (elle était de 26 € à compter du 1er mai 2009 et de 28 € auparavant).	
V0	Nutriments ?	Pour ce qui concerne les nutriments, la possibilité d'en obtenir la prise en charge était limitée à des fins médicales spéciales (traitements des maladies métaboliques héréditaires « MMH »), dans le cadre d'un « dispositif dérogatoire à titre transitoire » défini en 1996, prorogé en 1999 puis 2004. Les modalités de prise en charge (et de contrôle) sont à revoir à l'occasion du déploiement du projet FIDES (DGOS/DSS/CNAMTS).	La prise en charge « sur un mode dérogatoire » des aliments destinés à des fins médicales spéciales (traitements MMH) est basée sur le code prestation « NUT » (prise en charge à 100% dans le cadre de l'ALD).
V0	Médicaments pris en charge à 15 % ?	Les classes thérapeutiques relevant du PH2 ne sont pas facturées en établissement.	

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V0	AMM & autorisation d'importation parallèle : le prix n'est-il pas limité au tarif de responsabilité publié au JO ?	AMM et autorisation d'importation parallèle : Prix de vente HT réglementé et publié au J.O.	

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

10 CMUC

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V0	CMUC & coefficients correcteurs ?	La CMUC « État » gérée par le régime AMO relève d'un traitement AMC (part complémentaire sans application des coefficients correcteurs).	<p>Cf. règle TAR-003 du CdC-ACE :</p> <p>TAR-003 Les coefficients CT / CG ne s'appliquent pas sur la part complémentaire. 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 $[(PU * Qté * Coeff.) x (CT * CG)^{\frac{1}{2}}]$ <input checked="" type="checkbox"/> une « BR_AMC » relative à la part AMC, égale à $(PU * Qté * Coeff.)$

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

11 AME

Version d'inclusion ou de mise à jour	Questions	Réponses	
		Règles de facturation	Modalités d'application
V0	Identification des bénéficiaires de l'AME ?	Sur la base du n° de mutuelle 7550001 7	