



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 séjours

Document à destination :

- de l'Assurance maladie obligatoire
- de l'ATIH

Version 0.2 du 19 octobre 2010

Sommaire

Chapitre 1 - Introduction	5
1.1 Contexte et objectifs du projet	5
1.2 La formalisation des règles de facturation individuelle des séjours T2A	5
1.3 Le schéma de fonctionnement de la facturation individuelle des séjours	6
1.4 Le calendrier de mise en œuvre	8
Chapitre 2 - Présentation générale des règles de facturation des séjours	9
2.1 Le contexte règlementaire	9
2.1.1 La facturation individuelle des prestations hospitalières	9
2.1.2 Un interlocuteur financier unique	10
2.2 Périmètre du cahier des charges	11
2.3 Les acteurs	11
2.3.1 Les établissements de santé	11
2.3.2 Les professionnels de santé	12
2.3.3 Les assurés sociaux	12
2.3.4 Les « non assurés sociaux »	14
2.3.5 Les régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO)	14
2.3.6 Les comptables publics hospitaliers (DGFIP)	14
2.4 Le modèle d'application T2A pour les séjours	15
2.4.1 Modalités et règles de prise en charge	15
2.4.2 La facturation des activités en GHS	17
2.4.3 Les séjours extrêmes	18
2.4.4 Les suppléments forfaitaires journaliers	20
2.4.5 Ticket modérateur et forfait journalier	21
2.4.6 L'insuffisance rénale chronique	26
2.4.7 Les échanges inter établissements (PIE, transferts)	28
2.4.8 L'hospitalisation à domicile (HAD)	29
2.4.9 L'interruption volontaire de grossesse	30
2.4.10 Les prélèvements d'organes	30
2.4.11 Les paiements en sus (médicaments / dispositifs médicaux)	31
2.4.12 Les transports	33
Chapitre 3 - Enchaînements fonctionnels de la facturation	33
3.1 Déterminer le contexte de facturation	33
3.1.1 La couverture sociale	33
3.1.2 Parcours de soins coordonné (PSC)	35
3.2 Recenser et tarifier les prestations servies	36
3.2.1 Recenser les prestations servies	36
3.2.2 Tarifier les prestations	37
3.3 Intégrer en norme B2	41
3.3.1 Description générale des flux	41
3.3.2 La norme B2 (dite « aller »)	45
3.3.3 Cas d'implémentation des types	50
3.3.4 La norme NOEMIE (dite « retour »)	54
Chapitre 4 - Référentiel	59
4.1 Règles de codification (Données)	59
4.1.1 [Agrément logiciel]	59
4.1.2 [Coefficient MCO]	59
4.1.3 Dates	59

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

4.1.4	[Discipline médico-tarifaire] / [Mode de Traitement]	60
4.1.5	[Domaine d'activité]	60
4.1.6	[Partenaire de santé]	60
4.1.7	[Exécutant]	61
4.1.8	[Émetteur du flux]	61
4.1.9	[N° de titre]	61
4.1.10	[Complément au n° de titre]	61
4.1.11	[Nature d'interruption ou de fin de séjour]	61
4.1.12	[Taux de financement]	62
4.1	Tableau des modalités de Prise en charge (PEC) par régime	62
4.1	Tableau de correspondance entre les natures d'exonération TM issues de Vitale (API V.6) et les motifs d'exonération utilisés en norme B2	64
4.1	Fiches « Règles de facturation » (guide DGOS)	74
4.2	Glossaire	77

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

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 œuvre 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 œuvre 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 mois 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 la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, et réunissant la directrice générale de l'offre de soins, le directeur de la sécurité sociale, le directeur à la DGFIP et le directeur général de l'UNCAM ;
- un macro-planning pour l'expérimentation ;
- une équipe projet constituée ;
- un accompagnement des organismes pilotes.

La liste des établissements, caisses et postes comptables pilotes a été arrêtée 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 séjours T2A

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

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

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.

Ce document, élaboré conjointement par le Ministère de la santé et des sports (DSS et DGOS), l'UNCAM et l'ATIH, a pour vocation de présenter l'ensemble des règles et dispositifs applicables en matière de facturation des séjours T2A.

Il est destiné à l'assurance maladie obligatoire et à l'ATIH.

1.3 Le schéma de fonctionnement de la facturation individuelle des séjours

Dans une logique de limitation des impacts pour l'ensemble des acteurs, notamment hospitaliers, le dispositif retenu pour la facturation des séjours T2A s'appuie sur celui déjà en fonctionnement, avec la génération, comme aujourd'hui, des factures des séjours T2A à partir du module actuel GENRSA d'anonymisation et de chaînage des GHS, développé par l'ATIH et déployé en hôpital :

- ce module doit être refondu par l'ATIH (et renommé DEFIS) en vue de permettre au fil de l'eau :
 - la valorisation financière des séjours,
 - la génération de factures individuelles électroniques selon la norme B2 de l'assurance maladie obligatoire dans sa version « juin 2005-D » ;
- en sortie de ce logiciel refondu, avec les données actuellement saisies et contrôlées par le DIM, envoi électronique unique par l'hôpital de données scindé en deux flux :
 - flux médico-économique, à l'identique du flux ATIH actuel (PMSI),
 - flux de facturation individuelle envoyé par les services financiers de l'hôpital, par télétransmission répondant à la norme B2, à la 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 ;
- émission automatique du titre de recette par les services financiers de l'hôpital, prise en charge dans la comptabilité par le comptable de l'établissement ;
- contrôles a priori et paiement des factures (ou rejet) par l'AMO ;
- à l'issue de la généralisation, suppression de la fonction de valorisation financière des GHS effectuée actuellement par l'ATIH en aval d'e-PMSI.

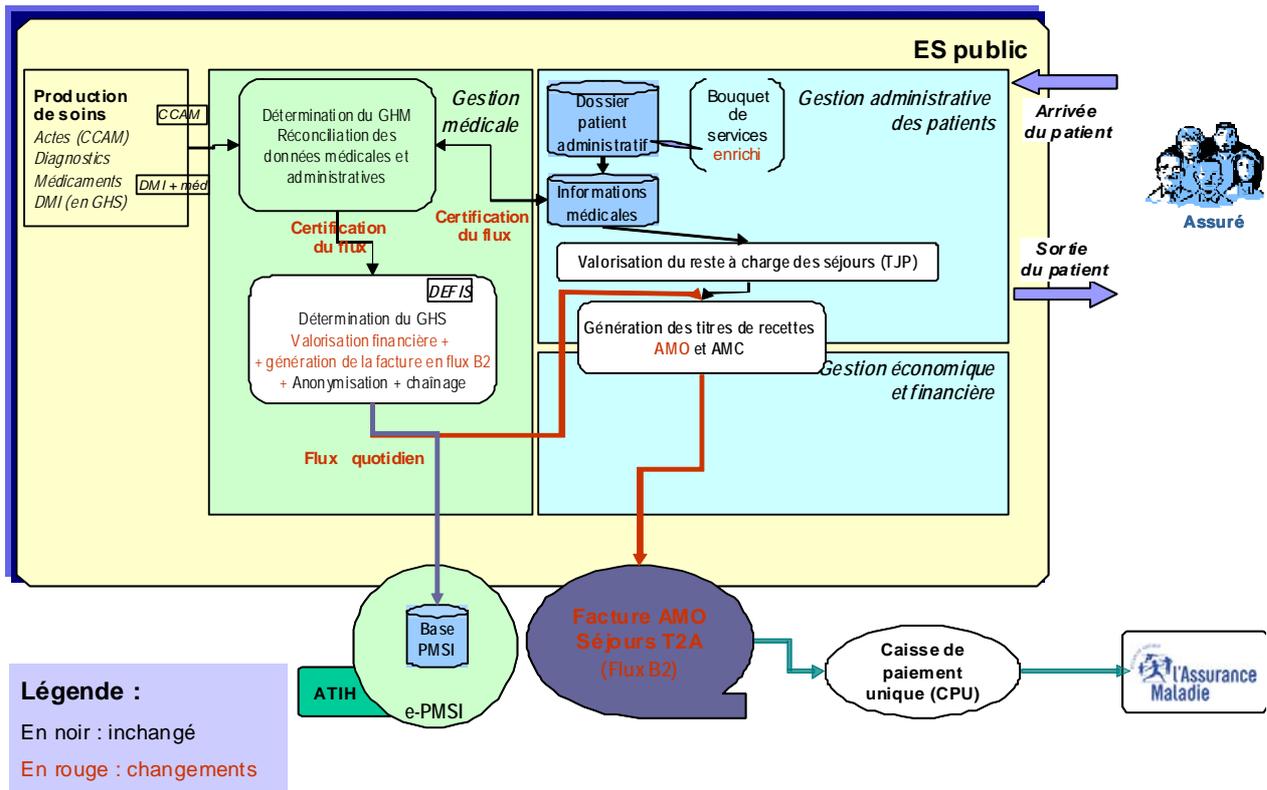
En conséquence, les évolutions nécessitées par l'intégration dans ce dispositif de la facturation individuelle au titre de l'assurance maladie obligatoire portent essentiellement sur des données de type T2A, telles que les GHS, les séjours extrêmes, la réanimation / soins intensifs / surveillance continue, la dialyse / soins palliatifs / radiothérapie, les médicaments coûteux, les DMI (dispositifs médicaux implantables), l'HAD (hospitalisation à domicile) et les prélèvements d'organes.

Nota : les modalités de gestion des pièces justificatives restent conformes au protocole d'accord de 2006 (pas d'envoi en parallèle de la facture papier).

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

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

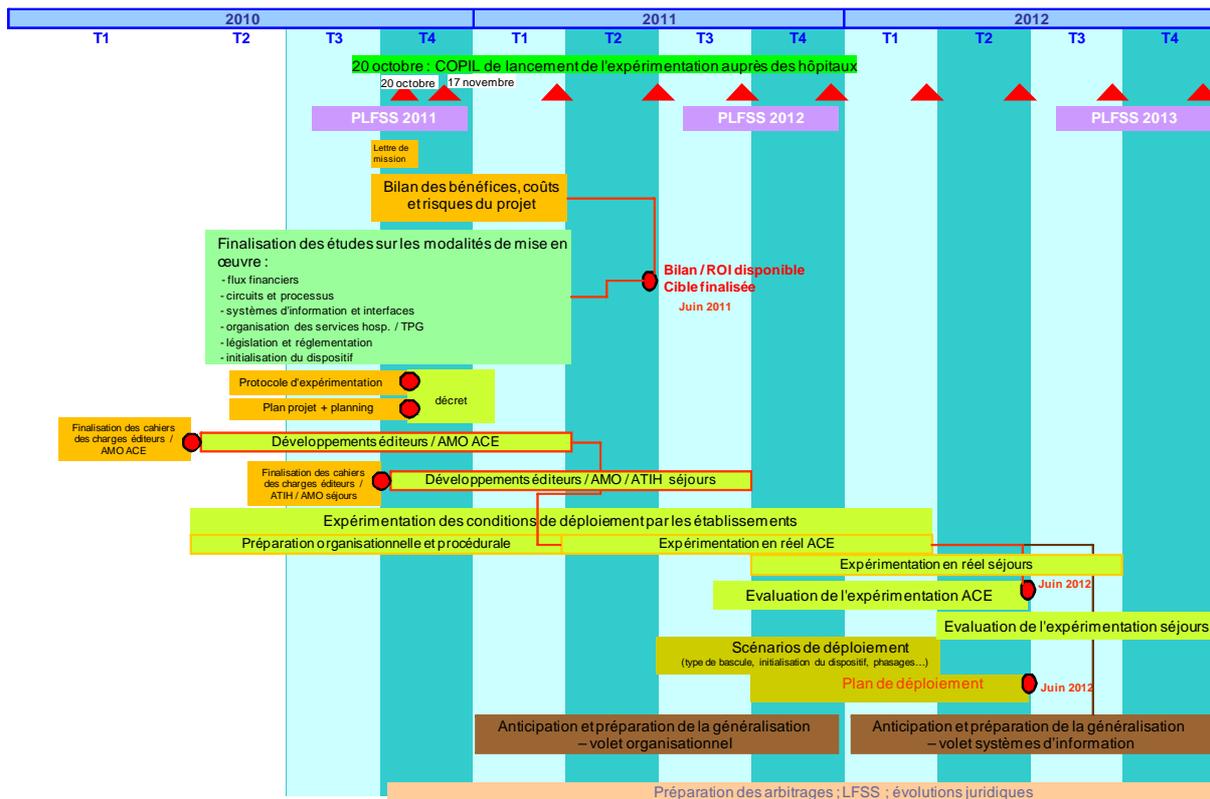
Schéma général pour le fonctionnement du dispositif de facturation des séjours T2A



MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS
MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME 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 :

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

- 20 septembre 2010 : Réunion de lancement de l'expérimentation auprès des organismes pilotes ;
- Début octobre 2010 : mise à disposition du cahier des charges des règles de facturation des séjours à destination de l'ATIH et de l'assurance maladie obligatoire ;
- Courant octobre 2010 : mise à disposition du cahier des charges de la facturation des séjours à destination des éditeurs de logiciels hospitaliers ;
- Fin octobre 2010 : Réunion questions / réponses sur la facturation des séjours avec les éditeurs ;
- Juin 2011 : Certification de l'application DEFIS ;

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

- ☒ Mars – Juin 2011 : Livraison progressive de l'application DEFIS aux éditeurs de logiciels hospitaliers de facturation ;
- ☒ A partir de septembre 2011 : démarrage d'une phase à blanc de la facturation individuelle des séjours avec les établissements pilotes ;
- ☒ A partir de novembre 2011 : démarrage de la phase en réel de la facturation individuelle des séjours pour les établissements pilotes qui seront prêts :
 - ensemble des factures de séjours télétransmises,
 - moins de 10 % de factures rejetées.

Chapitre 2 - Présentation générale des règles de facturation des séjours

2.1 Le contexte réglementaire

2.1.1 La facturation individuelle des prestations hospitalières

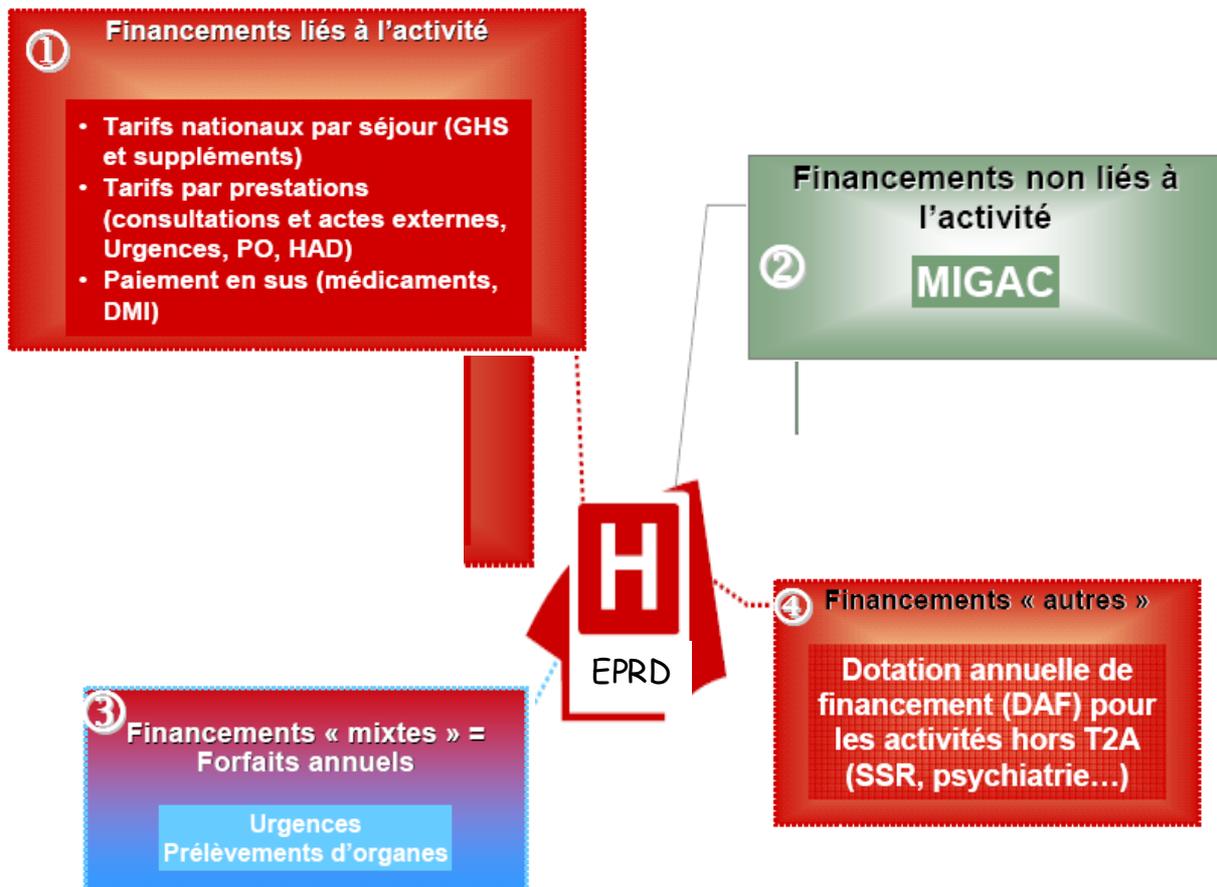
Le passage à la facturation individuelle entre les établissements publics et privés anciennement en dotation globale et l'assurance maladie obligatoire a été entériné par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004 (Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 – Article 33).

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 L174-2¹ du même code.

¹ Caisse pivot de l'établissement.

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

Schéma d'allocation des ressources (AMO)



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 concerne les prestations hospitalières suivantes :

- les GHS ;
- les séjours extrêmes ;
- la réanimation / soins intensifs / surveillance continue ;
- la dialyse / soins palliatifs / radiothérapie ;
- les IVG ;
- les médicaments coûteux ;
- les DMI (dispositifs médicaux implantables) ;
- l'HAD (hospitalisation à domicile) ;
- les prélèvements d'organes.

Les limites :

- l'activité libérale des praticiens temps plein hospitaliers (TPH) ne rentre pas dans le périmètre de la facturation individuelle directe ;
- les mesures applicables au parcours de soins coordonnés sont exclues de l'expérimentation (modulation du ticket modérateur).

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).

De fait, la loi HPST / Art.24 - Participation de l'assuré en MCO - Modification du II - de l'article 33 de la LFSS du 18 décembre 2003 précise : « Jusqu'au 31 décembre 2012 dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de L.162-22-6 les tarifs nationaux ne servent pas de base de calcul à la participation du « patient ». Les conditions et les modalités de cette participation sont fixées par voie réglementaire ». Ces tarifs (TJP) servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, à l'exercice de recours contre tiers ainsi qu'à la facturation des soins de patients européens ou relevant d'une convention internationale ».

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

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 ex hôpitaux locaux (dans l'attente de leur intégration dans la T2A) et des établissements dispensant les soins aux détenus.
- Les établissements de santé privés à but non lucratif** qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale de financement (centres de lutte contre le cancer...).

Nota : pour ce qui concerne les groupements de coopération sanitaire autorisés (GCS), les modalités de passage de ces structures dans la facturation individuelle restent à déterminer.

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 correspondant aux séjours (T2A) est réalisée à l'hôpital par un ensemble de personnels :

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

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.



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

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

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 :

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

2.3.6 Les comptables publics hospitaliers (DGFIP)

Les comptables publics sont impliqués de la manière suivante :

- Le comptable public (DGFIP) 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 reçoit, pour information le flux d'information de rejet (télétransmis par la CPU selon la norme NOEMIE 908) et, après rapprochement avec le titre de recette correspondant (à partir de l'identifiant du titre de recette sur 15 caractères), il actualise, le cas échéant, le délai de suspension à poursuite.
- Il assure le recouvrement des titres de recette impayés.

2.4 Le modèle d'application T2A pour les séjours

2.4.1 Modalités et règles de prise en charge

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

- Les tarifs nationaux complétés le cas échéant de suppléments, affectés d'un coefficient de transition (CT) et / ou d'un coefficient géographique (CG).
- Le taux réel de prise en charge du patient afin de calculer la part de remboursement de l'assurance maladie, 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.

Pour ce qui concerne le ticket modérateur, le financement des établissements repose sur la base du **tarif journalier de prestations** (TJP) pour les séjours. Cette part complémentaire ne supporte pas les coefficients correcteurs (CT/CG).

De fait, la loi HPST / Art.24 - Participation de l'assuré en MCO - Modification du II - de l'article 33 de la LFSS du 18 décembre 2003 précise : « Jusqu'au 31 décembre 2012 dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de L.162-22-6 les tarifs nationaux ne servent pas de base de calcul à la participation du « patient ». Les conditions et les modalités de cette participation sont fixées par voie réglementaire ». Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, à l'exercice de recours contre tiers ainsi qu'à la facturation des soins de patients européens ou relevant d'une convention internationale ».

Autres modalités de financement :

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

Principes de prise en charge par les régimes AMO :

-  Ouverture de droits et maintien de droits :
 - Les bénéficiaires de l'Assurance maladie 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 de droit (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 faire, 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.



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

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

2.4.2 La facturation des activités en GHS

Principes : Un seul GHS est facturé par séjour à l'exception des cas suivants :

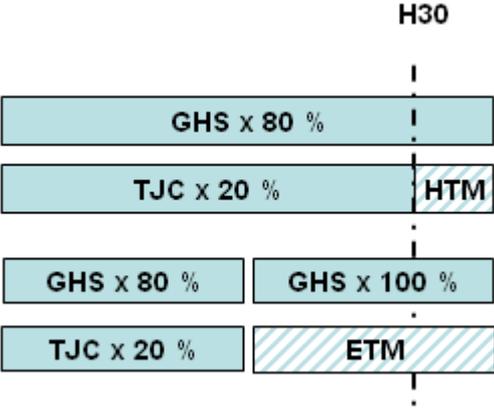
- GHS nouveau-né en sus de celui de la mère lorsque l'enfant reste auprès de la mère, c'est à dire sans passage en néonatalogie.



L'établissement établit une seule facture au risque maternité (cumul sur la même facture du GHS d'accouchement simple et du GHS nouveau-né). Cette disposition concerne les GHS n°5822, 5823 et n°5826.

- Séances de radiothérapie : possibilité de facturation d'un GHS de radiothérapie en sus d'un GHS d'hospitalisation, dans la limite des cas fixés dans l'annexe 4 de l'arrêté prestations du 19/09/09 modifié.
- Traitement de l'insuffisance rénale chronique : possibilité de facturation d'un GHS de dialyse ou d'un forfait de dialyse péritonéale en sus d'un GHS d'hospitalisation, dans les limites fixées dans l'annexe 5 de l'arrêté prestations du 19/09/09 modifié.
- Oxygénothérapie hyperbare : possibilité de facturation d'un GHS d'oxygénothérapie en sus d'un GHS d'hospitalisation.
- Aphérèse sanguine : possibilité de facturer un GHS d'aphérèse sanguine en sus d'un GHS d'hospitalisation.

Règles :

GHS-001	Les valeurs applicables pour l'ensemble du séjour, c'est-à-dire le tarif du GHS et les coefficients correcteurs, sont déterminées à la date de sortie du séjour.
GHS-002	Le cumul d'un GHS d'hospitalisation et d'un GHS de chimiothérapie est interdit.
GHS-003	<p>En cas de séjour de plus de 30 jours, le GHS n'est pas exonéré pour le motif H30, hormis en cas de GHS consécutifs pour un même patient (le 2ème GHS est exonéré de TM) :</p> <div style="text-align: center;">  </div>

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

2.4.3 Les séjours extrêmes

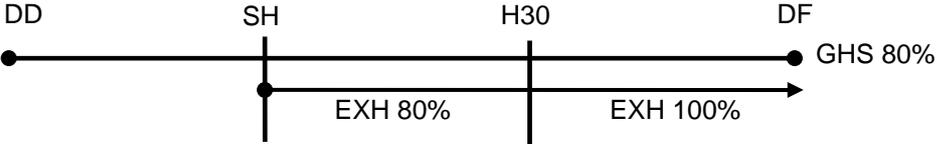
2.4.3.1 Les séjours extrêmes haut (EXH)

Principes : Les durées de séjour extrêmes donnent lieu à une facturation de suppléments dits « EXH » lorsque la durée de séjour est supérieure à un seuil dit « haut ». La prestation EXH est donc basée sur le nombre de journées d'hospitalisation réalisées au-delà de ce seuil.

Règles :

EXH-001	La nature de prestation EXH doit être directement précédée de la nature de prestation GHS à laquelle elle se rapporte, hormis en cas de variation du taux de prise en charge de la prestation (cf. EXH-008). dans ce dernier cas, la nature de prestation EXH suit une autre prestation EXH.
EXH-002	La prestation EXH comporte un n° de GHS afférent au GHS « référent ».
EXH-003	La date début de L'EXH doit être égale à la date début du séjour GHS + seuil haut du GHS.
EXH-004	La date de fin de l'EXH doit être égale : <input checked="" type="checkbox"/> à la date de fin du GHS moins 1 jour si la nature d'interruption ou de fin de séjour prend la valeur « S » ou « E ». <input checked="" type="checkbox"/> à la date de fin du GHS si la nature d'interruption ou de fin de séjour prend la valeur « P », « T » ou « D ».
EXH-005	Calcul de quantité : [(jour de sortie du GHS – jour d'entrée du GHS) – borne haute].
EXH-006	L'EXH suit la règle applicable au GHS en matière de valeurs applicables pour l'ensemble du séjour (évaluation en date de sortie du séjour).
EXH-007	Le ticket modérateur de l'EXH est calculé sur la base de celui du GHS dont il relève. Il n'y a donc pas de ligne TJC distincte correspondant à la ligne de prestation EXH.

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

<p>EXH-008</p> 	<p>La modulation du ticket modérateur de l'EXH varie en fonction de la borne des 30 jours (séjour de plus de 30 jours dit « H30 ») :</p> <p>Si la prestation EXH est exonérée « H30 », elle peut être précédée d'une ligne de prestation EXH (soumise au TM avant la borne H30).</p>  <p>SH : seuil haut ; DD : date début ; DF : date fin</p>
---	--

2.4.3.2 Les séjours extrêmes bas (EXB)

Principes : Un GHS est minoré dans le cas d'un séjour dont la durée est inférieure au seuil bas (séjour « extrême bas »).

Règles :

EXB-001	Le séjour minoré est « tracé » par l'emploi d'une nature de fin de séjour à « B » sur la ligne de facturation GHS.
EXB-002	<p>La minoration du GHS est de type forfaitaire si le séjour a une durée inférieure au seuil bas et que l'EXB forfaitaire est renseigné pour ce GHS. Dans ce cas le calcul est le suivant :</p> <p>Calcul : la base de remboursement du séjour minoré est (BR_GHS – BR_EXB), avec : BR_EXB = (prix EXB * coefficient correcteur)</p>
EXB-003	<p>La minoration du GHS est de type prix de journée si le séjour a une durée inférieure au seuil bas et que l'EXB prix de journée est renseigné pour ce GHS. Dans ce cas le calcul est le suivant :</p> <p>Calcul : la base de remboursement du séjour minoré est (BR_GHS – BR_EXB), avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> BR_EXB = (prix EXB * nombre de jours * coefficient correcteur) ; <input checked="" type="checkbox"/> nombre de jours = seuil bas – durée de séjour ; <input checked="" type="checkbox"/> durée de séjour = (date fin GHS – date début GHS) c'est-à-dire sans le jour de sortie

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

2.4.4 Les suppléments forfaitaires journaliers

Principes : Les suppléments forfaitaires journaliers (SFJ) sont facturés en sus du GHS pour des séjours au sein d'unités très spécialisées :

- Réanimation, surveillance continue, soins intensifs : REA / SRC / STF / REP. Les passages du patient dans un service de réanimation ou de surveillance continue donnent donc lieu à l'un des suppléments spécifiques précités.
- Néonatalogie : NN1 / NN2 / NN3, lorsque le nouveau-né est pris en charge en unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale.



Ces suppléments sont ouverts sur la base de la reconnaissance ou l'autorisation de la structure d'accueil par l'ARS.

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

Règles :

SFJ-001	Les suppléments forfaitaires journaliers sont soumis aux coefficients correcteurs (coefficients de transition et géographique).
SFJ-002	Pour la détermination du tarif, les suppléments suivent la règle applicable au GHS (évaluation en sortie de séjour).
SFJ-003	Facturation des suppléments : indiquer les dates d'entrée / sortie de l'unité médicale (jours effectifs de présence).
SFJ-004	Dénombrement des suppléments = [Date de sortie – Date d'entrée] de l'unité médicale.
SFJ-005	Lorsque le patient est présent dans plusieurs unités ou lit, le même jour, seul le supplément dont le montant est le plus élevé est facturé.
SFJ-006	Pour un patient présent moins d'une journée dans l'unité médicale (date de sortie = date d'entrée), le nombre de SFJ = 1.
SFJ-007	En cas de décès du patient, le supplément est dû y compris le jour de sortie de l'unité.
SFJ-008	En cas de transfert du patient (> 48 h), le supplément n'est pas dû le jour du transfert.

2.4.5 Ticket modérateur et forfait journalier

2.4.5.1 Le tarif journalier de prestation

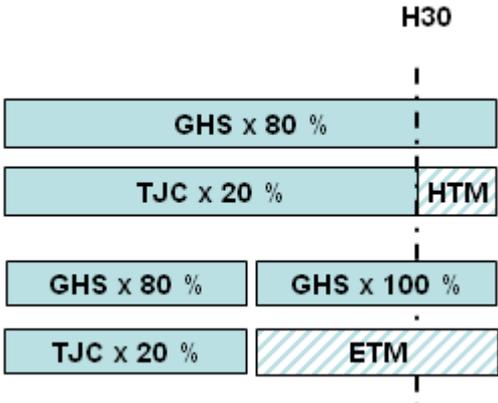
Principes :

- En ce qui concerne les prestations de séjour, le ticket modérateur (TM) perçu auprès du patient ou de sa mutuelle est déterminé sur la base du tarif journalier de prestations (TJP).
- Ces TJP sont propres à chaque établissement et arrêtés par l'ARS. Ils servent donc au calcul de la part complémentaire, y compris des suppléments forfaitaires, mais ne sont pas « corrélés » aux éléments de facturation de la part AMO.
- Les coefficients correcteurs (transition / géographique) ne leur sont pas appliqués.
- Le tarif journalier de prestations est véhiculé sous la nature de prestation « TJC » (Tarif Journalier Complémentaire).



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

Règles :

TJC-001	Détermination du montant remboursable AMC : (Prix TJC x Qté) x (1 – taux AMO)
TJC-002	Le TJC est présent sur la facture y compris en cas d'éclatement à la source (TJC « pour information »). Cette règle découle de la nécessité de comparer systématiquement le montant du ticket modérateur avec le montant des forfaits journaliers (règle d'imputation).
TJC-003	Il peut y avoir plusieurs TJC sur une même facture.
TJC-004	Les TJC sont transmis avec des disciplines médico-tarifaires (DMT) et des modes de traitement (MT) renseignés.
TJC-005	Les tarifs des TJC sont évalués en date d'exécution.
TJC-006	Quantité totale de TJC = Date fin séjour GHS – Date début séjour GHS (le jour de sortie n'est pas dû).
TJC-007	En cas de transfert > 48 h, le TJC n'est pas dû le jour de sortie de l'établissement d'origine (c'est le TJC de l'établissement d'accueil qui s'applique dès le jour de transfert).
TJC-008	<p>Le TJC au-delà de la borne H30 n'est pas facturé, ni à l'AMO, ni à l'AMC, ni à l'assuré (période dite HTM « Hors Ticket Modérateur »)</p> 

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

2.4.5.2 Le ticket modérateur forfaitaire 18 € (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 lorsque des actes médicaux dont le montant est supérieur ou égal à 91 € ou des actes affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 50 ont été réalisés pendant un séjour.
- Lorsque un ou plusieurs actes d'un tarif égal ou supérieur à 91 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50, sont effectués pendant le séjour, le TMF 18€ ne s'applique qu'une seule fois par séjour, pour l'ensemble des frais d'hospitalisation.
- 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.
- 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 €.



Se reporter aux fiches « Règles de facturation » émises par la DGOS. Cf. chapitre : Fiches « Règles de facturation » (guide DGOS).

Règles :

TMF-001	Le TMF 18€ est défalqué du montant remboursable AMO et augmente le montant de la part complémentaire lorsque les soins sont dispensés à un bénéficiaire de la CMUC ou de l'AMEC.
TMF-002	Le TMF 18€ ne doit pas être défalqué du montant remboursable AMO lorsque le bénéficiaire des soins est un ressortissant du régime Alsace-Moselle, de la SNCF, des Mines.

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

TMF-003	<p>Règles particulières à certaines situations d'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation consécutive et en lien direct avec une autre hospitalisation : les frais relatifs à une hospitalisation consécutive en lien direct avec une hospitalisation soumise au TMF 18 € sont également soumis à ce TMF 18 €. <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation consécutive mais sans lien direct avec une autre hospitalisation : si la seconde hospitalisation ne réunit pas les critères de temps et de lien médical exigés pour être considérée en lien direct avec la première et qu'il n'est pas accompli d'acte lourd durant cette seconde hospitalisation, le patient devra acquitter le TM habituel pour ce second séjour (hors autre motif d'exonération).
TMF-004	<p>Hospitalisation de plus de 30 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Séjour unique : Pour un séjour unique de plus de 30 jours, pendant lequel un acte lourd est réalisé, le TMF 18 € est dû. <input checked="" type="checkbox"/> Séjours consécutifs dont la durée totale est supérieure à 30 jours : Le TMF 18 € n'est pas dû sur le second séjour.
TMF-005	<p>Transfert / Échange, Mutation, Changement de domaine d'activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Transfert définitif (> 2j) : un séjour avec transfert vers un autre établissement correspond à deux séjours. Il y aura deux TMF 18 € à la charge de l'assuré. <input checked="" type="checkbox"/> Échange provisoire (< 2j) : un séjour avec échange provisoire vers une autre structure correspond à un seul séjour, l'échange n'interrompt pas le séjour dans l'établissement d'hébergement. Dans ce cas un seul TMF 18 € est applicable à l'ensemble du séjour. <input checked="" type="checkbox"/> Mutation : un séjour MCOO au sein d'un même établissement pendant lequel le patient change de discipline / service / spécialité correspond toujours à un seul séjour. Il n'y aura donc qu'un seul TMF 18 €. <input checked="" type="checkbox"/> Domaine d'activité : la prise en charge dans des domaines distincts au sein d'un même établissement (ex. MCOO → SSR) constitue des séjours distincts. Dans ce cas chaque séjour peut donner lieu à l'application du TMF 18 €.

2.4.5.3 Le forfait journalier hospitalier (FJH)

Principes :

- Le forfait n'est pas pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale, sauf dans certains cas particuliers (ex. bénéficiaires de l'assurance maternité).
- Le FJH comprend la notion de forfait journalier (FJ) et de forfait journalier du jour de sortie (FJS)

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

Règles :

FJH-001	Le FJ est compris dans le montant du GHS et se calcule en déduction du montant du GHS (codes imputation A/R/L).
FJH-002	Le FJ s'impute dans le ticket modérateur lorsque son montant est inférieur au montant du TM calculé sur la base du TJP.
FJH-003	Le FJ n'est pas dû en cas de séjour dont les dates d'entrée et de sortie sont identiques (GHS strictement ambulatoire).
FJH-004	Dénombrement : (FJ x DS) en cas de sortie définitive, avec DS : durée de séjour = (date de fin du séjour – date de début du séjour).
FJH-005	Dénombrement : (FJ x DS) + 1 jour, en cas d'évènement « transfert > 48 h » ou d'évènement « présent » (séjours marqués avec une nature de fin de séjour = « T » ou « P »).
FJH-006	Le FJS fait l'objet d'une ligne de facturation spécifique → codes FJA / FJR / FRL. Les dates de début et de fin de prestation sont identiques et correspondent à la date de fin d'hospitalisation.
FJH-007	Le FJS n'est pas dû en cas d'évènement « transfert » (> 48 h) → séjours marqués avec une nature de fin de séjour = « T ».
FJH-008	Le FJS n'est pas dû en cas d'évènement « Présent », (dans un établissement mixte MCO → SSR par exemple) → séjours marqués avec une nature de fin de séjour = « P ».
FJH-009	Le FJS n'est pas dû en cas d'évènement « décès » → séjours marqués avec une nature de fin de séjour = « D ».

2.4.5.4 Modalités d'imputation relatives au Ticket Modérateur et au Forfait Journalier

Définitions :

- M_TM : Montant Ticket Modérateur, soit $[TJC * DS] * 1 - \text{taux AMO}$.
- DS : Durée de Séjour, soit le nombre de journées avec présence à minuit (exclusion du jour de sortie).
- M_FJ : Montant Forfait Journalier, soit $(FJ * DS)$.

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

Règles :

IMP-001	Patient soumis au TM et non exonéré FJH :		
		Montant AMO	Montant AMC
	Cas général (TM > FJH)	$(GHS \cdot CT \cdot CG) \times \text{taux AMO}$	M_TM + FJS
	Cas particulier (FJH > TM)	$(GHS \cdot CT \cdot CG) \times \text{taux AMO} - (M_FJ - M_TM)$	M_TM + (M_FJ - M_TM) + FJS
IMP-002	Patient exonéré du TM et non exonéré FJH :		
		Montant AMO	Montant AMC
	FJH à charge de l'assuré	$(GHS \cdot CT \cdot CG) \times 1 - M_FJ$	M_FJ + FJS
	FJH à charge du régime	$(GHS \cdot CT \cdot CG) \times 1$	--
IMP-003	Patient exonéré du TM et exonéré du FJH :		
		Montant AMO	Montant AMC
		$(GHS \cdot CT \cdot CG) \times 1$	--

Ticket Modérateur Forfaitaire 18 € (TMF 18 €) et FJH :

- La règle d'imputation du FJH sur le TM, lorsque ce dernier est égal ou supérieur au montant du FJH, n'est pas applicable au TMF 18 € instauré pour les actes coûteux.
- Ainsi, en cas d'hospitalisation, le patient sera redevable du FJH et du TMF 18 €.

2.4.6 L'insuffisance rénale chronique

Principes :

- La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique est financée :
 - en GHS pour l'activité réalisée en centre ou en unité médicalisée (y compris entraînement) ;
 - en GHS payé en sus pour les séances d'hémodialyse réalisées en centre pour des patients hospitalisés pour une autre cause ;
 - en supplément DIP pour les séances de DP réalisées pour les patients hospitalisés pour une autre cause ;
 - en forfaits dialyses Dxx pour l'activité d'alternative à la dialyse en centre.
- Les forfaits « Dxx » sont facturés pour chaque séance ou, dans le cadre de la dialyse péritonéale, pour chaque semaine de traitement ou d'entraînement.
- La facturation de la dialyse est soumise au contrôle d'autorisation (SROS 3).



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

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

Règles :

IRC-001	Les forfaits « Dxx » sont des tarifs nationaux auxquels s'appliquent les coefficients de transition et géographique (CT / CG).
IRC-002	Les tarifs et coefficients correcteurs (CT / CG) sont déterminés en date d'exécution de la prestation.
IRC-003	Les forfaits « Dxx » peuvent être facturés en sus d'un GHS ou d'un GHT.
IRC-004	Les produits faisant partie de la liste L.162-22-7 sont facturés en sus.

2.4.7 Les échanges inter établissements (PIE, transferts)

2.4.7.1 Les prestations inter établissement (PIE)

Définitions :

- Les PIE désignent les situations dans lesquelles un établissement de santé « A » fait appel au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement de santé « B » pour assurer à ses patients des soins et des examens qu'il ne peut délivrer ou réaliser lui-même.
- Les PIE relèvent d'un échange de moins de 48 h (1 nuitée maximum).

Principes :

- Cas général :
 - Un échange < 48 h vers un établissement prestataire n'interrompt pas le séjour du patient dans l'établissement d'hébergement.
 - L'établissement d'hébergement « A » émet un support de facturation contenant un GHS qui inclut la prestation de « B »
 - Le demandeur « A » règle le prestataire « B » sur la base de tarifs négociés de gré à gré (conventions inter établissements).
- Cas particuliers :** en cas d'échange dans le cadre de séances de soins itératives (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie...) : chaque établissement facture sa prestation.

Règle : Imagerie médicale

PIE-001	Dans le cas d'un échange public → privé, l'AMO ne règle pas de prestations d'imagerie.
---------	--

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

2.4.7.2 Les transferts > 48 h (2 nuitées minimum)

Principe : Chaque établissement facture séparément à l'Assurance maladie.

Règles :

TRE-001 	<p>En cas de retour dans l'établissement d'origine, le 2^{ème} GHS facturé supporte une minoration de 50 % de son tarif si les 2 séjours donnent lieu à la production d'un même GHM.</p> <p>Cette règle de minoration du GHS ne s'applique pas au TJP.</p>
---	---

2.4.8 L'hospitalisation à domicile (HAD)

Principe : Les séjours HAD représentent une alternative à l'hospitalisation complète. Leur facturation repose sur environ 30 classes tarifaires nommées GHT.

Règles :

HAD-001	Application du seul coefficient géographique.
HAD-002	Détermination des tarifs et du coefficient géographique en date d'exécution.
HAD-003	Le GHT est facturé tous les jours y compris le jour de sortie.
HAD-004	Le GHT est facturé le jour d'un transfert dans un établissement de santé sauf en cas de transfert comportant au moins une nuitée.
HAD-005	Les Médicaments et les dispositifs médicaux présents sur la liste L.162-22-7 sont facturés en sus du GHT.
HAD-006	Le GHT supporte un coefficient de minoration (13%) à condition : <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> qu'il y ait une convention entre l'établissement et l'EHPAD validée par l'ARS ; <input checked="" type="checkbox"/> que l'EHPAD facture des forfaits de soins).
HAD-007	Le ticket modérateur est déterminé sur la base du TJP (nature de prestation : TJC).

Nota : Le mode de facturation des honoraires de médecins libéraux intervenant dans la structure (hors médecin coordonnateur) sont en cours d'étude, il seront précisés ultérieurement.

2.4.9 L'interruption volontaire de grossesse

Principes : Le financement de l'IVG est maintenu selon le système actuel :

- Il s'agit des codes prestation suivants : AMF / AMD / APD / FJS / IMD / IPD.
- Ces forfaits sont pris en charge à 80 %.
- Les IVG anonymes, pris en charge à 100%, ne font pas l'objet d'une télétransmission.
- En cas de complication (IVG pour motif médical dit « IMG »), il y a facturation d'un GHS issu d'un GHM.

Règles :

IVG-001	Les 6 forfaits IVG précités ne sont pas cumulables avec un GHS.																					
IVG-002 	<p>Les forfaits IVG sont transmis avec des disciplines médico-tarifaires (DMT) et des modes de traitement (MT) renseignés (voir ci-après).</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Forfait IVG</th> <th>DMT</th> <th>MT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AMF</td> <td>309</td> <td>03 ; 04</td> </tr> <tr> <td>AMD</td> <td>309</td> <td>04 ; 22</td> </tr> <tr> <td>APD</td> <td>309</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>FJS</td> <td>309</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>IMD</td> <td>309</td> <td>04 ; 22</td> </tr> <tr> <td>IPD</td> <td>309</td> <td>03</td> </tr> </tbody> </table>	Forfait IVG	DMT	MT	AMF	309	03 ; 04	AMD	309	04 ; 22	APD	309	03	FJS	309	03	IMD	309	04 ; 22	IPD	309	03
Forfait IVG	DMT	MT																				
AMF	309	03 ; 04																				
AMD	309	04 ; 22																				
APD	309	03																				
FJS	309	03																				
IMD	309	04 ; 22																				
IPD	309	03																				

2.4.10 Les prélèvements d'organes

Principes :

- Les prélèvements d'organes ou de tissus sont facturés sur la base de forfaits (PO1 à PO9).
- L'activité de prélèvement bénéficie également d'un financement complémentaire sous la forme d'un forfait annuel (CPO) réglé par douzièmes (saisie interne des caisses). Ce forfait annuel vise à couvrir les charges de la coordination hospitalière des prélèvements.
- Les forfaits PO sont pris en charge à 100 %
- La facturation des prélèvements d'organes est soumise à autorisation.

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

Règles :

PRO-001	Les forfaits PO1 à PO4 sont facturés par l'établissement au sein duquel est effectué le prélèvement.
PRO-002	Un forfait PO1 à PO4 est facturé pour chaque prélèvement d'un ou plusieurs organes.
PRO-003	Un forfait PO5 à PO9 est facturé pour chaque organe prélevé.
PRO-004	Les forfaits issus d'une même liste ne peuvent se cumuler.
PRO-005	Le cumul de forfaits de la liste 1 avec des forfaits de la liste 2 (ex. PO4 + PO6) est possible pour un même établissement, lorsque le chirurgien préleveur est salarié de l'établissement au sein duquel est réalisé le prélèvement.

2.4.11 Les paiements en sus (médicaments / dispositifs médicaux)

2.4.11.1 Les médicaments

Principes :

- Il s'agit des molécules pharmaceutiques inscrites sur une liste limitative (liste T2A prévue à l'art. L.162-22-7 du Code de sécurité sociale) et dispensées dans le cadre d'une hospitalisation.
- Ces médicaments onéreux dont le coût ne peut être intégré à celui du GHS sont transmis sous le code générique PH8.
- Leur prise en charge est effectuée sur la base d'un tarif de responsabilité.
- Lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif de responsabilité, l'établissement de santé est remboursé sur la base du montant de la facture majoré de 50 % de la différence entre le tarif et le prix d'achat.
- Lorsque le prix de vente est supérieur au tarif de responsabilité, l'établissement n'est remboursé que dans la limite du tarif.

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

Règles :

MON-001	<p>Le taux de financement peut être réduit (cette réduction étant comprise dans une fourchette comprise entre 70 % et 100 %) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Si l'établissement n'a pas souscrit au contrat de bon usage ou s'il n'en respecte pas les engagements. <input checked="" type="checkbox"/> Si l'établissement n'a pas signé le plan d'actions présenté par l'ARS en cas de dépassement du taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'Assurance maladie afférentes aux spécialités pharmaceutiques et produits et prestations remboursés en sus des GHS. <input checked="" type="checkbox"/> L'application d'un taux de financement < 100% conduit à laisser un reste à charge à l'établissement qui ne peut être facturé ni à l'AMO, ni à l'assuré.
----------------	---

2.4.11.2 Les dispositifs médicaux

Principes :

- Il s'agit des dispositifs médicaux inscrits sur une liste limitative (liste T2A prévue à l'art. L165-1 du Code de la Santé Publique) et dispensés dans le cadre d'une hospitalisation.
- Ces dispositifs médicaux implantables sont transmis sous les codes génériques PII / PME.
- Leur prise en charge est effectuée sur la base d'un tarif de responsabilité.
 - Lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif de responsabilité, l'établissement de santé est remboursé sur la base du montant du prix d'achat majoré de 50 % de la différence entre le tarif et le prix d'achat.
 - Lorsque le prix de vente est supérieur au tarif de responsabilité, l'établissement n'est remboursé que dans la limite du tarif.

Règles :

DMI-001	<p>Le taux de financement peut être réduit (il est fixé dans une fourchette comprise entre 70 % et 100 %) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Si l'établissement n'a pas souscrit au contrat de bon usage ou s'il n'en respecte pas les engagements. <input checked="" type="checkbox"/> Si l'établissement n'a pas signé le plan d'actions présenté par l'ARS en cas de dépassement du taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes aux spécialités pharmaceutiques et produits et prestations remboursés en sus des GHS. <input checked="" type="checkbox"/> L'application d'un taux de financement < 100% conduit à laisser un reste à charge à l'établissement qui ne peut être facturé ni à l'AMO, ni à l'assuré.
----------------	--

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

2.4.12 Les transports

La facturation individuelle des prestations de transports dans le cadre de séjours sera traitée dans la prochaine version du cahier des charges.

Chapitre 3 - Enchaînements fonctionnels de la facturation

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).

Lorsque la carte Vitale est absente, la situation du bénéficiaire est appréciée :

- à partir de l'attestation de droits fournie par l'Assurance maladie,
- par exploitation du service en ligne de Consultation des Droits Réels (CDR).

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 : identification par le biais du triplet Code régime + Code caisse gestionnaire + Code centre de gestion, utilisable pour l'adressage des flux avec la table des organismes destinataires du GIE-SV.

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 ≥ 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 « Etat »	N° 9999999 7
Bénéficiaire de l'AME	N° 7550001 7

3.1.2 Parcours de soins coordonné (PSC)



L'hospitalisation n'est pas soumise au PSC.

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

3.2 Recenser et tarifier les prestations servies

3.2.1 Recenser les prestations servies

3.2.1.1 Lister les prestations

Libellé	Nature de prestation
Forfaits séjours MCOO	GHS
Supplément forfaitaire séjours longs	EXH
Suppléments forfaitaires soins coûteux	REA / STF / SRC
Suppléments forfaitaires néonatalogie	NN1 / NN2 / NN3
Médicaments et LPP en sus (L.162-22-7)	PH8 / PII / PME
Forfaits séjours HAD	GHT
Ticket modérateur séjour MCOO / HAD	TJC
Forfaits dialyse	D12 / D13 / D14 / D15 / D16 / D20 / D21 / D22 / D23 / DIP
Forfaits d'IVG	AMD / AMF / APD / FJS / IMD / IPD

3.2.1.2 Rappel sur les règles de prise en charge (OD, tarifs)

3.2.1.2.1 Ouverture des droits

Règles :

ODR-001	L'examen des droits de l'assuré est effectué en début de séjour (régime applicable, complémentaire CMU, exonération du ticket modérateur).
----------------	--

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

3.2.1.2 Recherche des tarifs applicables

Règles :

TAR-001	Les tarifs applicables au cours d'une hospitalisation, GHS et suppléments (EXH, réanimation, soins intensifs et continus, néonatalogie), sont évalués en sortie de séjour (date de fin).
TAR-002	Les tarifs applicables aux médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus du GHS (liste L.162-22-7) sont évalués en date de délivrance.

3.2.2 Tarifier les prestations

Cinématique de traitement :

- Rechercher les Prix Unitaires, indiquer les quantités

- Appliquer les coefficients correcteurs

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

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).

Prestations	Coefficient de transition	Coefficient géographique
GHS/EXH	✓	✓
Suppléments forfaitaires journaliers (réanimation, néonatalité...)	✓	✓
GHT		✓
Forfaits Urgences et sécurité	✓	✓
Forfaits Dialyse	✓	✓
Prélèvement d'organes		✓
Forfaits IVG		
Tarif journalier de prestations		
Médicaments / DM en sus hospitalisation (L.162-22-7)		

- 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 $(PU * Qté) \times (CT * CG)^2$
----------------	---

² 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

	<input checked="" type="checkbox"/> une « BR_AMC » relative à la part AMC, égale à (PU * Qté)
--	---



Rappel sur les modalités de tarification des non assurés sociaux (AME, conventions internationales) : Ces bénéficiaires sont hors T2A (TJP) et ne sont donc pas concernés par l'application des coefficients correcteurs.

- Rechercher les motifs exonérations de ticket modérateur (ETM) et 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 »



La correspondance entre les natures d'exonération issues de Vitale (API V.6) et les motifs d'exonération utilisés en norme B2 sont présentés dans le chapitre « Tableau de correspondance entre les natures d'exonération issues de Vitale (API V.6) et les motifs d'exonération utilisés en norme B2 »

Principe : En présence d'exonérations multiples, une hiérarchisation³ s'opère selon l'ordre suivant :

- Maternité, AT-MP, prévention.
- Pension militaire (Art. 115).
- Pension d'invalidité (Rgm 120).
- ALD (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€

³ Cette hiérarchisation correspond à ce jour à celle du régime général. Des travaux d'harmonisation avec les autres régimes sont en cours.

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

		<input checked="" type="checkbox"/> Diagnostic et traitement de la stérilité.
Motif « 4 »	Soins conformes au protocole ALD	<input checked="" type="checkbox"/> Exonération liée à la nature de l'affection (LIS / EXC / EXP)
Motif « 5 »	Exonération liée à la situation du bénéficiaire	<input checked="" type="checkbox"/> Titulaires d'une rente AT-MP $\geq 66,66\%$ (Art. 150). <input checked="" type="checkbox"/> Pension militaire d'invalidité (Art. 115). <input checked="" type="checkbox"/> Pension d'invalidité (Rgm 120).

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 au 12^e jour après 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 ») :

Règle

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

- Calculer les montants remboursables AMO / AMC (CMUC « Etat »)

Règles :

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

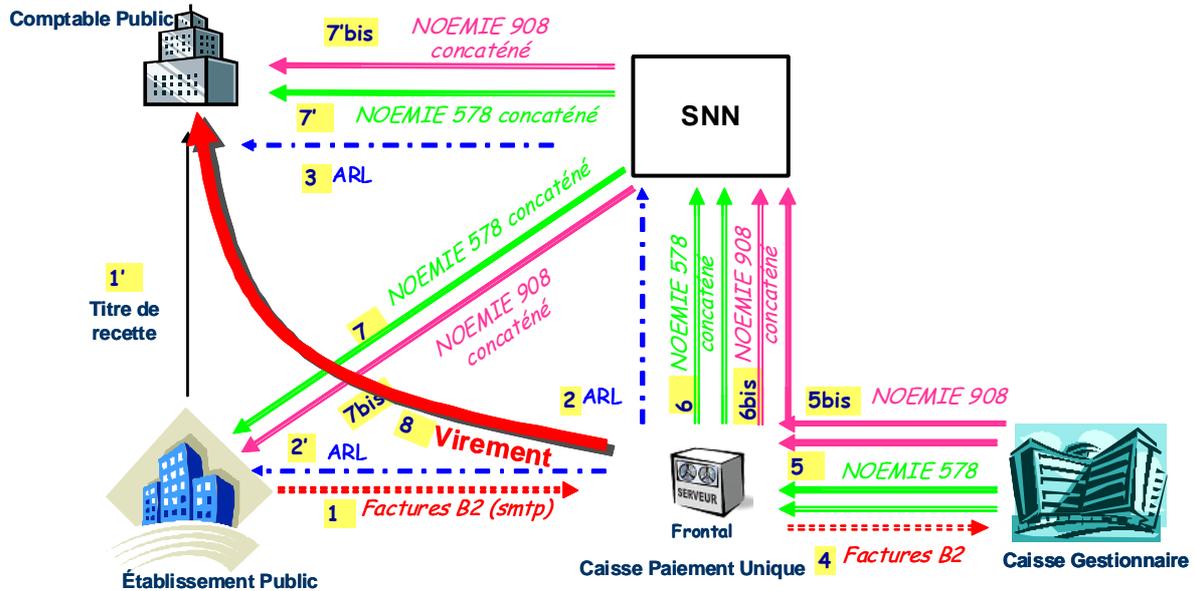
3.3 Intégrer en norme B2

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.

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

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



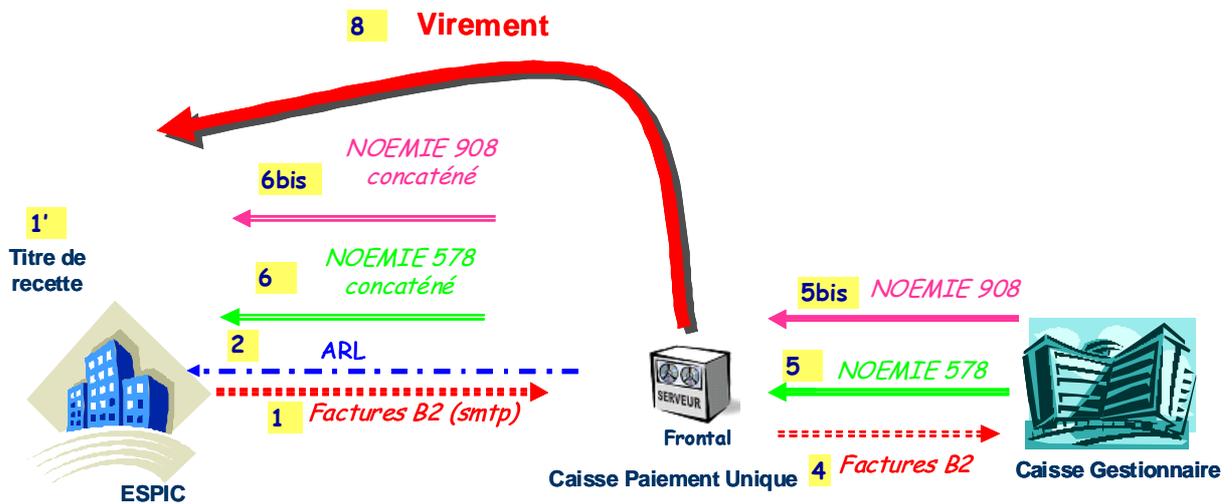
1	<ul style="list-style-type: none"> ☒ L'établissement de santé émet sa facture vers un frontal concentrateur au format B2 / SMTP, accessible par la CPU de référence de l'établissement.
1'	<ul style="list-style-type: none"> ☒ L'établissement de santé émet parallèlement un titre de recette en direction 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.
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"> ☒ La CPU concatène les RSP (paiement ou rejet) marqués « CGECPU » (qui deviennent des RSP « CPU ») et les transmet vers le SNN.

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

<p>7 7 bis 7' 7' bis</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Le SNN centralise les retours de toutes les caisses gestionnaires pour les comptables et les établissements publics.</p>
<p>8</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> La CPU effectue un virement correspondant au montant du RSP 578 (CPU).</p>

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 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.
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

8	<input checked="" type="checkbox"/> La CPU effectue un virement correspondant au montant du RSP 578 (CPU).
----------	--

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 est porteuse des factures émises par l'établissement à l'encontre d'un organisme d'AMO. Le destinataire de la facture au format B2 est donc l'organisme d'assurance maladie en charge du traitement de cette facture en transitant via le frontal de la CPU (frontal 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).

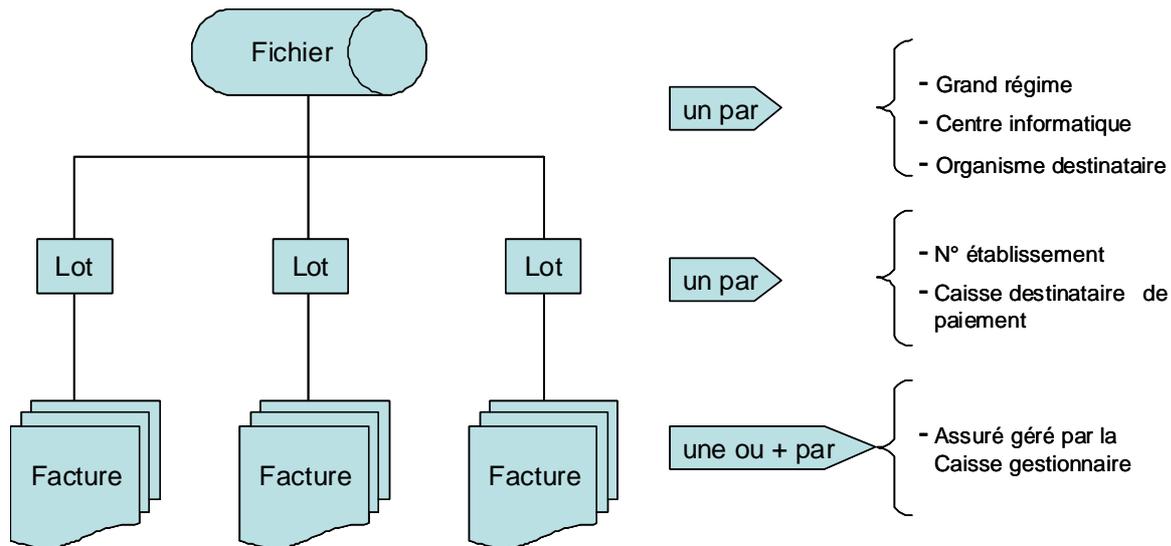
Lors de l'émission, le champ Content-Description du message SMTP doit être :

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

Nota : les flux test sont marqués avec un champ Content-Description du message SMTP FHTEST/B2Z (flux compressés) ou FHTEST/B2 (flux non compressés).

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

Constitution des fichiers B2



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 :
 - NIR (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 ;

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

- Données d'identification du titre de recette : référence réglementaire à 15 caractères.

3.3.2.2 Structuration des types

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

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

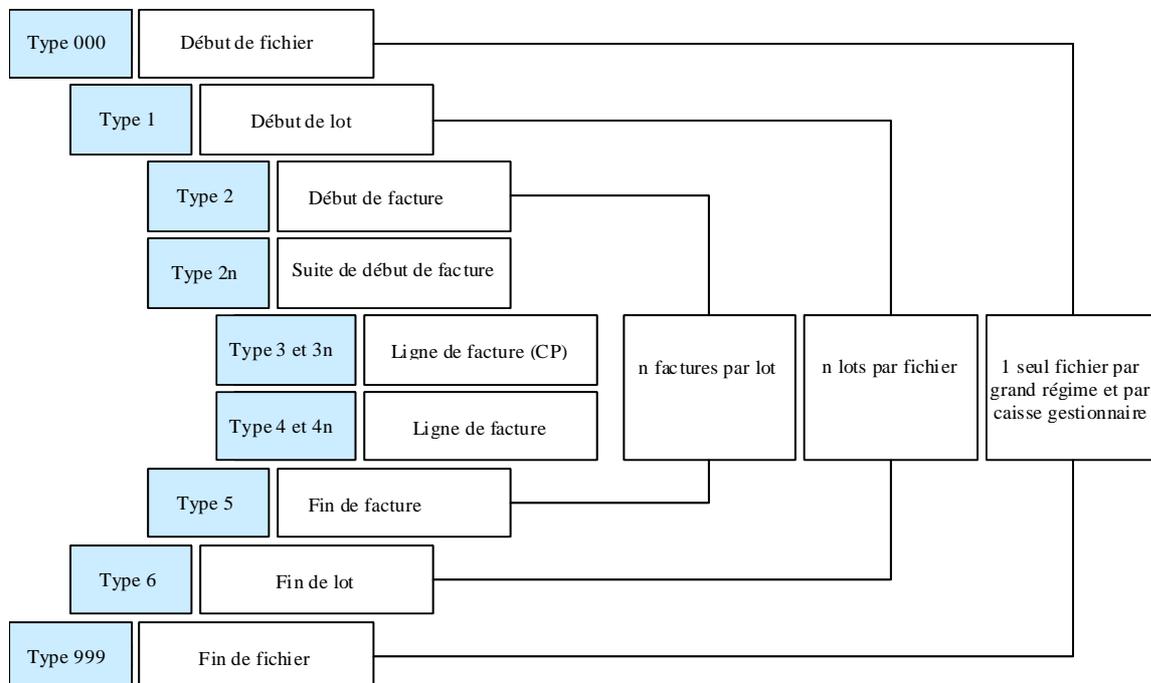
Le niveau fichier est borné par un type 000 et un type 999.

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.

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.



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

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

Le tableau ci-après en donne l'enchaînement.

Type 000	Début de fichier ; 1 par grand régime et caisse gestionnaire. Un fichier peut comporter plusieurs lots, tous à destination de la même caisse gestionnaire.
Type 1	1 par lot. Un lot comporte de 1 à n factures
Type 2	1 par facture
type 2S	1 par facture, suite du type 2. Obligatoire pour les EPS, facultatif pour les ESPIC.
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
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
type 5	1 par facture
type 6	1 par lot
Type 999	Fin de fichier

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

3.3.3 Cas d'implémentation des types

3.3.3.1 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 « Etat » ainsi que les organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire pour un assuré.
- Un seul débiteur est identifié dans la facture et un seul flux budgétaire est transmis au comptable 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 (CMUC « Etat ») : correspond au code mutuelle 7568989 3 transposé en code 9999999 7 en carte Vitale
NB2-002	<p>Le tarif journalier de prestation (TJC) est renseigné pour tarification de la part complémentaire de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Montant de la dépense (type 3 / Position 102-109) valorisé. <input checked="" type="checkbox"/> Montant remboursable AMC (type 3 / Position 122-128) valorisé. <input checked="" type="checkbox"/> Qualificatif de la dépense (type 3 / Position 120) valorisé à « N »

3.3.3.2 L'éclatement à la source

Principes : Hors CMUC « Etat », il est admis que les établissements puissent faire 2 facturations séparées AMO / AMC.

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, le tarif journalier de prestation étant présent sur la facture pour information (Cf. règle TJC-002) :</p> <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Le montant remboursable AMC relatif au TJC (type 3 / Position 122-128) n'est pas renseigné (valeur zéro).<input checked="" type="checkbox"/> Le montant de la dépense relatif au TJC (type 3 / Position 102-109) n'est pas renseigné (valeur zéro).<input checked="" type="checkbox"/> Le qualificatif de la dépense (type 3 / Position 120) n'est pas renseigné.
----------------	---

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

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

Descriptif : N° de facture et N° de titre

- Le n° de titre, composé du numéro de facture et du complément au numéro de facture, constitue la clé comptable qui permet au comptable hospitalier de retrouver le titre de recette à solder.
- Cette clé comptable composée de 15 caractères se décompose de la manière suivante :
 - Le numéro de facture, sur 9 caractères ;
 - Le complément au numéro de facture, sur 6 caractères.

Flux B2	Informations	Nb caractères	Type	Règle de gestion
N° facture	Millésime ⁴	2	N ⁵	<input checked="" type="checkbox"/> Il est obligatoirement renseigné <input checked="" type="checkbox"/> Il est égal à l'année en cours ou est inférieur à l'année en cours dans la limite de 27 mois par rapport à la date en cours
	N° de titre	7	N	<input checked="" type="checkbox"/> Il est obligatoirement renseigné <input checked="" type="checkbox"/> Il est supérieur à 0
Complément N° facture	Code Etablissement	3	N	<input checked="" type="checkbox"/> Il est obligatoirement renseigné <input checked="" type="checkbox"/> Il est servi par défaut à zéro (000)
	Code produit	1	N	<input checked="" type="checkbox"/> Il est obligatoirement renseigné
	Constante	2	N	<input checked="" type="checkbox"/> Il est renseigné obligatoirement à zéro (00) sauf pour l'AP-HP

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

⁴ Millésime : année d'exercice sous la forme de 2 caractères (2009 : 09).

⁵ N : numérique.



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

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 :

NB2-005	Le n° de facture (type 2) est composé de 9 caractères dont les 2 premiers, cadrés à gauche, représentent l'exercice. Il est obligatoire.
NB2-006	Le complément au n° de facture (type 2S) est obligatoire.

3.3.3.2.1 Identification des flux

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

3.3.4 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 leur comptable 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".

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

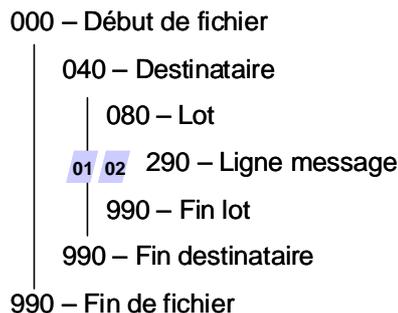
3.3.4.1 Les ARL

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.
- 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 une copie de cet ARL est transmise au SNN si l'établissement est public

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



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

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

- 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

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

Rappel du contexte de la CPU :

- La CPU est l'unique interlocuteur technique 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 concaténés marqué « CPU » (paiement unique) et flux « RSP » non concaténés 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.

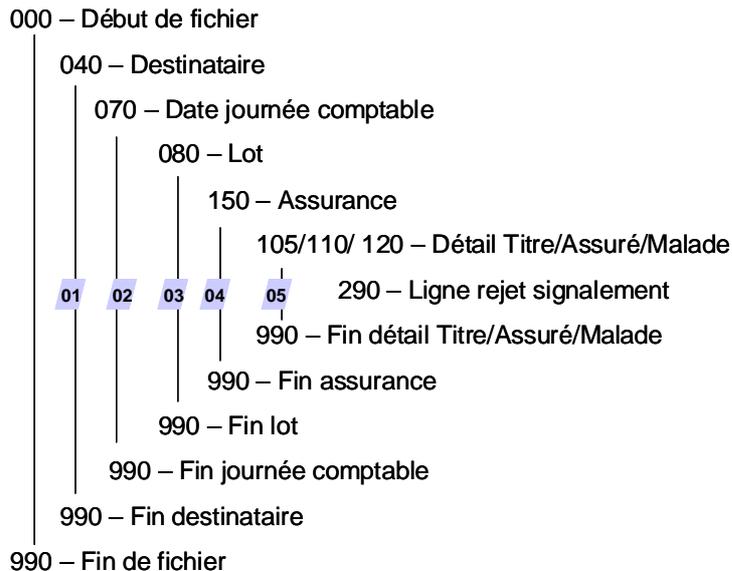
Ces « RSP » sont acheminés vers la CPU qui émet simultanément vers le SNN les flux « Paiements et Rejets » références 578 et 908 relatifs aux EPS sous deux adressages différents :

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

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

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

3.3.4.3 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

Il peut y avoir plusieurs motifs de rejets pour une même facture (plusieurs entités 290 pour un triplet 105/110/120).

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

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 :

- si l'anomalie qui a généré le rejet est du fait de l'établissement, celui-ci annule la facture (et le titre de recette), corrige l'anomalie et réémet une nouvelle facture (et un nouveau titre de recette) ;
- si l'anomalie qui a généré le rejet est du fait de la caisse gestionnaire, celle-ci corrige l'anomalie ; l'établissement renvoie sa facture (avec le même n° de facture).

Particularités :

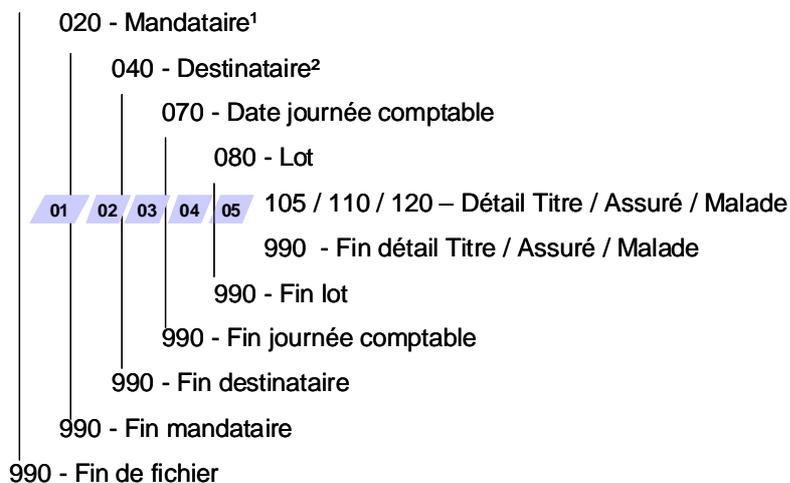
- Régime général :
 - Émission d'un libellé « traitement caisse » associé à un rejet.
 - Ce libellé signifie que la décision sur la facture est différée : la facture a été rejetée par le système mais fait l'objet d'un retraitement par la caisse. Ce traitement pourra déboucher sur un paiement ou sur un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

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

- Autres régimes AMO** : 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).

3.3.4.4 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 (Comptable public)

² : Destinataire (Destinataire de règlement Établissement)

Nota :

- Modalités d'adressage** : il importe d'accorder une attention particulière à la nature de la référence 578 mise à disposition du SNN pour ce qui concerne les établissements publics de santé. En effet, il existe deux références 578, l'une « DGFIP », l'autre « ordonnateur » :
- La première, véhicule les informations relatives aux paiements effectués auprès du comptable public et intéressant ce dernier, doit être adressée sur le numéro de concentrateur **SI75000000000001**.
 - La seconde, la référence 578 version « ordonnateur », intègre des informations de paiement adressées sur le n° de concentrateur **SI75000000000003** afin de ne pas être traitée dans l'applicatif du comptable public.
- 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.



Ces éléments sont extraits du mode opératoire annexé au protocole d'accord national de télétransmission des factures hors dotations annuelles, du 24/06/2006. Se référer à ce document pour de plus amples détails.

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 tarifs journaliers de prestations pour les factures concernant les non assurés sociaux : Migrants/AME.
- Les tarifs journaliers de prestations « complémentaires » (TJC) pour les assurés sociaux.

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

- D : Hospitalisation A Domicile (HAD)
- P : Psychiatrie
- S : Soins de Suite et Réadaptation (SSR)

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

4.1.6 [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.

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 exécutant 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 [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.

4.1.9 [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

Ces données sont identiques pour la facture en norme B2 et le titre de recette, généré par l'interface budgétaire.

4.1.10 [Complément au n° de titre]

Zone obligatoire

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

Ces données sont identiques pour la facture en norme B2 et le titre de recette, généré par l'interface budgétaire.

4.1.11 [Nature d'interruption ou de fin de séjour]

Obligatoire en GHS et en GHT en cas d'HAD en EHPAD.

En B2, type 3S, pos. 81.

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

Les valeurs possibles sont :

- B : séjour bas (EXB) ;
- D : décès ;
- E : échange (PIE) ;
- P : Présent ;
- R : retour transfert (> 48 h);
- S: sortie;
- T : transfert (> 48 h).

4.1.12 [Taux de financement]

Dans le cadre du contrat de bon usage du médicament, il faut inclure dans la facturation l'application du taux de financement de l'établissement pour la pharmacie ou la LPP facturée.

Ce taux est défini annuellement par établissement et par classe de médicaments ou articles LPP.

En B2, type 3 CP, pos. 114-116.

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

(Ce tableau sera complété prochainement avec une annexe)

Codes grands régimes	Taux AMO hospitalisation	PEC TMF 18€
01 : Régime général	80 %	NON
02 : Régime agricole	80 %	NON
03 : RSI	80 %	NON
04 : SNCF	100 %	OUI
05 : RATP	100 %	NON
06 : ENIM		NON
07 : CANSSM		OUI

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

Codes grands régimes	Taux AMO hospitalisation	PEC TMF 18€
08 : CNMSS		NON
10 : CRPCEN	90 %	NON
12 : CCIP		NON
14 : Assemblée Nationale	80 %	OUI
15 : Sénat	80 %	OUI
16 : Port Bordeaux		NON
17 : CFE	80 %	
80 : Anciens combattants		
90 : CAVIMAC	80 %	NON
91 : MGEN		
92 : MGPTT		
93 : MGP		
94 : MFP		
95 : MNH		
96 : MNAM		
99 : autres mutuelles		



Régime Alsace-Moselle (RLAM) : Le taux ALM pour les séjours T2A est de 100 %.



Fonds Solidarité Vieillesse (FSV) : Le taux FSV pour les séjours T2A est de 100 %.



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

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

Libellé de la nature d'exonération TM	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justificatif d'exonération 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 régime local frontalier	NON	100 % sauf PH4 et MHU = 80 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5 asu- nat ⁶ =13

⁶ asu-nat = nature d'assurance

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

Libellé de la nature d'exonération TM	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justificatif d'exonération TM	Code B2
100 % sauf vignettes bleues taux régime local frontalier		100 % sauf PH4 et MHU = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5 asu-nat=13
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4
<i>sinon</i> taux régime local frontalier	NON	90% sauf PH2 = 15% PH4 et MHU = 80%	Pas d'exonération	0 asu-nat=13
taux régime 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

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> 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
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

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

Libellé de la nature d'exonération TM	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justificatif d'exonération TM	Code B2
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)	?
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

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

Libellé de la nature d'exonération TM	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justificatif d'exonération TM	Code B2
<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	?
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD	4

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

Libellé de la nature d'exonération TM	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justificatif d'exonération TM	Code B2
<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

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

Libellé de la nature d'exonération TM	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justificatif d'exonération TM	Code B2
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

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> 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

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
<i>sinon</i> 100 % toutes prestations sauf vignettes bleues 80 %	NON	100 % sauf PH4 et MHU = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré	5 asu-nat= ?

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 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
Régime réduit soins non couverts		Non remboursé	Pas d'exonération	?
Pas d'exo taux régime général		ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération	0

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

4.1 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
Admission en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
Admission en psychiatrie
Admission d'un mineur dans un établissement de santé
Activité libérale des praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements de santé
Aide sociale à l'enfance (ASE) : patient devant confier ses enfants durant son hospitalisation
Accouchement secret
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)

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

Cliniques ouvertes
D
Décès
Débiteur des soins : le patient
Débiteur des soins : le débiteur n'est pas le patient
Détenus
Dispositifs médicaux
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
Forfait journalier hospitalier
G
Gardé à vue

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

I
Interruptions volontaires de grossesse (IVG)
M
Maladies professionnelles (MP)
Médicaments
O
Organismes d'assurance maladie complémentaires
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
Règle de l'établissement le plus proche
S
Sécurité sociale : notions générales
Soins urgents aux étrangers en situation irrégulière
Services mobiles d'urgence (SMUR)
T
Ticket modérateur forfaitaire de 18 €

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

Transports
Tarifs de prestation

4.2 Glossaire

Acronyme	Libellé
ACE	Actes et Consultations Externes
ACF	Accueil Centralisé de Flux
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
ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagés 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

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

Acronyme	Libellé
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
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
DMT	Discipline médico-tarifaire
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

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

Acronyme	Libellé
GCS	Groupements de Coopération Sanitaire
GHS	Groupe Homogène de Séjour
GHT	Groupe Homogène de Tarif
GIE SV	Groupement d'Intérêt Économique SESAM-Vitale
HAD	Hospitalisation A Domicile
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
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

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

Acronyme	Libellé
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
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