

NORMES B2

ANNEXE 24

Relative aux modalités de facturation des établissements privés

- **Prise en compte de l'arrêté prestation 2013**
- **Prise en compte de l'application du coefficient prudentiel**
- **Prise en compte de la nature d'interruption de séjour « H » pour les HAD en EHPAD et établissements médico-sociaux**
- **Forfaits IVG bénéficiaires non anonymes**
- **Prise en compte de la nouvelle valeur du coefficient pérenne pour les séjours AME**
- **Actes et consultations externes en cliniques privées**
- **Prise en compte de la CCAM dentaire**

NB : Tous les montants renseignés dans les exemples proposés, ne sont que pure fiction.

PRISE EN COMPTE DE LA TAA	4
EXEMPLE DE SEJOUR STANDARD, SORTIE DEFINITIVE	4
EXEMPLE SEJOUR SORTIE DEFINITIVE, AVEC SUPPLEMENT CHAMBRE PARTICULIERE POUR CONVENANCE PERSONNELLE	5
EXEMPLE SEJOUR EXONERE AVEC FACTURATION DE SUPPLEMENT REA	5
EXEMPLE SEJOUR AVEC FACTURATION DE PRESTATIONS INTERMEDIAIRES	6
EXEMPLE DE SEJOUR EXONERE AVEC FACTURATION DE PHARMACIE EN SUS DU GHS (PH8)	6
EXEMPLE SEJOUR EN ASSURANCE MATERNITE AVEC FACTURATION DE PLUSIEURS GHS SUR UNE MEME FACTURE	7
EXEMPLE SEJOUR AVEC EXH (> SEUIL HAUT)	8
EXEMPLE DE SEJOUR NON EXONERE, D'UNE DUREE > 30 JOURS DANS UN SEUL ETABLISSEMENT	9
EXEMPLE DE SEJOUR EXONERE AU 31^{IE}ME JOUR, D'UNE DUREE > 30 JOURS DANS UN SEUL ETABLISSEMENT	9
SEJOURS EXTREMES BAS POSTERIEURS AU 1^{ER} MARS 2009	10
EXEMPLE SEJOUR EXTREME BAS (REDUCTION EN NOMBRE DE JOUR < SEUIL BAS)	10
EXEMPLE SEJOUR EXTREME BAS (REDUCTION EN NOMBRE DE JOUR < SEUIL BAS) AVEC APPLICATION DES REGLES D'ARRONDIS	12
EXEMPLE SEJOUR EXTREME BAS (REDUCTION EN NOMBRE DE JOUR < SEUIL BAS ET DUREE DE SEJOUR = ZERO) A PARTIR DU 1^{ER} MARS 2010	13
EXEMPLE SEJOUR EXTREME BAS (REDUCTION FORFAITAIRE)	14
SEJOURS AVEC ECHANGE OU TRANSFERT	15
EXEMPLE SEJOUR AVEC ECHANGE DE PLATEAU TECHNIQUE (< 48 H)	15
EXEMPLE SEJOUR AVEC TRANSFERT (> 48 H) OU DEFINITIF	15
EXEMPLE SEJOUR AVEC TRANSFERT > 48 H « T » OU CHANGEMENT DE DISCIPLINE AU SEIN DU MEME ETABLISSEMENT « P » POUR UN ASSURE EXONERE	16
EXEMPLE SEJOUR AVEC TRANSFERT (>48H) ET RETOUR	16
EXEMPLE SEJOUR DE RETOUR EXTREME BAS (REDUCTION EN NOMBRE DE JOUR < SEUIL BAS)	18
EXEMPLE DE SEJOUR EXONERE POUR UNE DUREE > 30 JOURS DANS DEUX ETABLISSEMENTS.	19
EXEMPLE ETABLISSEMENT « MIXTE »	20
PRISE EN COMPTE DE LA PARTICIPATION ASSURE DE 18€- AVEC LA B2 JUIN 2005-B	21
EXEMPLE DE FACTURATION D'UN SEJOUR MCO COMPORTANT UN ACTE CCAM >=SEUIL, AVEC SORTIE DEFINITIVE	21
EXEMPLE DE FACTURATION D'UN SEJOUR MCO COMPORTANT UN ACTE CCAM >= SEUIL, AVEC TRANSFERT (> 48 H) OU DEFINITIF	22
EXEMPLE DE FACTURATION D'UN SEJOUR EN SSR, CONSECUTIF A UN SEJOUR COMPORTANT UN ACTE CCAM >= SEUIL	23
EXEMPLE DE FACTURATION DE SOINS EN URGENCE AVEC UN ACTE CCAM >= SEUIL	23
FACTURATION D'UN SEJOUR POUR UN BENEFICIAIRE AME.....	24
A PARTIR DU 01/01/12.....	24
EXEMPLE DE FACTURATION D'UN SEJOUR DEBUTANT EN 2013 ET SE TERMINANT EN 2014 AVEC SUPPLEMENT REA POUR UN BENEFICIAIRE DE L'AME	25
EXEMPLE DE FACTURATION D'UN SEJOUR MATERNITE SANS COMPLICATION POUR UN BENEFICIAIRE DE L'AME	26
EXEMPLE DE FACTURATION D'UN FORFAIT DIALYSE D16 POUR UN BENEFICIAIRE DE L'AME	26
EXEMPLE DE FACTURATION D'UN SEJOUR INFERIEUR AU SEUIL BAS POUR UN BENEFICIAIRE DE L'AME	26
EXEMPLE DE FACTURATION D'UN SEJOUR DE RETOUR POUR UN BENEFICIAIRE DE L'AME	27
FACTURATION DES FORFAITS DE SECURITE ET D'ENVIRONNEMENT	27
EXEMPLE DE FACTURATION DU FORFAIT SE1, AVEC ACTE CCAM EXONERANT	27

EXEMPLE DE FACTURATION DE FORFAIT SE2, AVEC ACTE CCAM NON EXONERANT	28
EXEMPLE DE FACTURATION DE FORFAIT SE3, AVEC CUMUL D'UN FORFAIT SE1, POUR 2 ACTES CCAM, DONT L'UN EXONERANT	28
FACTURATION D'UN SEJOUR HAD (HOSPITALISATION A DOMICILE) DANS UN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL (EMS)	29
EN SOLUTION TRANSITOIRE, EXEMPLE DE FACTURATION D'UN SEJOUR GHT POUR UN BENEFICIAIRE HEBERGE EN EMS AVEC UNE VISITE DE MEDECIN	29
FACTURATION DES MONITORINGS DES SAGES-FEMMES SALARIEES DES ETABLISSEMENTS (SF12 OU SF19).....	30
FACTURATION DES MEDECINS SALARIES DES ETABLISSEMENTS PRIVES	30
EXEMPLE D'UN FORFAIT DE SECURITE ET D'ENVIRONNEMENT AVEC FACTURATION D'UN ACTE EXECUTE PAR UN MEDECIN SALARIE	30
CONSULTATIONS EXTERNES EN ETABLISSEMENTS PRIVES (MCOO, PSY OU SSR)	31
• EXEMPLE FACTURATION D'UNE CONSULTATION EXTERNE EXECUTEE PAR UN MEDECIN SALARIE EN ETABLISSEMENT MCOO POUR UN CMUC	31
• EXEMPLE FACTURATION D'UNE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE EXECUTEE PAR UN MEDECIN SALARIE EN ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE	32
• EXEMPLE FACTURATION D'UNE CONSULTATION EXTERNE EXECUTEE PAR UN MEDECIN SALARIE EN ETABLISSEMENT SSR	32
FACTURATION DU FORFAIT VIDEOCAPSULE (VDE)	33
FACTURATION DU FORFAIT DE SECURITE DERMATOLOGIE (FSD)	34
FACTURATION DE LA DIALYSE PERITONEALE	35
EXEMPLE SEJOUR AVEC FACTURATION D'1 SUPPLEMENT DE DIALYSE PERITONEALE EN SUS DU GHS (CAMPAGNE TARIFAIRE 2010).....	35
EXEMPLE FACTURATION DU FORFAIT DE DIALYSE PERITONEALE CORRESPONDANT EN STRUCTURE SPECIALISEE	35
EXEMPLE SEJOUR AVEC FACTURATION DE 3 SUPPLEMENTS DE DIALYSE PERITONEALE EN SUS DU GHS (CAMPAGNE TARIFAIRE 2010).....	36
EXEMPLE FACTURATION DU FORFAIT DE DIALYSE PERITONEALE CORRESPONDANT EN STRUCTURE SPECIALISEE	36
FACTURATION DES FORFAITS APE « ADMINISTRATION DE PRODUITS ET PRESTATIONS EN ENVIRONNEMENT HOSPITALIER »	37
EXEMPLE DE FACTURATION DU FORFAIT APE, AVEC UN PII, POUR UN BENEFICIAIRE DE LA CMU-C.....	37
APPLICATION DU COEFFICIENT PRUDENTIEL POUR LES SEJOURS	38
EXEMPLE SEJOUR D'UN CMUISTE AVEC FACTURATION D'EXH ET DE SUPPLEMENTS SRC	38
EXEMPLE DE FACTURATION D'UN SEJOUR GHT	39
EXEMPLE DE FACTURATION CMUISTE D'UN FORFAIT ATU	39
EXEMPLE FACTURATION DU FORFAIT DE DIALYSE PERITONEALE EXONERE.....	39
EXEMPLE SEJOUR EXONERE POUR UN BENEFICIAIRE DES REGIMES MIGRANTS.....	40
FORFAIT IVG BENEFICIAIRES NON ANONYMES	40
EXEMPLE DE FORFAIT A COMPTER DU 31/03/2013	40
PRISE EN COMPTE DE LA CCAM DENTAIRE	41

PRISE EN COMPTE DE LA TAA

La prestation **GHS** se trouve toujours en **première position de la facture**. Les prestations afférentes à un GHS se trouvent **après** la prestation GHS.

Si le séjour dépasse le seuil haut, on facture des journées supplémentaires sous le code EXH (Séjour Extrême Haut). Le code EXH suit immédiatement l'acte GHS, il ne peut pas être facturé seul.

La nature d'interruption ou de fin de séjour (type 3S, pos. 81) est obligatoire sur la prestation GHS.

Le FJ est toujours **calculé et imputé sur la prestation GHS pour la durée totale du séjour**.

Exemple de séjour standard, sortie définitive

Dans ce cas standard, la durée du séjour est comprise entre le seuil haut (\leq) et le seuil bas (\geq) pour le Groupe Homogène de Séjour considéré. La clinique facture une prestation GHS. Le forfait journalier est inclus dans le ticket modérateur du GHS.

Nature de prestation : GHS

Date début : date réelle de début de séjour

Date fin : date réelle de fin de séjour ou de transfert

Quantité : 1

Remarque : Avec une quantité de GHS à 1, on perd l'information du nombre de jours que l'on avait au préalable dans la zone quantité pour les PJ.

Facturation par l'établissement A en GHS.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	01/01/09	S		GHS	0001	01/01/09	15/01/09	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	80	4020,00	5025,00	1005,00		A
idem	Idem			FJA	0001	15/01/09	15/01/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	16,00		-

Exemple séjour sortie définitive, avec supplément chambre particulière pour convenance personnelle

Facturation par l'établissement A

La prestation CPC doit porter un qualificatif de dépense à **N**.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	01/01/09	S		GHS	0001	01/01/09	15/01/09	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	80	4020,00	5025,00	1005,00		A
idem	idem			FJA	0001	15/01/09	15/01/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	16,00		-
idem	idem			CPC	0001	01/01/09	14/01/09	25,00	14	1	0	0,00	0	0,00	350,00	350,00		-

Exemple séjour exonéré avec facturation de supplément REA

Facturation par l'établissement A.

Séjour dans un GHS avec passage en unité de Réanimation du 03/01/09 au 09/01/09.

Selon l'article 9 de l'arrêté 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisations :

Pour le calcul de la durée de séjour du patient et pour la facturation des forfaits mentionnés au 1° de l'article 1er, le jour de sortie n'est pas pris en compte.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	01/01/09	S		GHS	0018	01/01/09	25/01/09	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	100	4641,00 = 5025- 24j x 16€	5025,00	384,00	4	A
Idem	Idem			FJA	0018	25/01/09	25/01/09	16,00	1	1		16,00	0	0,00	16,00	16,00		-
idem	Idem			REA	0018	03/01/09	08/01/09	600,00	6	1	1,0050	3618,00	100	3618,00	3618,00		4	

Exemple séjour avec facturation de prestations intermédiaires

Facturation par l'établissement A

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	01/01/09	S		GHS	0018	01/01/09	15/01/09	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	80	4020,00	5025,00	1005,00		A
idem	Idem			FJA	0018	15/01/09	15/01/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	16,00		-
idem	Idem			PII	0018	01/01/09	01/01/09	100,00	1	1	0	100,00	80	80,00	100,00	20,00		-

Exemple de séjour exonéré avec facturation de pharmacie en sus du GHS (PH8)

Type 1	Type 3															
Partenaire de santé	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Taux financt	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	GHS	0018	01/01/09	25/01/09	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	100	0	4641,00= 5025-24j x 16€	5025,00	384,00	4	A
Idem	FJA	0018	25/01/09	25/01/09	16,00	1	1		16,00	0	0	0,00	16,00	16,00		-
idem	PH8	0018	03/01/09	03/01/09	100,00	1	1	-	100,00	100	80	80,00	100,00	0,00	4	
	<i>Type 3H</i>	<i>Code UCD</i>	<i>Coeff fract.</i>	<i>Prix achat</i>	<i>Mnt unitaire EMI</i>	<i>Mnt total EMI</i>	<i>Qté</i>	<i>Mnt TTC</i>								
		xxxxxxx	1	50,00	10,00	20,00	2	100,00								
idem	EMI	0018	03/01/09	03/01/09	100,00	1	1	-	20,00	100	0	20,00	20,00	0,00		

Exemple séjour en assurance Maternité avec facturation de plusieurs GHS sur une même facture

Facturation par l'établissement A.

Lors d'un séjour en assurance Maternité pour un accouchement il y aura autant de GHS "nouveau-né" que de naissance. Il y a actuellement 2 GHS pour les nouveau-nés, cumulables entre eux et avec celui de l'accouchement.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
		Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	01/01/09	S		GHS mère	0018	01/01/09	08/01/09	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	100	5025,00	5025,00	0,00		R
Idem	Idem			GHS bébé	8000	08/01/09	08/01/09	200,00	1	1	1,0050	201,00	100	201,00	201,00	0,00		-
idem	Idem			FJR	0018	08/01/09	08/01/09	16,00	1	1	0	16,00	100	16,00	16,00	0,00		

Exemple séjour avec EXH (> seuil haut)

Si la durée du séjour est supérieure au seuil haut, on parle alors de séjour « extrême haut ».

En sus de la prestation GHS, la clinique facture une prestation EXH « Complément Frais de séjour » par jour supplémentaire au-delà du seuil

Le GHS est facturé comme ci-dessus, avec les dates réelles de début et fin de séjour.

Nature de prestation : EXH

Date début : date début séjour + seuil haut

Date fin : date de fin du GHS -1 en cas de sortie ou, date de fin du GHS en cas de transfert (codes E, P ou T)

Quantité : (date fin - date début) + 1

Nature de fin séjour : identique à la nature de fin de séjour de la prestation GHS

Facturation par l'établissement A, dans l'exemple suivant, le GHS 0002 admet un seuil haut à 10 jours.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
Etab A	01/01/09	S		GHS	0002	01/01/09	15/01/09	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	80	4020,00	5025,00	1005,00		A
idem	idem			EXH	0002	11/01/09	14/01/09	100,00	4	1	1,0050	402,00	80	321,60	402,00	80,40		-
idem	Idem			FJA	0002	15/01/09	15/01/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	16,00		-

Exemple de séjour non exonéré, d'une durée > 30 jours dans un seul établissement

Facturation par l'établissement A d'une hospitalisation de **33 jours** dans un **GHS avec seuil haut à 35 jours**, et sortie définitive.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
Etab A	01/01/09	S		GHS	0014	01/01/09	03/02/09	2000,00	1	1	0,9950	1990,00	80	1462,00 =1990 – 33jx16€	1990,00	528,00 =33jx16€	0	A
				FJA	0014	03/02/09	03/02/09	16,00	1	1	0	16,00	0		16,00	16,00		

Les honoraires médicaux associés au séjour GHS sont **exonérés à compter du 31^{ième} jour d'hospitalisation seulement**.
Le montant des forfaits journaliers est supérieur au montant du ticket modérateur.

Exemple de séjour exonéré au 31^{ième} jour, d'une durée > 30 jours dans un seul établissement

Facturation par l'établissement A d'une hospitalisation de **33 jours** dans un **GHS avec seuil haut à 25 jours**, et sortie définitive.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
Etab A	01/01/09	S		GHS	0014	01/01/09	03/02/09	2000,00	1	1	0,9950	1990,00	80	1462,00 =1990 – 33jx16€	1990,00	528,00 =33jx16€	0	A
				EXH	0014	26/01/09	30/01/09	100,00	5	1	0,9950	497,50	80	398,00	497,50	99,50		
				EXH	0014	31/01/09	02/02/09	100,00	3	1	0,9950	298,50	100	298,50	298,50	0,00	2	
				FJA	0014	03/02/09	03/02/09	16,00	1	1	0	16,00	0		16,00	16,00		

La prestation **GHS n'est pas exonérée** (seuil haut inférieur à 30 jours).

La prestation **EXH n'est pas exonérée** jusqu'au 30^{ième} jour et **est exonérée à partir du 31^{ième} jour**

Les honoraires médicaux associés au séjour GHS **sont exonérés à compter du 31^{ième} jour d'hospitalisation seulement.**

Séjours extrêmes bas postérieurs au 1^{er} mars 2009

Le type de réduction du montant du séjour en cas de séjours extrêmes bas, est défini pour chaque GHS et consultable dans la tables des GHS :

« N » : pas de réduction,

« F » : réduction de type forfaitaire,

« J » : réduction de type journalière.

Exemple séjour extrême bas (réduction en nombre de jour < seuil bas)

La durée du séjour est en deçà d'un seuil bas, le montant du séjour est minoré d'un montant journalier :

nombre jour à déduire = nombre de jour du seuil bas – nombre de jour d'hospitalisation (**jour de sortie non compris**).

Le GHS est toujours facturé avec les dates réelles de début et fin de séjour.

Nature de prestation : GHS

Date début : date réelle de début de séjour

Date fin : date réelle de fin de séjour

Coefficient : **1,00 (pas d'application de coefficient réducteur)**

Nature de fin séjour : **B**

Facturation par l'établissement A,

Dans cet exemple, le GHS 0004 a un seuil bas à 5 jours. La valeur de l'EXB de type « journalier » est de 200 € par jour.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
		Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qt	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ		
étab A	01/03/09	B		GHS	0004	01/03/09	03/03/09	5000,00	1	1	0,9500	BR	80	3344,00= BRx80%	4180,00	836,00= 4180,00- 3344,00		A
idem	Idem			FJA	0004	03/03/09	03/03/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	16,00		-

BR = (BR_GHS) – (BR_EXB) = (5000 * 0,9500) – 570 = 4750 – 570 = 4180 €;

BR_EXB = [(Prix * Nb jours à déduire) * MCO] → [200 x 3] * 0,9500 = (600 * 0,9500) = 570 ;

Nb jours à déduire = Seuil Bas – **Durée de Séjour** = 5 – 2 = 3 ;

Durée de Séjour = date fin GHS – date début GHS (sans le jour de sortie) = 2.

Exemple séjour extrême bas (réduction en nombre de jour < seuil bas) avec application des règles d'arrondis

Facturation par l'établissement A,

Dans cet exemple, le GHS 0004 a un seuil bas à 5 jours. La valeur de l'EXB de type « journalier » est de 200 € par jour.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qt	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	01/03/09	B		GHS	0004	01/03/09	03/03/09	4516,70	1	1	1,0062	BR	80	3152,78	3940,98	788,20=3940,98-3152,78		A
idem	Idem			FJA	0004	03/03/09	03/03/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	16,00		-

$$\mathbf{BR} = (\mathbf{BR_GHS}) - (\mathbf{BR_EXB}) = (4516,70 * 1,0062) - (600 * 1,0062) = 4544,70354 - 603,72 = 4544,70 - 603,72 = \mathbf{3940,98 \text{ €}}$$

$$\mathbf{BR_EXB} = [(\text{Prix} * \mathbf{Nb \text{ jours à déduire}}) * \text{MCO}] = [200 * 3] * 1,0062 = (600 * 1,0062) = 603,72 ;$$

$$\mathbf{Nb \text{ jours à déduire}} = \text{Seuil Bas} - \mathbf{Durée \text{ de Séjour}} = 5 - 2 = \mathbf{3}$$

$$\mathbf{Durée \text{ de Séjour}} = \text{date fin GHS} - \text{date début GHS (sans le jour de sortie)} = 2$$

$$\mathbf{Mnt \text{ remboursable AMO}} = \mathbf{BR} * 80\% = 3940,98 * 0,80 = 3152,784 = \mathbf{3152,78}$$

Exemple séjour extrême bas (réduction en nombre de jour < seuil bas et durée de séjour = zéro) à partir du 1^{er} mars 2010

Facturation par l'établissement A,
 Dans cet exemple, le GHS 0006 a un seuil bas à 2 jours.
 La valeur de l'EXB de type « journalier » est de 200€.

Lorsque la durée de séjour (**Date entrée – date sortie**) est égale à zéro, la quantité d'EXB s'évalue comme suit : (valeur Seuil Bas – durée du séjour)

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Parte-naire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qt	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	01/03/10	B		GHS	0006	01/03/10	01/03/10	2000,00	1	1	0,9500	BR	80	1216,00	1520,00	304,00		-

$$\text{BR} = (\text{BR_GHS}) - (\text{BR_EXB}) \rightarrow (2000 * 0,9500) - (\text{BR_EXB}) = 1900 - \mathbf{380,00} = \mathbf{1520,00 \text{ €}}$$

$$\text{BR_EXB} = [(\text{Prix} * \text{Nb jours à déduire}) * \text{MCO}] \rightarrow [(200 * 2) * 0,9500] = [400 * 0,9500] = \mathbf{380,00 \text{ €}}$$

$$\text{Nb jours à déduire} = (\text{Seuil Bas} - \text{durée de séjour}) = (2 - 0) = \mathbf{2}$$

$$\text{Durée de séjour} = \text{date fin GHS} - \text{date début GHS (sans le jour de sortie)}$$

Exemple séjour extrême bas (réduction forfaitaire)

La durée du séjour est en deçà d'un seuil bas, le montant du séjour est minoré de la valeur d'un forfait.

Facturation par l'établissement A,

Dans cet exemple, le GHS 0005 a un seuil bas à 4 jours. La valeur de l'EXB de type « forfait » est de 500€.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qt	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	01/03/09	B		GHS	0005	01/03/09	03/03/09	5000,00	1	1	0,9500	BR	80	3420,00= BRx80%	4275,00	855,00= 4275,00-3420,00		A
idem	Idem			FJA	0005	03/03/09	03/03/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	16,00		-

$$\mathbf{BR} = (\mathbf{BR\ GHS}) - (\mathbf{BR\ EXB}) = (5000 * 0,9500) - (500 * 0,9500) = 4750 - 475 = 4275 \text{ €}$$

$$\mathbf{BR\ EXB} = (\text{Prix} * \text{MCO}) = (500 * 0,9500) = 475$$

Séjours avec échange ou transfert

Exemple séjour avec échange de plateau technique (< 48 h)

Facturation par l'établissement A uniquement. Indication du passage par le plateau technique de l'établissement B.

Nature de fin ou d'interruption de séjour à « E »

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	01/01/09	E	étab B	GHS	0005	01/01/09	15/01/09	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	100	4801,00	5025,00	224,00	4	A
idem	idem			FJA	0005	15/01/09	15/01/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	16,00		-

Particularité des échanges inter établissements Privés ⇄ Publics :

Le règlement des actes réalisés dans un établissement public ou PSPH doit être effectué par l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé (établissement A). Dans ce cas, pour tous les actes effectués dans l'établissement public (B), **le lieu d'exécution de l'acte en type 4 ne doit pas être renseigné, afin de ne pas déclencher le paiement vers l'établissement public (établissement B).**

Exemple séjour avec transfert (> 48 h) ou définitif

Facturation par l'établissement A, et indication de l'établissement destinataire B.

Nature de fin ou d'interruption de séjour à « T »

L'établissement B établit sa propre facturation.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	01/01/09	T	Etab B	GHS	0006	01/01/09	15/01/09	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	80	4020,00	5025,00	1005,00		A

Exemple séjour avec transfert > 48 h « T » ou changement de discipline au sein du même établissement « P » pour un assuré exonéré

L'article 9 de l'arrêté prestation 2009, précisé en 2013, indique qu'en cas de transfert définitif (code fin de séjour "T") ou de changement de discipline dans l'établissement (code fin de séjour "P"), le forfait journalier du jour du transfert ne doit pas être facturé

Facturation par l'établissement A

Nature de fin ou d'interruption de séjour à « T »

Pas de facturation de forfait journalier le jour de transfert (le FJ sera facturé par l'établissement ou la discipline preneuse)

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
Etab A	01/01/09	T	Eta B	GHS	0006	01/03/13	10/03/13	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	100	4881=5025 - 9jx16€	5025,00	9jx16€ = 144,00€	4	A

Exemple séjour avec transfert (>48h) et retour

Facturation par l'établissement A, et indication de l'établissement destinataire B.

Nature de fin ou d'interruption de séjour à « T »

Retour vers l'établissement d'origine A après séjour en B, l'établissement indique « R ».

Le GHS relatif au retour est réduit s'il est identique au GHS/GHM de début de séjour : application du coefficient réducteur.

Dans ce cas, il ne peut pas y avoir de facturation d'EXH, même si la durée du séjour retour dépasse le seuil haut.

Les prestations affaissant à un GHS suivent immédiatement le GHS auquel elles se rapportent.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qt	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	01/01/09	T	Etab B	GHS	0007	01/01/09	15/01/09	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	80	4020,00	5025,00	1005,00		A
étab A	01/01/09	R	Etab B	GHS	0007	20/01/09	25/01/09	2000,00	1	0,50	1,0050	1005,00	80	804,00	1005,00	201,00		A
idem	Idem			FJA	0007	25/01/09	25/01/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	16,00		-

Si le GHS retour n'est pas le même que celui de début de séjour, alors le GHS retour n'est pas réduit. Dans ce cas il est nécessaire d'établir deux factures différentes :

étab A	01/01/09	R	Etab B	GHS	0009	20/01/09	25/01/09	2000,00	1		1,0050	2010,00	80	1608,00	2010,00	402,00		A
--------	----------	----------	--------	-----	-------------	----------	----------	---------	---	--	--------	---------	-----------	----------------	---------	---------------	--	---

L'établissement B établit sa propre facturation, et indique « **T** » pour signifier que le malade retourne en A.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3															
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ	
Etab B	01/01/09	T	étab A	GHS	0008	15/01/09	20/01/09	2000,00	1	1	0,9950	1990,00	100	1910,00	1990,00	80,00	4	A	

Exemple séjour de RETOUR extrême bas (réduction en nombre de jour < seuil bas)

Dans le cadre d'un retour dans un établissement A, donnant lieu à production du même GHM et après un séjour de plus de 2 jours dans un établissement B, le 3^{ème} séjour donne lieu à facturation du GHS sur la base de 50% de son tarif et peut également être minoré si inférieur à la borne basse.

La facturation doit s'effectuer selon la règle suivante :

$$(GHS - EXB) * 0,5$$

Facturation par l'établissement A,

Dans cet exemple, le GHS 0006 a un seuil bas à 10 jours.

La valeur de l'EXB de type « journalier » est de 200€.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qt	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
étab A	01/03/10	R		GHS	0006	01/03/10	08/03/10	2000,00	1	0,5	0,9500	BR	80	532,00	665,00	133,00		-

$$BR = [(BR_GHS) - (BR_EXB)] * 0,5 \rightarrow [(2000 * 0,9500) - (BR_EXB)] = (1900 - \mathbf{570,00}) * 0,5 = \mathbf{665,00 \text{ €}}$$

$$BR_EXB = [(Prix * Nb \text{ jours à déduire}) * MCO] \rightarrow [(200 * 3) * 0,9500] = [600 * 0,9500] = \mathbf{570,00 \text{ €}}$$

$$Nb \text{ jours à déduire} = (\text{Seuil Bas} - \text{durée de séjour}) = (10 - 7) = \mathbf{3}$$

$$Durée \text{ de séjour} = \text{date fin GHS} - \text{date début GHS (sans le jour de sortie)}$$

Exemple de séjour exonéré pour une durée > 30 jours dans deux établissements.

Facturation par l'établissement A d'une hospitalisation de 25 jours dans un GHS avec seuil Haut à 35 jours, avec transfert définitif dans établissement B. L'évaluation de la durée du séjour pour la détermination de l'exonération « hospitalisation > 30 jours », se fait à compter de la date de début d'hospitalisation.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hopi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
Etab A	01/01/09	T		GHS	0014	01/01/09	25/01/09	2000,00	1	1	0,9950	1990,00	80	1592,00 =1990x80%	1990,00	398,00	0	A

La facturation du **GHS** de l'établissement **B** sera faite à **100%**, la durée totale de l'hospitalisation **entre début hospitalisation de A et fin de séjour de B étant > à 30 jours**. Les honoraires médicaux seront à 80% jusqu'au 30^{ième} jour et à 100 au 31^{ième} jour d'hospitalisation.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hopi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
Etab B	01/01/09	S		GHS	0014	25/01/09	05/02/09	2000,00	1	1	0,9950	1990,00	100	1830,00 =1990-10jx16€	1990,00	160,00	2	A
Idem	Idem			FJA	0014	05/02/09	05/02/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	16,00	0	-

Exemple établissement « mixte »

Facturation par l'établissement A.

Début de séjour en GHS, puis changement de discipline au sein du même établissement avec une fin de séjour en PJ.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
		Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	MT	DMT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC
étab A	01/01/09	P		GHS	0020			01/01/09	10/01/09	2000,00	1	1	1,0100	2020,00	80	1616,00	2020,00	404,00
idem	idem	S		PJ		03	230	10/01/09	30/01/09	80,00	20	1	0	1600,00	80	1280,00	1600,00	320,00
idem	Idem			FJA		03	230	31/01/09	31/01/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	16,00

PRISE EN COMPTE de la PARTICIPATION ASSURE de 18€- avec la B2 juin 2005-B

Exemple de facturation d'un séjour MCO comportant un acte CCAM >=seuil, avec sortie définitive

Le montant du forfait journalier reste à la charge de l'assuré. La « Participation Assuré » de 18 € est exigible en sus.
La participation de 18 € est **perçue par l'établissement privé** auprès de l'assuré ou de sa complémentaire.

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ	Code participation assuré
3	S		GHS	0011	01/01/09	15/01/09	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	100	4783,00 =5025 - 14x16€ - 18€	5025,00		242,00 =14x16 € + 18€	C	A	A
3			FJA	0011	15/01/09	15/01/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	N	16,00			
4			ADC	0011	02/01/09		95,00	1	1		95,00	100	95,00	95,00		0,00	C		

Les montants AMC sont valorisés à +18€, si la complémentaire les prend en charge, ce qui est notre hypothèse de travail dans les différents exemples.

Bénéficiaires du régime Alsace Moselle :

Les 18 € ne sont pas perçus auprès des bénéficiaires du régime Alsace Moselle, et le code participation assuré est renseigné à « **L** ».

Bénéficiaires de régimes prenant en charges les 18€(SNCF, ...) :

Les 18 € ne sont pas perçus auprès des bénéficiaires de ces régimes, et le code participation assuré est renseigné à « **R** ».

Exemple de facturation d'un séjour MCO comportant un acte CCAM >= seuil, avec transfert (> 48 h) ou définitif

L'établissement A établit sa facturation en indiquant l'établissement destinataire B.

L'établissement B établit sa propre facturation.

Type	Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation
1	établissement A	
2		01/01/09

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ	Code participation assuré
3	T	Etab B	GHS	0011	01/01/09	15/01/09	5000,00	1	1	1,0050	5025,00	100	4783,00 = 5025 - 14jx16€ - 18€	5025,00		242,00 =14 j x16€ + 18€	C	A	A
4			ADC	0011	02/01/09		95,00	1	1		95,00	100	95,00	95,00		0,00	C		

Type	Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation
1	établissement B	
2		01/01/09

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif . dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ	Code participation assuré
3	S		GHS	0008	15/01/09	20/01/09	2000,00	1	1	0,9950	1990,00	100	1892 = 1990 - 5jx16€ - 18€	1990,00		98,00 =5jx16€ + 18€	3	A	A
3			FJA	0008	20/01/09	20/01/09	16,00	1	1	0	16,00	0	0,00	16,00	N	16,00			

L'acte (ou les actes) qui a déclenché l'atteinte du seuil n'est pas présent sur la facture, car le patient a été transféré pour plus de 48h.

L'exonération est positionnée à 3, car l'exonération C ne peut être utilisée si l'acte CCAM n'est pas présent sur la facture.

Exemple de facturation d'un séjour en SSR, consécutif à un séjour comportant un acte CCAM >= seuil

L'établissement B établit sa propre facturation.

Type	Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation
1	établissement B	
2		15/01/09

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	MT	DMT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif . dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ	Code participation assuré
3	S		PJ	03	178	15/01/09	30/01/09	80,00	16	1	1280,00	100	1006,00 = 1280 -16jx16€ - 18€	1280,00		274,00 =16jx16€ + 18€	3	A	A
3			FJA	03	178	31/01/09	31/01/09	16,00	1	1	16,00	0	0,00	16,00	N	16,00			

L'acte (ou les actes) qui a déclenché l'atteinte du seuil n'est pas présent sur la facture, car le patient a été transféré définitivement en SSR.
L'exonération est positionnée à 3, car l'exonération C ne peut être utilisée si l'acte CCAM n'est pas présent sur la facture.

Exemple de facturation de soins en urgence avec un acte CCAM >= seuil

La participation de 18 € est **perçue par l'établissement privé** auprès de l'assuré ou de sa complémentaire.

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	MT	DMT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ	Code participation assuré
3			ATU	10	xxx	01/06/09	01/06/09	25,28	1	1	25,28	100	7,28 = 25,28 - 18€	25,28		18,00	C		A
4			ADC	10	xxx	01/06/09		95,00	1	1	95,00	100	95,00	95,00		0,00	C		

Facturation d'un séjour pour un bénéficiaire AME à partir du 01/01/12

Pour les séjours se terminant à compter du 01/01/12, la facturation pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat est modifiée.

La tarification des séjours pour les établissements ex OQN est majorée du coefficient pérenne, Les prestations concernées sont les GHS, GHT, suppléments forfaitaires journaliers et forfaits dialyse.

Les établissements devront transmettre ce coefficient dans la norme B2 via la zone Coefficient (type 3, position 65-69).

La valeur de ce coefficient a été fixée à :

- 1,3 pour les séjours se terminant du 01/01/12 au 31/12/13,
- 1,15 pour les séjours se terminant du 01/01/14 au 31/12/2014,
- 1 pour les séjours se terminant à compter du 01/01/15,

Cas n°1 : Facturation pour un GHS et un supplément pour un séjour se terminant du 01/01/14 au 31/12/2014 (y compris si le séjour débute en 2013)

- ▶ Calcul du montant total de la dépense suite à l'application du coefficient pérenne pour le GHS = $PU\ GHS * Coeff\ pérenne * Coeff\ prudentiel = 2079,63 * 1,15 * 0,9965 = 2383,20$
- ▶ Calcul du montant total de la dépense suite à l'application du coefficient pérenne pour le supp REA = $(PU\ REA * qté) Coeff\ pérenne * Coeff\ prudentiel = (649,85 * 6) 1,15 * 0,9965 = 4468,28$
- ▶ NB : voir les règles d'arrondis en annexe 11 (point 5) du CDC B2

Cas n°2 : Facturation pour une Assurance maternité pour un séjour se terminant du 01/01/14 au 31/12/2014 :

- ▶ Calcul du montant total de la dépense suite à l'application du coefficient pérenne pour le GHS Mère= $PU\ GHS * Coeff\ pérenne * Coeff\ prudentiel = 2112,41 * 1,15 * 0,9965 = 2420,77$
- ▶ Calcul du montant total de la dépense suite à l'application du coefficient pérenne pour le GHS Enfant= $PU\ GHS\ Enfant * Coeff\ pérenne * Coeff\ prudentiel = 712,19 * 1,15 * 0,9965 = 816,15$
- ▶ NB : voir les règles d'arrondis en annexe 11 (point 5) du CDC B2

Cas n°3 : Facturation d'un forfait pour un séjour se terminant du 01/01/14 au 31/12/2014 :

Calcul du montant total de la dépense suite à l'application du coefficient pérenne pour le forfait dialyse D16= $PU\ D16 * Coeff\ pérenne = 537,38 * 1,15 = 617,99$

Cas n°4 : Facturation pour un GHS inférieur au seuil bas pour un séjour se terminant du 01/01/14 au 31/12/2014 :

- ▶ Calcul du montant total de la dépense suite à l'application du coefficient pérenne pour le GHS et le retrait du forfait seuil bas = (PU GHS – PU EXB) * Coeff pérenne * Coeff prudentiel = (2052,10-362,41) * 1,15 * 0,9965 = 1936,34
- ▶ NB : voir les règles d'arrondis en annexe 11 (point 5) du CDC B2

Cas n°5 : Facturation pour un GHS réduit en cas de retour pour un séjour se terminant du 01/01/14 au 31/12/2014 :

- ▶ (2052,10) * 0,58 * 0,9965 = 1186,05
- ▶ Le coefficient de 0,58 s'obtient en appliquant la réduction de 50% (GHS de retour) au coefficient initial de 1,15 pour les bénéficiaires AME.
- ▶ NB : voir les règles d'arrondis en annexe 11 (point 5) du CDC B2

Exemple de facturation d'un séjour débutant en 2013 et se terminant en 2014 avec supplément REA pour un bénéficiaire de l'AME

Type	Acte	Du	Au	N° de GHS/ GHT	PU	Qté	Coef	Coeff MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualificatif de la dépense	Mt remboursable AMC	Code P.E.C FJ
3	GHS	30/12/13	15/01/14	3721	2079,63	1	1,15	0,9965	0	0	0	2383,20	N	2383,20	A
3	REA	07/01/14	12/01/14	3721	649,85	6	1,15	0,9965	0	-	0	4468,28	N	4468,28	-
3	FJA	15/01/14	15/01/14	3721	18,00	1	-	-	0	-	0	18,00	N	18,00	-

Exemple de facturation d'un séjour maternité sans complication pour un bénéficiaire de l'AME

Type	Acte	Du	Au	N° de GHS/GHT	PU	Qté	Coef	Coef MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualificatif de la dépense	Mt remboursable AMC	Code P.E.C FJ
3	GHS	05/01/14	10/01/14	5314	2112,41	1	1,15	0,9965	0	0	0	2420,77	N	2420,77	R
3	GHS	06/01/14	06/01/14	5903	712,19	1	1,15	0,9965	0	0	0	816,15	N	816,15	R
3	FJR	10/01/14	10/01/14	5451	18,00	1	-	-	0	-	0	18,00	N	18,00	-

Exemple de facturation d'un forfait dialyse D16 pour un bénéficiaire de l'AME

Type	Acte	Du	Au	N° de GHS/GHT	PU	Qté	Coef	Coef MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualificatif de la dépense	Mt remboursable AMC	Code P.E.C FJ
3	D16	21/01/14	28/01/14	-	537,38	1	1,15	-	0	0	0	617,99	N	617,99	

Exemple de facturation d'un séjour inférieur au seuil bas pour un bénéficiaire de l'AME

Type	Nature de fin séjour	Acte	Du	Au	N° de GHS/GHT	PU	Qté	Coef	Coef MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualificatif de la dépense	Mt remboursable AMC	Code P.E.C FJ
3	B	GHS	07/01/14	08/01/14	3065	2052,10	1	1,15	0,9965	0	0	0	1936,34	N	1936,34	A
3	-	FJA	08//01/14	08/01/14	3065	18,00	1	-	-	0	-	0	18,00	N	18,00	-

Exemple de facturation d'un séjour de retour pour un bénéficiaire de l'AME

Type	Nature de fin séjour	Acte	Du	Au	N° de GHS/GHT	PU	Qté	Coef	Coef MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualificatif de la dépense	Mt remboursable AMC	Code P.E.C FJ
3	R	GHS	07/01/14	15/01/14	3065	2052,1	1	0.58	0,9965	0	0	0	1186,05	N	1186,05	-
3	-	FJA	15/01/14	15/01/14	3065	18,00	1	-	-	0	-	0	18,00	N	18,00	-

Facturation des forfaits de sécurité et d'environnement

Ces forfaits sont facturables à compter du 1^{er} mars 2007 par les cliniques privées. Ces forfaits sont remboursables au taux de l'hospitalisation en fonction des actes CCAM réalisés. Si deux actes CCAM sont réalisés et facturés, deux forfaits peuvent être facturés.

La facturation des forfaits de sécurité et d'environnement est possible sur les versions suivantes de la norme CP : 02-2003-B, 06-2005 addenda A et B.

Exemple de facturation du forfait SE1, avec acte CCAM exonérant

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	MT	DMT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ	Code participation assuré
3			SE1	04	958	01/03/07	01/03/07	75,00	1	1	75,00	100	57,00 = 75,00 - 18€	75,00		18,00	C		A
4			ADE	04	958	01/03/07		150,00	1	1	150,00	100	150,00	150,00		0,00	C		

Exemple de facturation de forfait SE2, avec acte CCAM non exonérant

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	MT	DMT	Du	Au	PU	Qt é	Coef	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ	Code participation assuré
3			SE2	04	958	01/03/07	01/03/07	60,00	1	1	60,00	80	48,00	60,00		12,00			
4			ADC	04	958	01/03/07		50,00	1	1	50,00	80	40,00	50,00		10,00			

Exemple de facturation de forfait SE3, avec cumul d'un forfait SE1, pour 2 actes CCAM, dont l'un exonérant

Le premier forfait indiqué est toujours le forfait de montant le plus élevé. Le second forfait est réduit de 50%.

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	MT	DMT	Du	Au	PU	Qt é	Coef	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ	Code participation assuré
3			SE1	04	958	01/03/08	01/03/08	75,00	1	1	75,00	100	57,00 = 75,00 - 18,00	75,00		18,00	C		A
3			SE3	04	958	01/03/08	01/03/08	40,00	1	0,50	20,00	100	20,00	20,00		0,00	C		
4			ADE	04	958	01/03/08		150,00	1	1	150,00	100	150,00	150,00		0,00	C		
4			ATM	04	958	01/03/08		50,00	1	1	50,00	100	50,00	50,00		0,00	C		

Facturation d'un séjour HAD (Hospitalisation à Domicile) dans un établissement médico-social (EMS)

En solution transitoire, exemple de facturation d'un séjour GHT pour un bénéficiaire hébergé en EMS avec une visite de médecin

Le décret n°2012-1031 du 6 septembre 2012 et le projet de circulaire associé (création HAD en EMS) précisent que:

Lorsque l'établissement bénéficie d'une autorisation délivrée par les autorités mentionnées aux b, d ou f de l'article L.313-3 ou relève de l'article L.162-31 du code de la SS, le GHT doit être minoré.

Le lieu d'exécution de l'acte en type 3 doit être renseigné avec le numéro de l'EMS.

La nature d'interruption ou de fin de séjour doit être valorisée à « H »

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. HAD	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code participation assuré
3	H	N° EMS	GHT	0004	01/02/08	10/02/08	87,00	10	1	1,0050	874,35	100	874,35	874,35		0,00	4	
4		N° EMS	V	0004	02/02/08		22,00	1	1		22,00	100	22,00	22,00		0,00	4	
4		N° EMS	MD	0004	02/02/08		10,00	1	1		10,00	100	10,00	10,00		0,00	4	

NB : Lorsque l'établissement ne bénéficie pas d'une autorisation délivrée par les autorités mentionnées aux b, d ou f de l'article L.313-3 ou relève de l'article L.162-31 du code de la SS, alors, le GHT n'est pas minoré et il n'est pas nécessaire de renseigner la nature de fin de séjour à « H »

Facturation des monitorings des Sages-femmes salariées des établissements (SF12 ou SF19)

Facturation par l'établissement A.
Risque maternité (30) obligatoire.

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	MT	DMT	Exécutant	Date des soins	PU	Qt	Coef	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt AMC	Exo	Spécialité	Code participation assuré
4			SF	00	000	N°FINESS	01/03/09	2,65	1	12	31,80	100	31,80	31,80		0,00		21	

Facturation des médecins salariés des établissements privés

Exemple d'un forfait de sécurité et d'environnement avec facturation d'un acte exécuté par un médecin salarié

Facturation par l'établissement A.
Indication du numéro d'exécutant établissement avec la spécialité du médecin salarié

Type	Nature de fin séjour	Acte	DMT	MT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Exécutant	Spé	Cond. Exercice	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
3		SE1	958	04	01/09/09	01/09/09	75,00	1	1				80	60,00	75,00	15,00		
4		ADE	958	04	01/09/09		68,00	1	1	Etab A	05		80	54,40	68,00	13,60		

La facturation est identique pour une facturation en sus d'un séjour en GHS, GHT, d'un forfait SEx, ATU ou FFM ainsi qu'en sus de séances de dialyse cotées Dxx.

Consultations externes en établissements privés (MCOO, Psy ou SSR)

L'article 33 du PLFSS pour 2014 introduit une modification de l'article L162-26-1 du code de la sécurité sociale afin de permettre la facturation des consultations externes réalisées par les médecins salariés des établissements privés à compter du 01/01/2014.

L'exécutant doit être valorisé avec le n° FINESS de la clinique

La DMT et le MT doivent être valorisés à 000 et 00

Les coefficients MCOO et prudentiels ne s'appliquent pas

La spécialité renseignée doit être celle du médecin salarié

NB : les actes et consultations externes sont assimilés à des soins de ville et à ce titre

- il convient d'indiquer le parcours de soins en type 2S
- les taux applicables sont ceux des soins de ville

• Exemple facturation d'une consultation externe exécutée par un médecin salarié en établissement MCOO pour un CMUC

- Indication du numéro d'exécutant établissement avec la spécialité du médecin salarié
- Indicateur Parcours de soins (Type 2S position 121) : « S » patient hors parcours de soins

Type	Acte	DMT	MT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Exécutant	Spé	Cond. Exerci exe	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo
4	C	000	00	13/05/14	13/05/14	23	1	1	Etab A	01		70	6,90	23	16,10	
4	ATM DEQP003	000	00	13/05/14	13/05/14	13,52	1	1	Etab A	01		70	4,05	13,52	9,47	

• **Exemple facturation d'une consultation psychiatrique exécutée par un médecin salarié en établissement psychiatrique**

- Indication du numéro d'exécutant établissement avec la spécialité du médecin salarié
- Indicateur Parcours de soins (Type 2S position 121) : « O » patient est orienté par un médecin traitant

Type	Acte	DMT	MT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Exécutant	Spé	Cond. Exerci exe	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo
4	CNP	000	00	15/04/14	15/04/14	37,00	1	1	Etab A	33		70	25,90	37,00		

• **Exemple facturation d'une consultation externe exécutée par un médecin salarié en établissement SSR**

- Indication du numéro d'exécutant établissement avec la spécialité du médecin salarié
- Indicateur Parcours de soins (Type 2S position 121) : « S » patient hors parcours de soins

Type	Acte	DMT	MT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Exécutant	Spé	Cond. Exerci exe	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo
4	CS	000	00	17/03/14	17/03/14	23	1	1	Etab A	31		70	6,90	23		
4	MCS	000	00	17/03/14	17/03/14	3	1	1	Etab A	31		70	0,90	3		
4	ATM LHRP001	000	00	17/03/14	17/03/14	25,08	1	1	Etab A	31		70	7,56	25,08		

Facturation du forfait Vidéocapsule (VDE)

Le VDE est compris dans le GHS, il n'est donc pas facturable en sus d'un GHS.

Le VDE est pris en charge à 100%.

Le VDE est incompatible avec l'exo « C ».

Ne pas renseigner le lieu d'exécution de l'acte (type 4S position 72-85).

Renseigner le code participation assuré sur l'acte CCAM.

Date d'effet : 21/12/2008

Application du parcours de soins :

La prestation VDE ainsi que l'acte CCAM qui l'accompagne sont soumis au parcours de soins.

Il convient donc de renseigner en type 2S les indications relatives au parcours de soins (voir annexe 25 du cahier des charges B2) et notamment la position 121 (par exemple « O » si le patient est orienté par un médecin traitant)

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	MT	DMT	Exécutant	Date des soins	PU	Qt	Coef	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt AMC	Exo	Code participation assuré
4			VDE	00	000	N°FINESS	01/01/09	500,00	1	1	500,00	100	500,00	500,00		0,00		
4			ATM HGQD002	00	000	N°Médecin	01/01/09	112,47	1	1	112,47	100	94,47 =112,47 - 18 (*)	112,47		18,00 (*)	C	A (*)

(*) Si le code participation assuré est à « L », les 18€ ne sont pas soustraits du montant remboursable AMO.

Facturation du Forfait de Sécurité Dermatologie (FSD)

Exemple : acte CCAM non exonérant ; FSD pris en charge à 70%.

Ne pas renseigner le lieu d'exécution de l'acte (type 4S position 72-85).

Date d'effet : 28/05/2009

Application du parcours de soins :

La prestation FSD ainsi que l'acte CCAM qui l'accompagne sont soumis au parcours de soins.

Il convient donc de renseigner en type 2S les indications relatives au parcours de soins (voir annexe 25 du cahier des charges B2) et notamment la position 121 (par exemple « O » si le patient est orienté par un médecin traitant)

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	MT	DMT	Exécutant	Date des soins	PU	Qt	Coef	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt AMC	Exo	Code participation assuré
4			FSD	00	000	N°FINESS	01/07/09	35	1	1	35	70	24,5	35		0		
4			ADC BAFA012	00	000	N°Médecin	01/07/09	33,44	1	1	33,44	70	23,41	33,44		0		

Facturation de la Dialyse Péritonéale

Exemple séjour avec facturation d'1 supplément de dialyse péritonéale en sus du GHS (Campagne tarifaire 2010)

Facturation par l'établissement MCOo A.

Séjour en GHS dans un établissement MCOo avec 1 jour de supplément de dialyse péritonéale.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hopi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
Etab A	01/03/10	S		GHS	0042	01/03/10	02/03/10	400,00	1	1	1,0050	402,00	80	321,16	402,00	80,84		A
idem	Idem			FJA	0042	02/03/10	02/03/10	18,00	1	1	0	18,00	0	0,00	18,00	18,00		-
idem	idem			DIP	0042	01/03/10	01/03/10	45,00	1	1	1,0050	45,23	80	36,18	45,23	9,05		-

Exemple facturation du forfait de dialyse péritonéale correspondant en structure spécialisée

Facturation par la structure de dialyse.

1 Forfait plein (D15 ou D16) de dialyse péritonéale lorsque le patient est présent en structure de dialyse ou hospitalisé moins de 2 jours dans un établissement MCOo.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hopi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	DMT	MT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Code P.E.C FJ
Etab B	01/03/10			D15	796	06	01/03/10	07/03/10	80,00	1	1		80,00	80	64,00	80,00	16,00	-

Exemple séjour avec facturation de 3 suppléments de dialyse péritonéale en sus du GHS (Campagne tarifaire 2010)

Facturation par l'établissement A.

Séjour en GHS dans un établissement MCOo avec 3 jours de suppléments de dialyse péritonéale.

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
		Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
Etab A	01/03/10	S		GHS	0044	08/03/10	11/03/10	1000,00	1	1	1,0050	1005,00	80	804,00	1005,00	201,00		A
idem	Idem			FJA	0044	11/03/10	11/03/10	18,00	1	1	0	18,00	0	0,00	18,00	18,00		-
idem	idem			DIP	0044	08/03/10	10/03/10	45,00	3	1	1,0050	135,68	80	108,54	135,68	27,14		-

Exemple facturation du forfait de dialyse péritonéale correspondant en structure spécialisée

Facturation par la structure de dialyse.

1 Forfait réduit (D22 ou D23) de dialyse péritonéale lorsque le patient est hospitalisé entre 3 et 6 jours dans un établissement MCOo

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
		Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	DMT	MT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Code P.E.C FJ
Etab B	01/03/10			D22	796	06	08/03/10	14/03/10	55,00	1	1		55,00	80	44,00	55,00	11,00	-

Facturation des forfaits APE « Administration de produits et prestations en environnement hospitalier »

Ce forfait est facturable à compter du 1^{er} mars 2011. Le forfait "APE" est facturé en environnement hospitalier dès lors qu'un ou plusieurs produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du même code, sont administrés au patient en dehors d'une hospitalisation.

Ce forfait est facturable pour les établissements privés avec les DMT/ MT 958/19 ou 958/04.

Exemple de facturation du forfait APE, avec un PII, pour un bénéficiaire de la CMU-C

Type	Taux de financement	Acte	MT	DMT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ	Code participation assuré
3	000	APE	19	958	01/03/11	01/03/11	12.60	1	1	12.60	80	10.08	12.60		2.52			
3	100%	PII	19	958	01/03/11	01/03/11	150,00	1	1	150,00	80	120.00	150,00		30.00			

Application du coefficient prudentiel pour les séjours

L'article 60 de la loi 2012-1404 du 17 décembre 2012 instaure un coefficient de minoration des tarifs nationaux de prestations.

L'application de ce nouveau coefficient se fait selon les modalités suivantes :

Prestations concernées par le coefficient prudentiel	Application du coefficient en facturation B2
GHS	Valoriser la zone « coefficient MCO/HAD » (type 3 pos 71-75) avec la valeur du coefficient MCOO de l'établissement notifiée par l'ARS (qui tient compte de l'application du coefficient prudentiel)
Suppléments journaliers du GHS	
EXH	
GHT	Valoriser la zone « coefficient MCO/HAD » (type 3 pos 71-75) avec la valeur du coefficient HAD de l'établissement notifiée par l'ARS (qui tient compte de l'application du coefficient prudentiel)
ATU, FFM, SEx, APE	Indiquer le nouveau prix unitaire notifié par l'ARS (qui tient compte de l'application du coefficient prudentiel)
Forfaits Dialyses	
Forfaits prélèvements d'organes	

Exemple séjour d'un CMUiste avec facturation d'EXH et de suppléments SRC

Le coefficient prudentiel est intégré dans le coefficient MCO (type 3 pos 71-75)

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
Etab A	18/03/13	S		GHS	7993	18/03/13	31/03/13	3847.27	1	1	0.9965	3833.80	80	3067.04	3833.80	766.76	0	A
				EXH	7993	30/03/13	30/03/13	178.20	1	1	0.9965	177.58	80	142.06	177.58	35.52	0	-
Idem	Idem			SRC	7993	20/03/13	30/03/13	260.56	11	1	0.9965	2856.13	80	2284.90	2856.13	571.23	0	-
Idem	Idem			FJA	7993	31/03/13	31/03/13	18	1	1	-	18	0	0,00	18	18	0	-

Exemple de facturation d'un séjour GHT

Le coefficient prudentiel est intégré dans le coefficient HAD » (type 3 pos 71-75)

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCOO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code participation assuré
3			GHT	0004	01/03/13	10/03/13	101.58	10	1	0.9965	1012.24	100	1012.24	1012.24		0	4	
4			V	0004	02/03/13		23,00	1	1		23	100	23	23,00		0	4	

Exemple de facturation CMUiste d'un forfait ATU

Le coefficient prudentiel est intégré dans le prix unitaire de l'ATU (type 3 pos 76-82)

Exemple : ancien tarif : 25€32 ; nouveau tarif : 25€21

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	MT	DMT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ	Code participation assuré
3	-	-	ATU	10	401	01/03/13	01/03/13	25,21	1	1	25,21	80	20.17	25.21	-	5.04	-	-	-

Exemple facturation du forfait de dialyse péritonéale exonéré

Le coefficient prudentiel est intégré dans la zone « prix unitaire » (type 3 pos 76-82)

Exemple : ancien tarif : 691€ ; nouveau tarif : 688€46

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3															
Partenaire de santé	Date de début d'hosp.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	DMT	MT	Du	Au	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo		
Etab A	01/03/13	-	-	D15	796	06	01/03/13	07/03/13	688.46	1	1	688.46	100	688.46	688.46	0	4		

Exemple séjour exonéré pour un bénéficiaire des régimes migrants

Transmission des factures avec application du coefficient prudentiel intégré dans le coefficient MCO (type 3 pos 71-75)

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ
Etab A	18/03/13	S		GHS	7993	18/03/13	31/03/13	3847.27	1	1	0.9965	3833.80	100	3599.80	3833.80	234	4	A
Idem	Idem			EXH	7993	30/03/13	30/03/13	178.20	1	1	0.9965	177.58	100	177.58	177.58	0	4	-
Idem	Idem			SRC	7993	20/03/13	30/03/13	260.56	11	1	0.9965	2856.13	100	2856.13	2856.13	0	4	-
Idem	Idem			FJA	7993	31/03/13	31/03/13	18	1	1	-	18	0	0,00	18	18	4	-

Forfait IVG bénéficiaires non anonymes

Exemple de forfait à compter du 31/03/2013

La télétransmission B2 n'est possible que pour les bénéficiaires non anonymes.

Le taux de prise en charge par l'Assurance Maladie des forfaits IVG réalisés en établissement est de 100% à compter du 31/03/2013

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3														
Partenaire de santé	Date de début d'hospi.	DMT	MT	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Mt remboursable AMC	Qualif dépense	Code P.E.C FJ
Etab A	31/03/13	309	04	IMD		31/03/13	31/03/13	139.83	1	1		0	100	139.83	139.83	0		

Prise en compte de la CCAM dentaire

Les soins dentaires réalisés par les praticiens dans le cadre d'un séjour doivent être facturés à l'aide d'actes CCAM spécifiques. Ces actes CCAM se substituent aux prestations NGAP (K, KC ...) utilisées auparavant.

Les actes de CCAM dentaire sont soumis aux règles générales de la CCAM.

Ex : pour une avulsion dentaire la prestation KC ne doit plus être utilisée au profit d'un code CCAM comme par exemple HBGD035 "Avulsion d'une dent temporaire sur arcade".

Comme pour tous les actes CCAM :

- le code regroupement (ici ADC) doit être indiqué en type 4
- le code affiné (ici HBGD035) doit être indiqué en type 4M

Type	Nature de fin séjour	Lieu exéc ou étab de transfert	Acte	N° GHS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense	Qualif dépense	Mt remboursable AMC	Exo	Code P.E.C FJ	Code participation assuré
3	S		GHS	0678	01/07/14	01/07/14	500.00	1	1	0.9965	498.25	80	398.60	498.25					
4			ADC	0678	01/07/14		16.76	1	1		16.76	80	13.41	16.76					