
NOTICE TECHNIQUE
n° CIM-MF-1067-7-2015
du 21 octobre 2015

NOTICE RECTIFICATIVE
du 29 avril 2016

Notice technique ATIH

Sujet facturation hospitalière

Par notice en date du 24 septembre dernier (notice n°CIM-MF-995-4-2015), je vous informais de la création d'une nouvelle catégorie de notices ATIH, identifiées comme « notices facturation ».

En effet, au-delà des notices publiées chaque année dans le cadre des campagnes tarifaires et budgétaires (première notice consacrée aux nouveautés information médicale, puis seconde notice publiée en mars, consacrée aux nouveautés de financement des prestations d'hospitalisation), des notices complémentaires ont été publiées en 2015, pour compléter les précédentes de dispositions survenues ou précisées en cours d'année.

Ainsi, un nouveau rythme de publication des notices étant prévisible, la création d'un nouveau type de notice, traitant spécifiquement de sujets « facturation » était proposé, afin de rendre leur contenu immédiatement identifiable, sans confusion avec d'autres catégories d'information, et permettant de cibler le public concerné.

La première « notice facturation » (CIM-MF-995-4-2015) traitait de la mise en œuvre du « décret relatif aux règles de facturation et de prise en charge par l'assurance maladie des prestations hospitalières sans hospitalisation », dont les dispositions sont applicables depuis début octobre 2015.

Cette seconde notice porte sur le même sujet, en détaillant précisément les modalités de facturation. Ses destinataires principaux sont les gestionnaires d'établissements, les services de facturation, les sociétés de service informatique pour application, et dans une moindre mesure, pour information les départements d'information médicale.

Je vous saurai gré de bien vouloir porter cette nouvelle notice à la connaissance des établissements de santé de votre région concernés par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.

Le directeur général
Housseyni Holla



Annexe

Mise en œuvre du décret relatif aux règles de facturation et de prise en charge par l'assurance maladie des prestations hospitalières sans hospitalisation

Comme indiqué dans la notice technique ATIH n° CIM-MF 995-4-2015 du 24 septembre 2015, par décision du 17 septembre 2015, l'UNCAM a fixé la participation de l'assuré à 20 % pour les forfaits ATU/FFM/SE/APE et les actes et consultations associés, ce qui se traduit par un taux de prise en charge de ces prestations par l'assurance maladie à hauteur de 80%.

Cette décision a été publiée au journal officiel du 6 octobre 2015 et prend effet au 7 octobre 2015.

Il est apparu nécessaire de donner des précisions complémentaires sur les modalités d'application dans les recueils PMSI (RSF pour les ex OQN et RSF-ACE pour les ex DG) et de valorisation concernant les deux éléments du décret.

Règles de facturation des actes infirmiers en sus des forfaits ATU, FFM, SE et APE

A partir du traitement des données M10, pour les établissements exDG, OVALIDE ne valorisera plus les AMI associés aux forfaits sus cités.

Les RSF-ACE comportant des AMI ne seront pas rejetés, seules les lignes de factures concernant les prestations AMI ne seront plus valorisées.

Le tableau OVALIDE [2.Q.FAMI] AMI en sus d'un forfait ATU, FFM, SE ou APE récapitulera les AMI non valorisés.

Règles de prise en charge par l'assurance maladie des forfaits ATU, FFM, SE et APE et des actes et consultations associés à ces forfaits

Les éléments présentés ici reprennent des éléments transmis par la CNAMTS concernant les établissements ex OQN et les établissements ex DG sous FIDES.

A partir du 7 octobre, les taux de remboursement des lignes de facture pour les deux secteurs devront être égaux à 80%. Il s'agit des taux présents dans les factures télétransmises et ceux présents dans les RSF transmis à l'ATIH. Pour le secteur ex DG, il s'agit des taux présents dans les RSF-ACE.

Plus spécifiquement pour les établissements ex OQN

- Les forfaits ATU/SE et APE et les actes et consultations associés restent pris en charge à 80 %. La décision de l'UNCAM ne change rien.

Aucune modification du système d'information n'est nécessaire et la facturation de ces forfaits par ces établissements peut être poursuivie.

- Concernant le forfait FFM, avant la décision de l'UNCAM, le taux de prise en charge était de 65%. Ce taux n'était pas propagé aux actes et consultations facturés en sus qui étaient pris en charge dans les conditions de droit commun (taux applicable aux actes réalisés en ville).

Le passage du taux à 80% nécessite une modification du mode de traitement de la prestation FFM. Celui-ci passera de la valeur 07 (soins externes) à la valeur 19 (traitement et cure ambulatoires).

Dans l'attente de la prise en compte de ces modifications dans le système d'information, les caisses doivent informer les établissements concernés de la nécessité de suspendre la facturation de la prestation FFM et des actes associés.

Pour les établissements ex DG ayant basculé sous FIDES :

- **Pour les assurés sociaux,**

- ✓ dans l'attente de la décision de l'UNCAM fixant leur taux de prise en charge, les forfaits ATU/FFM/SE/APE et les actes et consultations s'y rapportant ont été exclus du périmètre de la facturation directe (valorisation par l'ATIH)
- ✓ A compter du 7 octobre 2015 et dans l'attente de la certification des éditeurs hospitaliers, ces forfaits et les actes associés restent valorisés par l'ATIH et ne doivent en aucun cas faire l'objet d'une facturation à l'assurance maladie.

La date de démarrage de la facturation directe de ces forfaits et actes associés sera précisée ultérieurement par arrêté ministériel.

- **Pour les migrants et les bénéficiaires de la CMUc,**

- ✓ à compter du 7 octobre 2015, les forfaits ATU/FFM/SE/APE et les actes associés sont facturables directement à l'assurance maladie dans les conditions suivantes :
 - Pour les assurés bénéficiaires de la CMUc, seule la participation de l'assuré de 20% est facturable directement à l'assurance maladie (la part obligatoire de 80% reste valorisée par l'ATIH).
 - Pour les migrants, la facture doit être établie sur la base du taux de prise en charge de 80%.

Néanmoins, dans l'attente de la certification des éditeurs hospitaliers, les établissements doivent retenir la facturation des forfaits ATU/FFM/SE/APE et des actes associés.

Une information complémentaire (MEDIAM/Système) sera réalisée pour préciser la date à laquelle ces factures pourront être transmises à l'assurance maladie.

- **Pour les bénéficiaires de l'AME,** les modalités de facturation à l'assurance maladie actuelles restent inchangées.

Pour tous les établissements ex DG :

A compter du 7 octobre les modalités de remplissage des RSF-ACE doivent suivre les règles suivantes :

- Les forfaits ATU/FFM/SE dans les RSF-ACE B, ainsi que les actes associés dans les RSF-ACE C doivent avoir un taux de remboursement égal à 80% pour les patients non exonérés (100% sinon).
- Les conditions de remplissage pour les migrants, les CMUc et les AME doivent suivre les modalités décrites pour les établissements sous FIDES ci-dessus.

De plus, des alertes permettent de mesurer le nombre de forfaits ATU qui sont facturés seuls.

En effet, il est rappelé que s'agissant de la prise en charge aux urgences, il est obligatoire de générer une seule facture (un seul RSF-ACE) intégrant l'ensemble des prestations réalisées, c'est-à-dire le forfait ATU mais également les actes CCAM ou les lettres clés NGAP. Des signalements sont réalisés dans OVALIDE (voir Tableaux 2.Q.FAC d'OVALIDE, et guide de lecture).

Les contrôles OVALIDE concernant le taux de remboursement et le montant assurance maladie remboursé seront activés pour les ATU, FFM, SE et APE permettant d'en vérifier ainsi la cohérence (voir Tableaux 2.Q.MNTPU d'OVALIDE, et guide de lecture).