

CENTRES DE SANTÉ  
**GUIDE D'AIDE À LA  
FACTURATION 2019**



# UN ACCOMPAGNEMENT DE LA PRATIQUE DE FACTURATION DES CENTRES DE SANTÉ

Le processus de facturation des actes de soins, dans les centres de santé soumis «obligatoirement» au tiers payant sur la part du régime obligatoire, nécessite un accompagnement pour répondre aux évolutions technologiques et aux engagements conventionnels qui visent à réduire les temps de réponse et à généraliser la forme dématérialisée des échanges.

La bonne compréhension des processus de facturation et la mise en œuvre de bonnes pratiques sont le point de convergence des intérêts des centres de santé et de l'assurance maladie pour donner en exemple le tiers payant. Les «rejets» sont un symptôme des dysfonctionnements du processus de facturation.

La complexification de la nomenclature et de la classification commune des actes médicaux ne simplifient pas le parcours, même si la dématérialisation des échanges ;

mise en place de SESAM-Vitale, télétransmission des feuilles de soins électroniques, développement des outils de consultation des droits, réorganisation des services avec correspondant identifié dans chaque caisse... a permis de notables améliorations.

Ainsi l'assurance maladie et les représentants des gestionnaires de centres de santé ont-ils décidé de travailler ensemble à partir de l'analyse des trente principales causes de rejets à l'élaboration d'un guide d'aide à la facturation, outil partagé entre les opérateurs dans les centres et dans les caisses d'assurance maladie.

Ce guide a pour objectif de cibler les principales anomalies selon leurs origines ; administratifs ou professionnels de santé de les expliciter et d'aider les opérateurs à adopter une bonne pratique de facturation.

# TABLE DES MATIÈRES

## A PARTIE A PRINCIPES GÉNÉRAUX

- Le tiers payant 6
- Le processus de facturation 7
- Les modes de facturation 8
- La vérification des droits du patient 9
- La carte Vitale 10
- La garantie de paiement 11
- Les outils de vérification des droits 12
- Les cartes de professionnels 14
- L'envoi des pièces justificatives 15

## C PARTIE C REJETS DE FACTURATION

- Définition / explication / solution 31

## B PARTIE B FICHES EXPLICATIVES TOUS CDS

- Les codes d'exonération et leur signification 17
- Les NIR fictifs 20
- Les prescripteurs fictifs 21
- La gestion des codes associations et code modificateurs 22
- Le parcours de soins 24
- L'exception au parcours de soins 25
- La prévention bucco-dentaire chez l'enfant 26
- La prévention bucco-dentaire chez la femme enceinte 27
- Codification n°FINESS, n°AM et n°RPPS 28
- Pour bien facturer 29

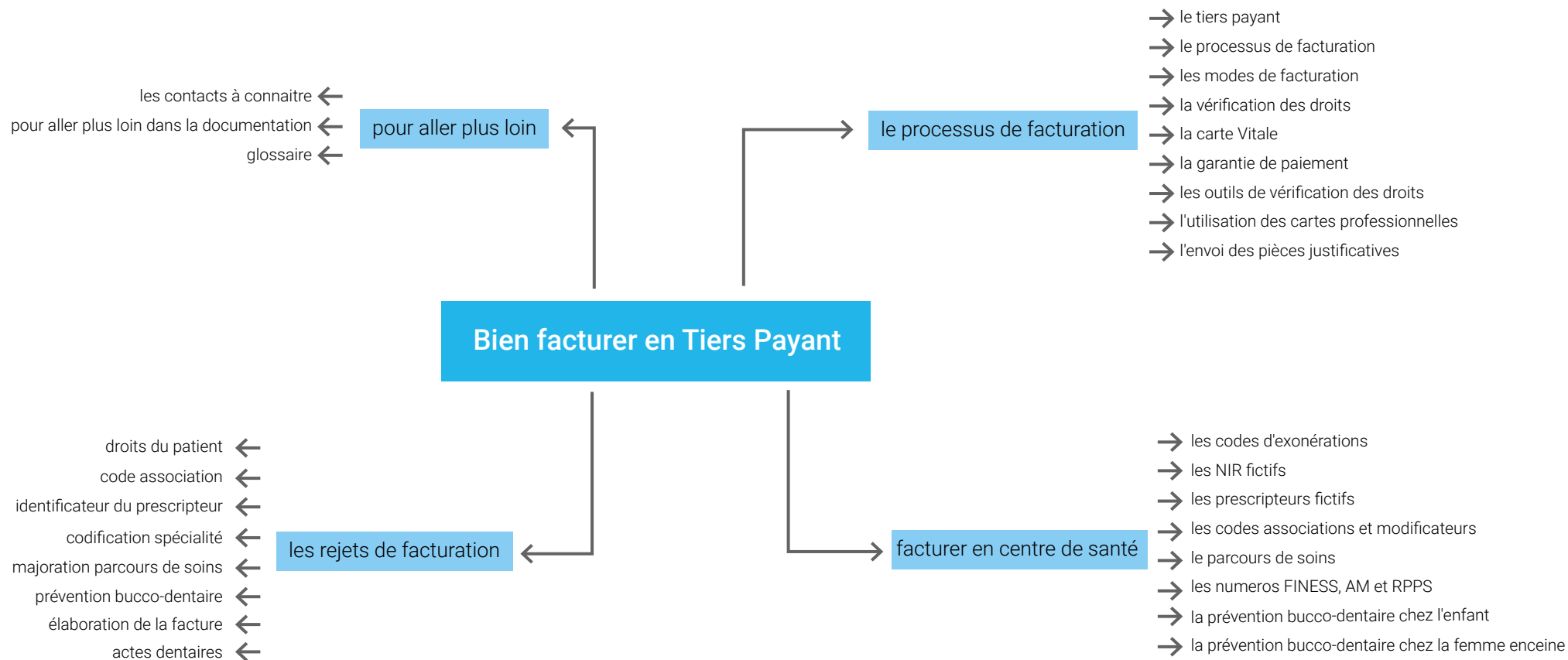
## D PARTIE D BESOIN D'AIDE ?

- Les contacts à connaître 38

## E PARTIE E POUR ALLER PLUS LOIN

- Dans la documentation 40
- Glossaire 41

# SCHEMA GÉNÉRAL






**PARTIE A**  
PRINCIPES GÉNÉRAUX, FACTURATION,  
VÉRIFICATION DES DROITS

# LE TIERS PAYANT

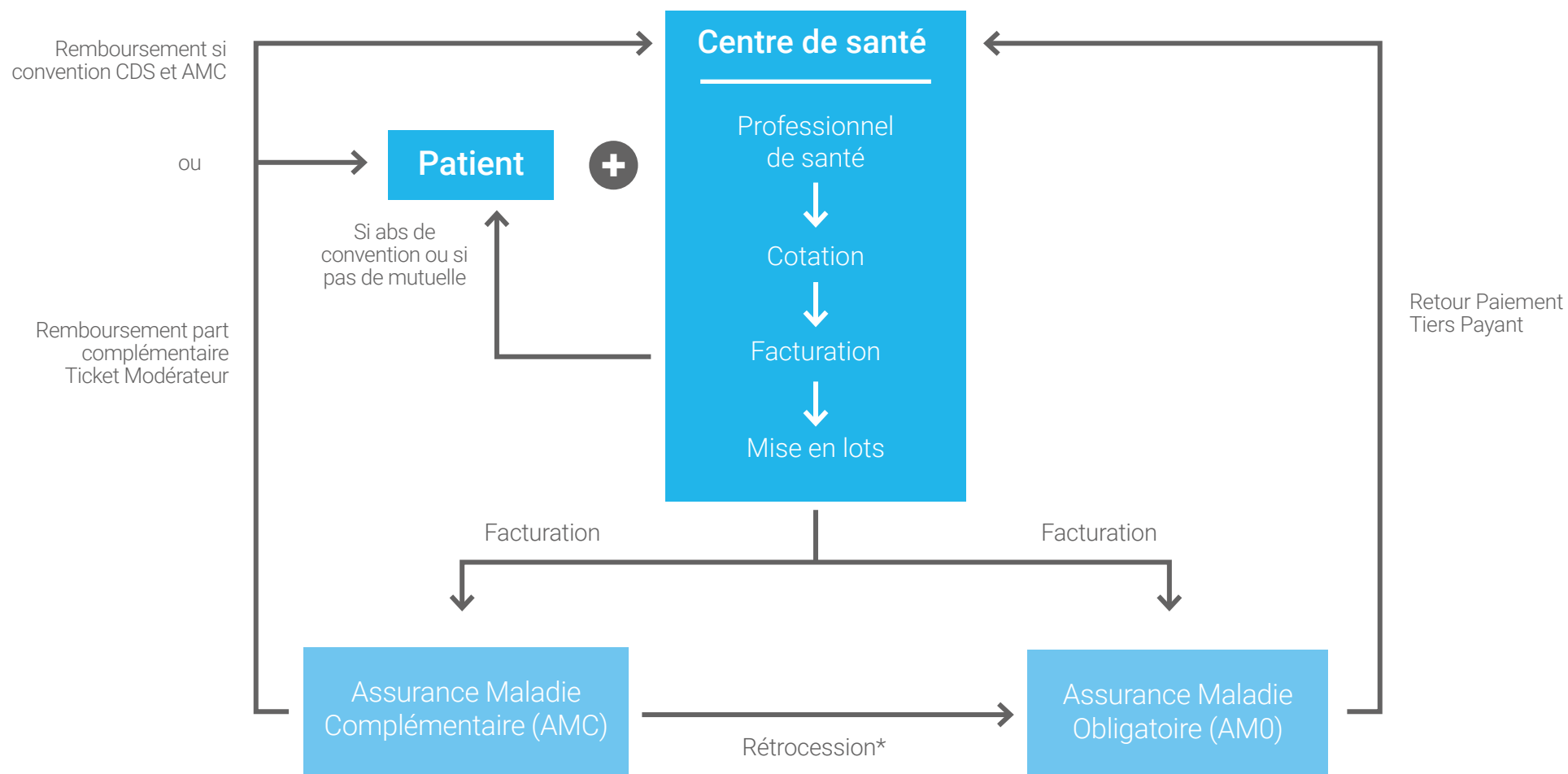
## QU'EST-CE QUE C'EST ?



Le système du tiers payant dispense le bénéficiaire de l'Assurance Maladie de faire l'avance des frais médicaux.

Tiers payant intégral	L'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse la totalité de la facture au PS, en gestion coordonnée avec l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	
	Tiers payant avec prise en charge à 100%	
	CMU/ACS : TP AMO + AMC coordonné par l'AMO	
	Maternité, ALD exonérant, invalidité, acte de prévention, AT ou maladie professionnelle, art. 115 (militaire invalides et victimes d'attentats), détenus : TP 100% AMO	
	AME : TP 100% (pas de part AMO)	
TP avec reste à charger par le patient ou par sa mutuelle	L'AMO rembourse uniquement la part obligatoire (la part complémentaire est remboursée par la complémentaire de santé du patient s'il en bénéficie)	
	Tiers payant 60% ou 70%	Ticket modérateur <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit pris en charge par la mutuelle si convention</li> <li>• soit pris en charge par le patient et remboursé par la mutuelle si hors convention</li> <li>• soit à la charge du patient si pas de mutuelle</li> </ul>
	TP AMO + MAC en gestion séparée	
Hors TP	Paiement patient : le patient fait l'avance des frais et paie l'intégralité des soins. Lorsque le patient n'est pas affilié à un régime de sécurité sociale  Cela doit rester l'exception	





# LE PROCESSUS DE FACTURATION EN TIERS PAYANT AMO + AMC



\*Rétrocession: dans les cas particuliers de l'AME, l'ACS et la CMU, la part AMC est remboursée à l'AMO\*

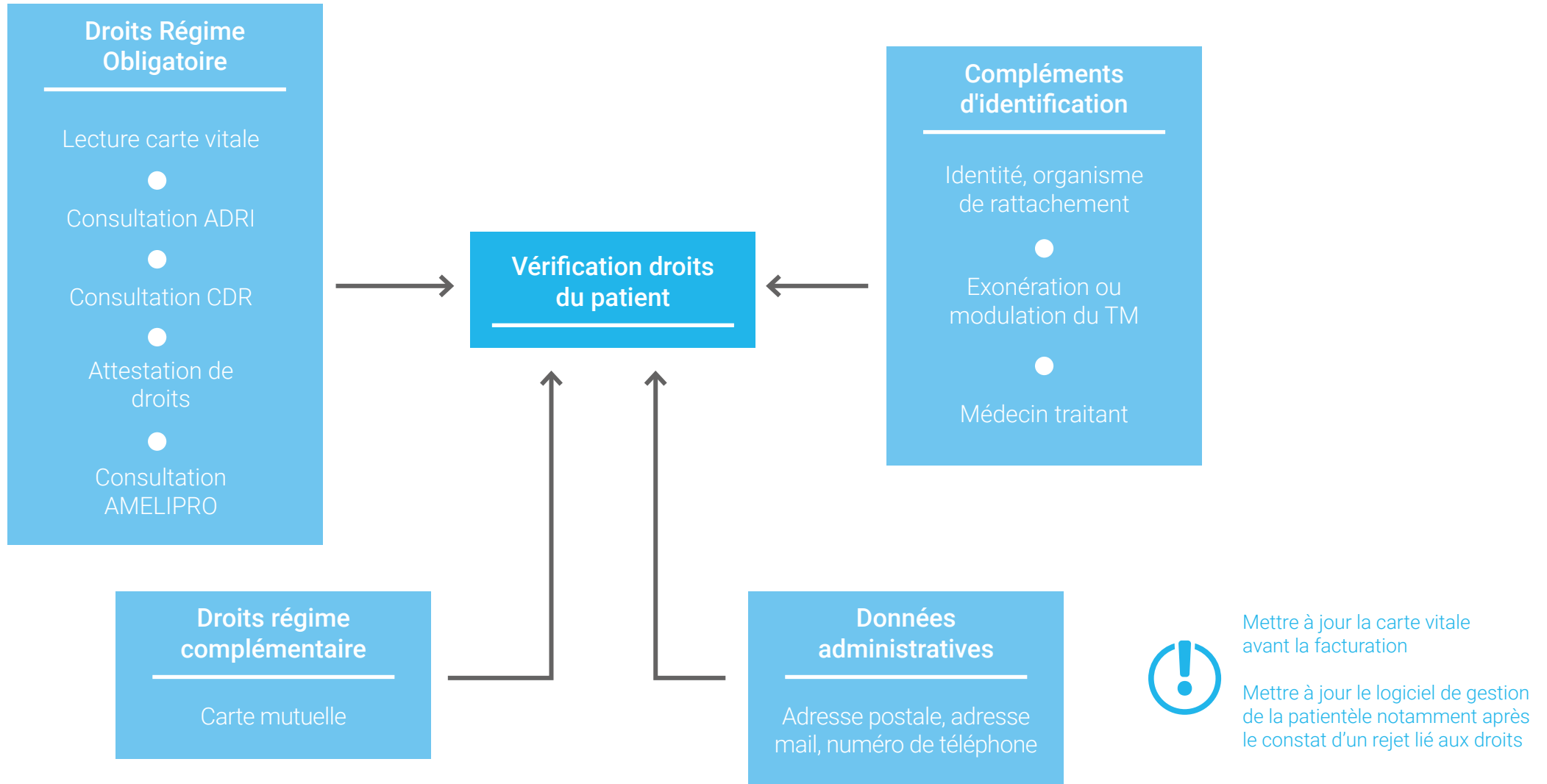
# LES MODES DE FACTURATION: SÉCURISÉ, DÉGRADÉ, HORS SESAM VITALE (B2)



<p>Facturation à utiliser en priorité</p>	<p><b>FSE sécurisée SESAM - Vitale</b></p> 	<p>Respect de la garantie de paiement.*</p> <p>Paiement habituel dans les 48 heures avec pénalités de retard payées par l'AMO si au-delà de 7 jours.</p>	<p>Les flux sont signés électroniquement et protégés de toute intervention d'un tiers</p> <p>La FSE sécurisée remplace la FSP et dispense de l'envoi des pièces justificatives</p>	<p>Le retraitement des rejets de facturation se fait en mode dégradé si logiciel SV</p>
<p>Facturation à utiliser si absence de CV (oubli) ou en cas d'AME</p>	<p><b>FSE dégradée</b></p> 	<p>Pas de garantie de paiement</p>	<p>La facturation d'une FSE dégradée implique l'envoi des pièces justificatives</p>	
<p>Facturation à utiliser exceptionnellement</p>	<p><b>Norme B2</b></p> 	<p>Pas de garantie de paiement</p> <p>Facturation avec des progiciels qui s'appuient sur la norme IRIS/B2 « Inter régime »</p>	<p>La facturation d'une FSE dégradée implique l'envoi des pièces justificatives</p> <p>En cas d'attente d'un logiciel SV, d'absence de carte CPS, pour des vacataires et lors de consultation en soirée.</p>	
	<p><b>Feuille de soins</b></p> 	<p>Pas de garantie de paiement</p> <p>Pas de pénalités en cas de retard de paiement Engagement de paiement à 20 jours</p>		

← Rejet sur la connaissance des droits 

\*La garantie de paiement est expliquée page 9



# LA CARTE VITALE: QUELLES INFORMATIONS CONTIENT-ELLE ?



Dans la carte vitale 2 avec photo

Dans la carte vitale 1 sans photo

- l'identité du patient et celle de ses ayants-droit (de moins de 16 ans)
- Le numéro de sécurité sociale
- Son régime d'assurance maladie et l'organisme auquel il est rattaché
- Ses éventuels droits à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC et ACS) - sous condition de mise à jour de la carte
- Ses éventuels droits à l'exonération du ticket modérateur

- La mention de son médecin traitant
- La mention de son éventuelle mutuelle santé
- La personne à prévenir en cas de nécessité
- L'accès aux soins dans l'Union Européenne
- La gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles
- La mention indiquant que le patient a eu connaissance des informations sur le don d'organes

Rejet sur la  
connaissance  
des droits



Le patient (ou le personnel de l'accueil) peut mettre à jour sa carte (les informations qu'elle contient) via une « borne SV »

# GARANTIE DE PAIEMENT : QU'EST-CE QUE C'EST ?



En adressant une feuille de soins électronique (FSE) sur la base des informations inscrites dans la carte vitale du patient, le centre de santé a la garantie d'être payé même si le patient n'a pas mis à jour sa carte Vitale depuis 1 an.



Ne sont pas concernées les factures papier (FSP), ou électroniques non sécurisées (B2) ou électroniques sécurisées sans Vitale (FSE dégradée)

## QU'EST-CE QUE LE FORÇAGE DE LA CARTE VITALE ? QUELS SONT LES INDICATEURS DE FORÇAGE ?

La Garantie de paiement n'est plus appliquée lorsque les données de la carte Vitale ont été modifiées : **c'est le Forçage des données.**

Informations et droits du patient qui ne doivent pas faire l'objet d'un forçage au moment de la facturation (impact Garantie de Paiement)	Informations pouvant être modifiées lors de la facturation sans impact sur la Garantie de paiement
<ul style="list-style-type: none"><li>1 • Sur la situation d'exonération</li><li>2 • Sur les données de la zone mutuelle</li><li>3 • Sur la zone AMO Famille / Bénéficiaire + zone mutuelle</li><li>4 • Sur la zone AMO Famille / Bénéficiaire + num. mutuelle</li><li>5 • Sur la situation d'exonération + zone mutuelle</li><li>6 • Sur la situation d'exonération + num. mutuelle</li><li>7 • Sur les droits d'exonération maternité</li><li>8 • Sur le numéro mutuelle</li><li>9 • Sur les droits d'exonération maternité + zone mutuelle</li><li>10 • Sur les droits d'exonération maternité + num. mutuelle</li><li>11 • Sur la zone AMO Famille / Bénéficiaire + zone mutuelle</li><li>12 • Sur la zone AMO Famille / Bénéficiaire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>1 • Sur le parcours de soins</li><li>2 • Sur un régime à taux particuliers</li><li>3 • Sur la nature d'ass. AT ou accidents vie privée</li><li>4 • Sur la nature d'assurance SMG (CNMSS)</li></ul>

*Rejet sur la connaissance des droits*

**Le forçage est possible lorsque le patient présente une attestation à jour prolongeant ses droits**  
**! le risque de rejet existe quand même**

# ADRI: QU'EST-CE QUE C'EST? COMMENT ÇA MARCHE?



Avec l'ADRI, Acquisition des Droits intégré, disponible avec le logiciel de facturation SESAM-Vitale, c'est l'assurance de facturer avec des droits à jour !



**ADRI devra être disponible dans le logiciel de facturation au 01/01/2020 [ A VALIDER ]**

## Pour obtenir les droits à jour de votre patient :

- Dès l'accueil du patient et création de son dossier
- Lors de l'établissement d'un devis
- Au moment de la préparation de la FSE

En particulier pour les situations spécifiques telles que la **CMU**, l'**ACS**, l'**ALC**, la **maternité** mais également l'**AME**

→ Diminution des rejets liés au droits !

Si la **carte vitale** de votre patient **n'est pas jour**  
Si vous souhaitez **vérifier la situation d'un patient**

Si vous **souhaitez les coordonnées du patient** y compris l'adresse postale et l'organisme d'assurance maladie

A tout moment vous pouvez déclencher un appel ADRI.

Le logiciel détecte automatiquement et va récupérer les droits en ligne

Si le patient **n'a pas sa carte vitale ou est absent au moment de la facturation**

→ Possibilité de récupérer ses droits directement dans les bases de l'assurance maladie.

Si vous avez un volume important de factures

→ **Votre logiciel doit-être certifié "Appels automatisés en masse" l'utilisation de ce mode est possible la nuit.**

**Avec ADRI**, la consultation des droits est intégrée au logiciel : les données sont à jour à l'instant de la facturation

# CDR: QU'EST-CE QUE C'EST? COMMENT ÇA MARCHE?



CDR, Consultation des droits c'est connaître à tout moment la réalité des droits d'un patient et ainsi d'éviter les rejets.

## **Le service CDR simplifie les échanges entre professionnels de santé.**

Il couvre 25 régimes, soit 99 % de la population des assurés.

Pour chaque patient vous pouvez consulter :

- son identification,
- l'ouverture de ses droits (période de validité),
- l'exonération du ticket modérateur,
- les droits à mutuelles CMU-C, ACS ou AME
- la présence ou non d'un médecin traitant.

**Accessible avec ou sans la carte Vitale du patient**  
(interrogation possible par le nom et le prénom),  
**il améliore la qualité de la facturation.**

**En cas de besoin d'assistance pour l'installation contactez la hotline technique** au 0 811 709 710 ou votre éditeur de logiciel.



A noter que CDR n'est pas intégré au logiciel de facturation, il convient donc de mettre à jour manuellement les données dans le dossier patient



Concernant l'ACS, il n'y a pas d'indication s'il s'agit d'une ACS intégral ou si le patient a souscrit une mutuelle



Au 01/11/2019, l'ACS et CMC deviennent la CMU Contributive

# LES CARTES DE PROFESSIONNELS

↑ CPS

La carte CPS est la Carte de Professionnel de Santé, elle contient l'ensemble de ses lieux d'exercice. Elle contient les données d'identification de son porteur : identité (n° d'identification, nom patronymique, nom d'exercice...), profession, spécialité, identification du mode d'exercice. Elle permet au PS d'effectuer des feuilles de soins électroniques. Les modalités de demande de CPS s'effectuent auprès de l'ASIP Santé.

↑ CDE

La carte CDE est la carte de Directeur d'établissement, elle contient le lieu d'activité, dont il est responsable. Il la met à disposition du service en charge du recouvrement pour la mise en lot des feuilles de soins électroniques.

↑ CPE

La carte CPE est la carte de personnel d'établissement, elle est nominative et contient le lieu d'activité de la personne. Elle permet au personnel de consulter les droits des régimes obligatoires de l'assuré sur CDR, site de consultation des droits de tout régime obligatoire.

Quelle carte		Pour qui	Pour quoi faire
CPE nominative		Secrétaire /Chargée d'accueil TP	Consulter les droits sur CDR et ADRI
CDE nominative		Directeur d'établissement	
FSE sécurisée	CPE Et Carte vitale	Secrétaire /Chargée d'accueil <b>et</b> Patient	Elaborer FSE <b>désynchronisée</b> pour le compte du praticien exécutant
	<b>Puis</b> CPS Praticien du centre	Praticien	Elaborer FSE <b>sécurisée</b> pour le compte du praticien exécutant
FSE dégradée	CPE sans Carte Vitale	Secrétaire / Chargée d'accueil <b>et</b> Patient	Elaborer une FSE " <b>dégradée / désynchronisée</b> " pour le compte du praticien exécutant
	<b>Puis</b> CPS	Praticien	Elaborer une FSE " <b>dégradée</b> " pour le compte du praticien exécutant
CDE/CPE		Secrétaire /Chargée d'accueil	Mettre en lot et télétransmettre Envoyer « FSE sécurisées » Réception règlements et rejets NOEMIE



### Quelles factures sont concernées?

- Les factures en norme B2 et les FSE en mode dégradé

### Sous quel délai?

- sous 48h idéalement
- 14 jours au plus tard après la date d'envoi informatique

Pour FSE dégradées qui n'ont pas été payées une 1<sup>ère</sup> fois et pour lesquelles il est renvoyé un duplicata, ce dernier doit être bien identifié avec la mention « duplicata » avec le bordereau récapitulatif



Concernant les flux sécurisés, les pièces doivent être conservées sur site et mise à disposition sur demande des CPAM.

### A qui les envoyer?

- A sa caisse de Rattachement (quelle que soit la caisse d'affiliation de l'assuré)

### Quels sont les éléments à envoyer ?

- le bordereau récapitulatif de télétransmission,
- la feuille de soins Cerfa cosignée par le professionnel de santé et l'assuré,
- la prescription médicale (pour les actes prescrits, hors actes soumis à entente préalable ou suite de soins)

Les CDS prescrits (Infirmières et Masseurs-Kinésithérapeutes) ont la possibilité d'utiliser le service SCOR (SCannérisation des Ordonnances) permettant d'envoyer les PJ en mode dématérialisé.



**PARTIE B**  
FICHES EXPLICATIVES  
FACTURATION TOUS CDS

# FICHE EXPLICATIVE: LES CODES EXONÉRATIONS ET LEUR SIGNIFICATION

**Le ticket modérateur est la modulation du taux de remboursement.**

Pour une prestation ou un acte remboursable par l'Assurance Maladie, il est prévu une participation de l'assuré : c'est le ticket modérateur (part non remboursable par l'Assurance Maladie des prestations en nature).

← Facture PS ou CDS →			
Tarif de responsabilité de la Sécurité sociale (TRSS)		Dépassement	
Montant remboursé par l'AMO	Ticket Modérateur* remboursé par la mutuelle	Dépassement remboursé par la Mutuelle	Reste à charge
Exemple 1 : médical – une consultation « G » à 25 €			
17,5 €	7,5 €	0	0
Exemple 2 : dentaire céramométallique HBLD033 à 870 €			
195,65 €	83,85 €		
Exemple 3 : dentaire – couronne céramométallique HBLD491 <sup>(2)</sup> à 550 €			
84	36	361,5	68.5
Part AMO	Part AMC		Part Patient

\*Dans certaines situations, l'exonération (pour le patient ou la victime) de ce montant est possible: c'est l'exonération du ticket modérateur  
Exemple 3 : le montant des remboursements indiqués dans le tableau sont applicables au 1er janvier 2020

# FICHE EXPLICATIVE: LES CODES D'EXONÉRATIONS ET LEUR SIGNIFICATION



Rejet sur la  
connaissance  
des droits

L'exonération du Ticket modérateur peut être traitée, à l'intérieur d'une facture, au niveau de l'acte.

Celle-ci peut être différente de l'exonération facture.

Le principe est que l'exonération de niveau ligne prévaut sur l'exonération de niveau facture.

En cas de pluralité de motifs d'exonération, l'appréciation médicale prévaut.

→ Favoriser l'exonération liée à la situation personnelle du patient

Ex : exonération LIS et K50, le motif retenu est LIS

Si le motif d'exonération est commun à toutes les lignes de la facture :

- Et présent au niveau facture, alors les codes exo de niveau ligne peuvent tous être renseignés à blanc ou avec le même motif que celui de la facture

- Mais non significatif au niveau facture (valeur 0), alors l'exonération commune devra être indiquée sur chacune des lignes de la facture.

Attention, la valeur 0 est significative de non exonération.



## A RETENIR ÉGALEMENT

- La participation forfaitaire à 1 € est une participation solidaire qui ne fait pas partie du ticket modérateur mais qui s'y ajoute. Ce montant reste à la charge du patient et ne peut être remboursé par la mutuelle. Elle est déduite automatiquement du montant de ses remboursements. Le montant total est plafonné à 50 € par an.
- La franchise médicale est déduite des remboursements effectués sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

# FICHE EXPLICATIVE: LES CODES EXONÉRATIONS ET LEUR SIGNIFICATION



Situation du patient (assuré ou bénéficiaire)	Message inscrit sur l'attestation de droits	Code nature assurance	Code justification d'exo. (niv facture ou niv acte)
Pas d'exonération	Néant	10	0
Régime Local Alsace Moselle	Régime local Alsace Moselle à compter du xxxxxxxx	13	0
	Transport et hospitalisation 100%, autres prestations 90%		
Assuré bénéficiant du FSV ou FSI (ex FNS) (Fonds de solidarité vieillesse)	FNS à compter du xxxxxxxx	10	9
Accident du travail	Néant	41	0
Maternité	Exonération maternité du 1er jour du 6e mois de grossesse jusqu'au 12e jour après la date réelle de l'accouchement couvre l'ensemble des soins relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.	10	5
	Assurance maternité : 100% pour toutes prestations en nature (examens obligatoires et complémentaires, glycémie, amniocentèse, trisomie, rééducation...)	30	0
Prévention	Néant	10	7
Patient atteint d'une affection « liste » ou « hors liste » ou pathologie	100% limité prévu au protocole (liste, hors liste ou multiples) du XX/XX/XXXX au XX/XX/XXXX	10 ou 13	4
Patient titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente AT > 66,66%	100% sauf médicament à 35% du XX/XX/XXXX au XX/XX/XXXX	10 ou 13	5
Patient titulaire d'une pension d'invalidité et bénéficiant d'une exonération au titre d'une affection liste ou hors liste ou pathologie	Maladie du protocole (voir liste ou hors liste ou multiples) 100% du XX/XX/XXXX au XX/XX/XXXX	10 ou 13	<b>4 si rapport avec affection</b>
	Maladie du protocole (voir liste ou hors liste ou multiples) 100% du XX/XX/XXXX au XX/XX/XXXX	10 ou 13	<b>5 pas en rapport avec l'affection</b>
Patient titulaire d'une pension militaire et victime d'attentats (art 115), détenu	100% pour toutes prestations en nature du XX/XX/XXXX au XX/XX/XXXX	10 ou 13	5
Soins particuliers exonérés (sterilité) Exemple : suivi post-ALD	Néant	10 ou 13	3
Soins exonérés en codage CCAM par la nature de l'acte ou par le dépassement de seuil	Néant	10 ou 13	C

# FICHE EXPLICATIVE: LES NIR FICTIFS



## Qu'est ce qu'un NIR fictif? pour quel usage?

Les NIR fictifs doivent être utilisés uniquement dans les situations indiquées ci-dessous pour les centres de santé.

Les NIR fictifs sont visibles dans les décomptes. Attention le nom et prénom ainsi que l'adresse ne doit pas apparaître sur la facture

NIR	Nom Prénom	Description	Codes actes
1 55 55 55 xxx 020 xx	Nom : Monsieur ALD Prénom: Mineur Anonyme	VIH - Hépatite C : secret requis par le patient mineur ou ayant-droit majeur quant au traitement. (Ce NIR doit être associés à une ALD LIS)	
2 55 55 55 xxx 020 xx	Nom : Madame ALD Prénom: Mineur Anonyme	VIH - Hépatite C : secret requis par le patient mineur ou ayant-droit majeur quant au traitement. (Ce NIR doit être associés à une ALD LIS)	
2 55 55 55 xxx 030 xx	Nom : Mademoiselle IVG Prénom : Anonyme mineure	IVG secret pour bénéficiaire mineure NIR pour toutes les mineures demandant le secret	
2 55 55 55 xxx 041 xx	Madame CONTRACEPTION URGENCE	Contraception d'urgence des mineures à titre anonyme et gratuit <b>sans prescription médicale</b> : règlement des remboursements	
2 55 55 55 xxx 042 xx	Madame CONTRACEPTION DES MINEURES	Contraception des mineures et délivrance de contraceptifs aux mineures : Gratuité et secret des actes et consultations en lien	
2 55 55 55 xxx 071 xx	Nom : Madame IVG hors AME Prénom : Anonyme majeur	IVG secret pour bénéficiaire majeur NIR pour toutes les majeures demandant le secret	

# FICHE EXPLICATIVE: LES PRESCRIPTEURS FICTIFS



L'usage d'un prescripteur fictif doit correspondre à une situation d'exception et ne concerne que les CDS délivrant des actes prescrits

**Rappel de quelques règles d'utilisation du numéro de prescripteur fictif.**



L'usage d'un prescripteur fictif doit correspondre à une situation d'exception et ne concerne que les CDS délivrant des actes prescrits



La prescription hospitalière comporte le FINESS géographique de l'établissement; éviter d'utiliser le numéro fictif dans ce cas

Situation	Numéro du prescripteur (XX : correspond au département)
Prescription établie • par un médecin retraité inconnu sur la liste des professionnels de santé • par un médecin du travail • Par un médecin conseil • Par un médecin militaire	XX 1 999 91x
Prescription de médecins salariés de centre de santé (susceptible de prescrire à titre privé) les centres de PMI disposent d'un numéro prescripteur	XX 19 9251 x
Prescription de médecins salariés des Etablissements scolaires et universitaires	Xx 199250 x



### Qu'est-ce qu'un code association ? Comment et quand l'utiliser ?

Lorsque des actes cotés en CCAM sont associés pour **le même patient**, dans **un même temps** par **le même intervenant** et que cette association n'existe pas en CCAM, ces actes doivent être associés entre eux par des codes spécifiques appelés "code association" qui précise les modalités de tarification de chaque acte...

**Règle générale :** L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50 % de sa valeur.

← Rejet sur la  
connaissance  
des droits



Ne pas indiquer de code association pour deux actes seulement, si l'un est

- soit un geste complémentaire
- soit un supplément
- soit un acte d'imagerie

← Rejet sur les  
actes dentaires



Le code association est différente du code activité qui est égal à 1 pour signaler les actes effectués en cabinet de ville pour un seul intervenant.

Le montant des honoraires doit correspondre au code CCAM tarifé selon le code association qui lui a été attribué, il faut positionner chaque honoraire sur chaque ligne :

<b>Code 1</b>	Tarifé à 100 % (acte le plus onéreux)	La facturation de 2 actes sans code association provoque un rejet
<b>Code 2</b>	Tarifé à 50 %	
<b>Code 3</b>	Tarifé à 75 %	
<b>Code 4</b>	Tarifé à 100 % pour certains actes d'imagerie, d'ACP et actes bucco-dentaires	
<b>Code 5</b>	Tarifé à 100 % pour certains actes réalisés à des moments non continues dans la même journée pour des raisons médicales justifiées	

Les actes en YYYY du chapitre 19.1 (forfait et actes transitoires) sont des actes et subissent la règle de l'association de 2 actes

Les autres actes en YYYY **sont des suppléments** et aucuns code association ne doit être indiqué.

### Qu'est-ce qu'un code modificateur ?

- Un modificateur est soit une lettre soit un chiffre associé à un code acte CCAM pour identifier un critère particulier de réalisation de cet acte ou pour revaloriser cet acte.
  - Un code acte accepte certains modificateurs ou aucun modificateur : cette information se trouve en regard de chaque acte de la CCAM. L'application d'un modificateur vmajore le tarif de l'acte soit par un forfait rajouté à la valeur de l'acte, soit par un pourcentage à appliquer sur la valeur de l'acte.
- 4 modificateurs au plus peuvent être facturés.
  - Le modificateur M (remplace la majoration K14) s'applique pour un acte effectué au cabinet du généraliste ou du pédiatre pour certains actes nécessitant un champ opératoire... Les modificateurs U,P,S et F ne s'appliquent qu'une fois quel que soit le nombre d'actes réalisés.

**U**  
↑

Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes, la nuit entre 20 h et 8 h.

A l'exclusion de :

- acte réalisé par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes ;
- acte réalisé par les pédiatres, par les médecins généralistes ou par les sages-femmes ;
- acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les médecins des autres spécialités, de 00h à 08h.

Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes entre 20 h et minuit.

**P**  
↑

Acte réalisé en urgence par les médecins généralistes ou les sages-femmes de 20 h à 0 h.

Acte réalisé en urgence par les pédiatres.

**S**  
↑

Acte réalisé en urgence par les médecins généralistes ou les sages-femmes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les médecins des autres spécialités, la nuit de 0h à 8h.

Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes et les pédiatres entre 0 heures et 8 h.  
Inclut : acte réalisé en urgence par les ORL, stomatologues et ophtalmologues

**F**  
↑

Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié.

A l'exclusion de : acte réalisé par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes.

Acte réalisé en urgence par les pédiatres, les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes un dimanche ou un jour férié.  
Inclut : acte réalisé en urgence par les ORL, stomatologues et ophtalmologues

# FICHE EXPLICATIVE: LE PARCOURS DE SOINS



Le **parcours de soins coordonnés** est un dispositif consistant à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Le dispositif du parcours de soins coordonnés incite les patients à consulter leur médecin traitant au préalable avant de prendre visite avec un médecin spécialiste. Le respect du parcours de soins conditionne la prise en charge des dépenses de santé et permet à l'assuré et au médecin de profiter du meilleur taux de remboursement par l'Assurance Maladie.

Situation	Facturer sur une FSE	Facturer sur une FSP	Commentaires
Est le médecin traitant	Utiliser le code MTT ou T ou aucun code	Aucune case	Identification sous le numéro FINESS du centre de santé. Code à utiliser tant que le médecin traitant n'est pas enregistré.
Deviens le médecin traitant lors de la consultation en cours	Utiliser le code « MTN » ou « N » nouveau médecin traitant déclaré	Cocher la case « si vous êtes le nouveau médecin traitant »	
N'est pas le médecin traitant mais c'est une URGENCE	Utiliser code « MTU » ou « U » soins en urgence avec médecin déclaré	Cocher case « URGENCE »	Utiliser ce code : • si vous êtes médecin de garde, • la nuit de 20h à 8h, le dimanche et jours fériés
N'est pas le médecin traitant mais c'est son remplaçant ou il exerce dans le même cabinet	Aucun code	Aucune case	
Le médecin traitant du patient est absent	Utiliser code « MTR » ou « R » - « Médecin traitant remplacé avec médecin traitant déclaré » ou « Médecin traitant de substitution »	Cocher case « Médecin traitant remplacé »	Sauf si le médecin traitant est salarié du centre de santé (pas d'indicateur de parcours de soins).
N'est pas le médecin traitant et le patient est hors de sa résidence habituelle	Utiliser code « MTH » ou « H » - « Hors résidence habituelle »	Cocher case « Hors résidence habituelle »	
N'est pas le médecin traitant mais spécialité avec accès direct	Utiliser code « MTD » ou « D » - « Actes en accès direct spécifique avec MT déclaré »	Cocher case « Accès direct spécifique »	Voir ci-dessous
N'est pas le médecin traitant mais le patient est orienté par son MT	Utiliser code « MTO » ou « O » - « Patient orienté »	Indiquer le nom et prénom du Médecin traitant dans la zone « si le patient est orienté par le médecin traitant... »	
N'est pas le Médecin traitant et n'est pas dans les situations ci-dessous N'a pas déclaré de médecin traitant.	Utiliser code « HCS » ou « S » - « Hors coordination des soins sans médecin traitant déclaré »	Cocher case « Accès hors coordination »	Hors parcours de soins : le remboursement est minoré. Pour tout acte d'une valeur inférieure ou égale à 25 €, le montant remboursé est minoré de 40 % de la valeur de l'acte : soit un remboursement à 10 €. Pour tout acte supérieur à 25€, le montant remboursé est minoré de 10€



Seul le FINESS géographique doit être utilisé pour la facturation



Rejet concernant les majorations parcours de soins





Lorsque que le patient n'a pas déclaré de médecin traitant, ou s'il consulte un autre médecin que son médecin traitant sans être orienté par celui-ci, il n'est pas possible pour les médecins correspondant, y compris généraliste, de bénéficier de majorations dites de "coordinations".

Cependant, certains actes ou soins ne s'intègrent pas au dispositif du parcours de soins coordonnés, la facturation n'est pas minorée

## UTILISATION DU CODE « MTD » OU « D » - « ACTES EN ACCÈS DIRECT SPÉCIFIQUE AVEC MT DÉCLARÉ »

Spécialités qui rentrent dans l'exception au **parcours de soins coordonnés** :

- Ophtalmologues : prescription et renouvellement de verres correcteurs ou de lentilles de contacts, actes de dépistage et suivi du glaucome
- Gynécologues : examens cliniques **gynécologiques** réguliers, actes de dépistage, **suivi de grossesse (échographies, etc.)**
- **Psychiatres et neuropsychiatres** pour les patients âgés de 16 ans
- Stomatologues, médecins spécialiste chirurgie orale, chirurgie maxillo-faciale : pour les actes bucco-dentaires (soins de prévention bucco-dentaire, soins conservateurs, soins chirurgicaux, soins de prothèses dentaires, traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale)

## LES SOINS SUIVANTS PEUVENT ÊTRE EFFECTUÉS DANS LE CADRE DE L'EXCEPTION AU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS :

- Protocole de soins établi pour une **affection longue durée** (ALD)
- Suivi d'un médecin spécialiste dans le cadre d'une **maladie chronique**
- Consultation de contrôle
- Séquence de soins en concertation avec le **médecin traitant**
- Consultations de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies

# FICHE EXPLICATIVE:

## LA PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE CHEZ L'ENFANT



Prévention bucco-dentaire pour les enfants, adolescents et jeunes adultes		
<b>Bénéficiaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aux enfants, adolescents et jeunes âgés de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans</li> <li>• Ayant droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.</li> </ul>	<p>L'examen de prévention sans avance de frais est à réaliser dans les 6 mois qui suivent la date d'anniversaire du bénéficiaire.</p> <p>Présentation au praticien de l'imprimé de prise en charge, pré-identifié à son nom</p>
<b>Contenu de l'examen de prévention</b>	<p>L'examen comprend obligatoirement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (consommation de sodas, grignotage, tabac, autres addictions...)</li> <li>• Un examen bucco-dentaire (dents et parodontie afin de détecter une éventuelle gingivite) ;</li> <li>• Des conseils d'éducation à l'hygiène dentaire : brossage (méthode et fréquence) et recommandations en matière d'hygiène alimentaire en raison des spécificités liées à l'âge.</li> </ul> <p>L'examen est complété, si nécessaire, par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des radiographies intrabuccales ;</li> <li>• l'établissement d'un programme de soins.</li> </ul>	<p><b>Ne pas facturer une consultation et un examen de prévention au cours de la même séance</b></p> <p>Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM), celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention.</p> <p>Dans cette situation, réalisez deux factures distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une facture pour l'examen bucco-dentaire</li> <li>- une facture pour le soin consécutif</li> </ul>
<b>Soins consécutifs</b>	<p>Les actes autorisés correspondent à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques,</p>	<p>Les soins de suite autorisés ne comprennent pas les <b>traitements orthodontiques et prothétiques</b></p>
<b>Tarifs d'honoraires du dispositif de prévention</b>	<p>L'examen et les radiographies qui y sont associées le <b>cas échéant sont facturés à tarifs opposables et en dispense d'avance de frais.</b></p>	<p>Les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BDC = Examen bucco-dentaire seul = 30€</li> <li>- BR2 = Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros</li> <li>- BR4 = Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros</li> <li>- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 54 euros</li> </ul> <p>La taux de remboursement est de 100% et se facture avec le code exonération 7</p>
<b>Modalités pratiques</b>	<p>Les soins de prévention bucco-dentaire peuvent être réalisés en accès spécifique. Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant ou l'adolescent consulte le chirurgien-dentiste ou le médecin salarié du centre de santé de son choix</p>	<p>Un mois avant la date anniversaire, l'assuré ou l'ayant droit reçoit un courrier d'invitation avec un imprimé unique de prise en charge pré-identifié</p> <p>Après la réalisation de cet examen, COMPLETER la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'ADRESSER à la caisse d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé.</p> <p>La partie inférieure "renseignements médicaux" est à conserver par le centre de santé dans le dossier du patient.</p> <p>Attention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lorsque l'enfant est sur les deux cartes vitale des parents, le CDS doit vérifier sur quel dossier est inscrit l'examen bucco-dentaire (EBD)</li> <li>• le programme de soins (les soins consécutifs) doit débuter dans les 4 mois suivants l'examen bucco-dentaire</li> <li>• doit s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins</li> </ul>
<p><b>La liste des soins consécutifs à la prise en charge au titre du dispositif d'examen bucco-dentaires des enfants, adolescents et jeunes adultes est disponible en annexe 23 de l'accord</b></p>		



Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes		
<b>Bénéficiaires</b>	Aux femmes enceintes à partir du 4ème mois de grossesse, ayants droit ou assurées sociales, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie et maternité. Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé participent à cette action de prévention.	Les femmes enceintes bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100% avec dispense d'avance de frais, à compter du 4ème mois de grossesse, jusqu'à 12 jours après l'accouchement.
<b>Contenu de l'examen de prévention</b>	L'examen comprend obligatoirement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (consommation de sodas, grignotage, tabac, autres addictions...);</li> <li>• Un examen bucco-dentaire (dents et parodonte afin de détecter une éventuelle gingivite);</li> <li>• Des conseils d'éducation à l'hygiène dentaire : brossage (méthode et fréquence) et recommandations en matière d'hygiène alimentaire en raison des spécificités liées à l'âge.</li> </ul> L'examen est complété, si nécessaire, par : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des radiographies intrabuccales;</li> <li>• l'établissement d'un programme de soins</li> </ul>	Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM), celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention.  Dans cette situation, réalisez deux factures distinctes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- une facture pour l'examen bucco-dentaire</li> <li>- une facture pour le soin consécutif</li> </ul>
<b>Soins consécutifs</b>	<b>Les soins de suite sont-ils inclus dans le dispositif ?</b>	
<b>Tarifs d'honoraires du dispositif de prévention</b>	L'examen et les radiographies qui y sont associées le <b>cas échéant sont facturés à tarifs opposables et en dispense d'avance de frais.</b>	Les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés <ul style="list-style-type: none"> <li>- BDC = Examen bucco-dentaire seul = 30€</li> <li>- BR2 = Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros</li> <li>- BR4 = Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros</li> <li>- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 54 euros</li> </ul> <i>L'examen bucco-dentaire "femmes enceintes" (EBD FE) ne peut être réalisé qu'à partir du premier jour du 4ème mois de grossesse. S'il est réalisé entre le 4ème et le 6ème mois de grossesse, il est pris en charge à 100% au titre de la prévention (code exonération 7). Réalisé au-delà du 6ème mois, il sera pris en charge à 100% au titre de la maternité</i>
<b>Modalités pratiques</b>	Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte doit consulter le chirurgien-dentiste ou le médecin salarié d'un centre de santé de son choix, à compter de son 4ème mois de grossesse et ce, jusqu'à 12 jours après l'accouchement.  Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.	A compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention  La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le praticien complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le centre de santé dans le dossier de la patiente. ».

← Rejet 600 069 :  
« RUBRIQUE  
PREVENTION  
ABSENTE »



# FICHE EXPLICATIVE:

## CODIFICATION N° FINESS, N°AM, N°RPPS



N° RPPS : répertoire Partagé des Professionnels de santé	N° ADELI : Automatisation des Listes	N° AM : Assurance Maladie	N°FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Identifiant national, distribué lors de l'inscription à l'ordre, unique et attribué à vie	Identifiant national, distribué lors de l'enregistrement en ARS. Dépend du département et de la profession	Identifiant de l'activité libérale distribué lors de l'enregistrement auprès de l'Assurance Maladie, permettant d'engendrer une facturation il conditionne la prise en charge par l'AM	Identifiant de l'établissement de soins lors de l'enregistrement auprès de l'assurance maladie permettant d'engendrer une facturation
Population concernée : professions intégrées au RPPS (médecin, pharmaciens, chirurgien-dentiste, sage-femme, MK...)	Population concernée : PS non encore intégrées au RPPS. C'est donc l'ancêtre du RPPS	PS en activité libérale Il a autant de N° AM que d'activités libérales Pas de service de publication, Présent obligatoirement sur les ordonnances	Le FINESS Juridique correspond à l'entité juridique du Centre de santé. Ce centre de santé peut avoir un ou plusieurs établissements. Le FINESS géographique est lié à chacun de ces établissements qui dépendent de l'entité juridique <b>La facturation est réalisée avec le FINESS géographique</b>
Format : 11 caractères numériques non significatifs (le dernier est une clé de Luhn) Ex : 100066854	Format : 9 caractères numériques, les deux premiers chiffres désignent le département, les deux suivants la profession, le dernier est la clé de Luhn	Le n° AM est l'équivalent du N°FINESS pour un établissement de soins Format : 9 caractères numériques, les deux premiers chiffres désignent le département, les deux suivants la profession, le dernier est la clé de Luhn On attribue un numéro AM ou FINESS à un médecin (141.....), un chirurgien-dentiste (144.....), une sagefemme (145.....).	

← Rejet concernant l'identification du prescripteur



La base FINESS est accessible sur internet à l'adresse suivante : <http://finess.sante.gouv.fr>

Il est possible de se créer une liste de prescripteurs réguliers.

Actuellement seul le numéro AM et FINESS permettent de facturer.



Pour être éligible au paiement par la caisse une facture doit comporter les éléments suivants :

## 1. LA PRESCRIPTION MÉDICALE :

- La date de la rédaction de la prescription
- Le Nom et la qualification du médecin prescripteur et sa signature
- L'identifiant personnel du prescripteur (**n° RPPS transmis par le Conseil de l'ordre**) avec code-barres
- **Le numéro FINESS géographique de l'établissement ( + raison sociale et adresse)**
- Le nom et prénom du bénéficiaire des actes et/ou de prestations
- Le descriptif des actes et/ou des prestations à effectuer
- Et éventuellement selon la spécialité (orthodontie ou actes paramédicaux en série)
  - la durée du traitement
  - le renouvellement
  - d'éventuelles mentions comme NR ou « non substituable »
  - la signature du prescripteur (pour les paramédicaux)

## 2. LE NIR DU PATIENT



En télétransmission, le NIR est obligatoire : seul ce dernier **est véhiculé**



**PARTIE C**  
LES PRINCIPAUX REJETS  
DÉFINITION / EXPLICATION / SOLUTION

# LES PRINCIPAUX REJETS

## DÉFINITION / EXPLICATION / SOLUTION



	N° rejet / Libellé du rejet	Raison / Explications du rejet	Solution pour traiter le rejet	Préconisations pour éviter le rejet
Connaissance des droits du patient	0250050 ASSURE ABSENT DE LA BDO	L'assuré est absent du référentiel Assurance Maladie	Vérifier les droits et la caisse d'affiliation du patient Mettre à jour le fichier du patient Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	Facturer en Sésam Vitale sécurisé Ne pas forcer les données S'assurer que la Carte vitale est à jour Utilisation ADRI Connaissance de la situation médico-administrative du patient
	0250053 NON UTILISATION DERNIER MATRICULE	Le PS n'a pas utilisé le dernier matricule connu dans référentiel Assurance Maladie lorsqu'il existe un nouveau matricule avec une date d'effet ; Le fichier patient du CDS n'est pas à jour La CV n'est pas à jour.	Dans 90% la facture est recyclée : • si la caisse recycle et refacture : vérifier sur AMELIPRO • si non refacturer avec le dernier matricule et mettre à jour le fichier patient	Facturer en Sésam Vitale sécurisé Ne pas forcer les données S'assurer que la Carte vitale est à jour Utilisation ADRI Mettre à jour le fichier patient en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets Inviter l'assuré à contacter sa caisse pour vérifier la carte vitale
	0270051 BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO	La date de naissance du bénéficiaire des soins dans la facture n'est pas rattachée au matricule indiqué	Si la facture n'est pas recyclée par la Caisse : • vérifier les droits et la caisse d'affiliation du patient • mettre à jour le fichier patient • retransmettre la facture	Facturer en Sésam Vitale sécurisé Ne pas forcer les données S'assurer que la Carte vitale est à jour Utilisation ADRI Mettre à jour le fichier patient en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets
	0450054 ETM NON TROUVEE EN BDO	L'exonération du ticket modérateur indiqué dans la facture est absente du référentiel Assurance Maladie	Si la facture n'est pas recyclée par la Caisse • Vérifier les droits du patient, ainsi que les exonérations si la personne en bénéficie. • Si la personne ne bénéficie pas d'exonération : refacturer avec une part complémentaire (soit mutuelle, soit patient) • La personne bénéficie d'une exonération : vérifier l'exonération facturée afin de pouvoir corriger cette dernière lors de la refacturation	Facturer en Sésam Vitale sécurisé Ne pas forcer les données S'assurer que la Carte vitale est à jour Utilisation ADRI Mettre à jour le fichier patient en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets
	0450056 ETM CONNUE BDO NON TRANSMISE	Aucune exonération n'a été transmise alors que le bénéficiaire des soins dispose d'une exonération au titre de la maternité ou d'un régime exonérant (ex : invalidité)	• Vérifier les droits du patients et relever les exonérations dont le patient dispose et qui n'ont pas été transmises lors de la facturation. • Refacturer en y inscrivant l'exonération dont le patient bénéficie	Se référer au tableau des exonérations du guide ( <a href="#">lien</a> )

# LES PRINCIPAUX REJETS

## DÉFINITION / EXPLICATION / SOLUTION



	N° rejet / Libellé du rejet	Raison / Explications du rejet	Solution pour traiter le rejet	Préconisations pour éviter le rejet
Connaissance des droits du patient	0450072 DIVERGENCE VITALE/EXO BDO ABSENTE	L'exonération du ticket modérateur indiquée dans la facture est absente du référentiel assurance maladie	Si la facture n'est pas recyclée par la Caisse : Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	Facturer en Sésam Vitale sécurisé Ne pas forcer les données S'assurer que la Carte vitale est à jour Utilisation ADRI Mettre à jour le fichier patient en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets Se référer au tableau des exonérations du guide ( <a href="#">lien</a> )
	0450082 ETM MAT EN BDO MAIS NON TRANSMISE	L'exonération maternité connue au référentiel Assurance Maladie n'a pas été transmise	Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	Facturer en Sésam Vitale sécurisé Ne pas forcer les données S'assurer que la Carte vitale est à jour Utilisation ADRI Mettre à jour le fichier patient en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets Se référer au tableau des exonérations du guide ( <a href="#">lien</a> )
	0540079 ABSENCE CONTRAT 8X ET FORFAIT CMU	Les forfaits CMU ne peuvent être facturés que pour les bénéficiaires de la CMU	Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	Facturer en Sésam Vitale sécurisé Ne pas forcer les données S'assurer que la Carte vitale est à jour Utilisation ADRI Mettre à jour le fichier patient en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets
	0700060 ECART TAUX DEMANDE / TAUX CALCULE	Le taux de prise en charge indiqué dans la facture n'est pas conforme à la situation du bénéficiaire des soins (AME, Maternité, Invalide...)	Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	Facturer en Sésam Vitale sécurisé Ne pas forcer les données S'assurer que la Carte vitale est à jour Utilisation ADRI Mettre à jour le fichier patient en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets Se référer au tableau des exonérations du guide ( <a href="#">lien</a> ) et la fiche Tiers Payant ( <a href="#">lien</a> )

# LES PRINCIPAUX REJETS

## DÉFINITION / EXPLICATION / SOLUTION



	N° rejet / Libellé du rejet	Raison / Explications du rejet	Solution pour traiter le rejet	Préconisations pour éviter le rejet
Connaissance des codes associations et base de remboursement	2600650 ABSENCE ASSOCIATION NON PREVUE	Il n'est pas possible de facturer sans indiquer le code "Association non prévue" pour deux Actes CCAM non associables  Il s'agit de plusieurs actes facturés le même jour pour le même patient par le même praticien	Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas forcer</li> <li>• Pour chacun des actes CCAM non associables, indiquer le code « association non prévue » = 1, 2, 3, 4 ou 5</li> </ul> S'assurer de la prise en compte de la dernière version de la base CCAM. Se référer à la fiche « gestion des codes association et des codes modificateurs du guide ( <a href="#">lien</a> )
	2600649 CODE ASSOC TRANSMIS DIFFERENTS	La base de remboursement transmise dans la facture est supérieure à celle calculée par le système de tarification." Ex : Factures contenant des actes CCAM avec un code «association non prévue » renseigné à 2 et pour lesquels la base de remboursement ne fait pas l'objet d'un abattement de 50% ou dont le prix unitaire est incorrect, pouvant correspondre au prix unitaire applicable pour une autre spécialité d'exécutant	Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que le code "association non prévue" est correct</li> </ul> Se référer à la fiche « gestion des codes association et des codes modificateurs du guide ( <a href="#">lien</a> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas forcer</li> </ul> S'assurer de la prise en compte de la dernière version de la base CCAM. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier que le PU correspond bien à l'acte CCAM pour la bonne spécialité d'exécutant</li> </ul>
Identification du prescripteur	2600880 BASE DE REMBOURSEMENT ERRONEE	Facture transmise avec un numéro d'établissement prescripteur inconnu il peut s'agir d'une erreur de saisie, d'un numéro fictif, d'un autre numéro de prescripteur (PS) ou d'un autre numéro FINESS	Vérifier la prescription du patient concernant le prescripteur. <ul style="list-style-type: none"> <li>• lorsqu'il s'agit d'un médecin travaillant dans une structure publique, inscrire le N°FINESS de l'établissement.</li> <li>• lorsqu'il s'agit d'un médecin travaillant dans une structure privée ou en libéral, inscrire le N°FINESS (AM ?) du praticien.</li> </ul> * Refacturer en inscrivant le N°FINESS correct	Indiquer le numéro de l'établissement et non le numéro du médecin prescripteur. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se référer au numéro de prescripteur inscrit sur la prescription, bien vérifier la saisie</li> <li>• Se référer au site <a href="http://finess.sante.gouv.fr">finess.sante.gouv.fr</a>.</li> </ul> Lorsque qu'il existe deux n° FINESS, c'est le numéro FINESS géographique qui est utilisé en facturation (et non le N°FINESS Juridique) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre à jour la base des prescripteurs en supprimant le numéro erroné</li> </ul>
	0460051 PRESCRIPT. INCONNU DANS REP. NAT	Facture transmise avec un numéro de prescripteur inconnu	Si la facture n'est pas recyclée par la Caisse,  Vérifier la prescription du patient concernant le prescripteur  Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se référer au numéro de prescripteur inscrit sur la prescription, bien vérifier la saisie</li> <li>• Mettre à jour la base des prescripteurs en supprimant le numéro erroné</li> </ul>

# LES PRINCIPAUX REJETS

## DÉFINITION / EXPLICATION / SOLUTION

	N° rejet / Libellé du rejet	Raison / Explications du rejet	Solution pour traiter le rejet	Préconisations pour éviter le rejet
Codification spécialité	0740050 INCOMP. SPECIALITE EXEC. / BDO	La spécialité de l'établissement exécutant les actes doit être connue dans le référentiel Assurance Maladie	Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de la compatibilité entre l'acte et les spécialités de l'établissement</li> <li>• Vérifier si l'exécutant est salarié (si c'est un médecin libéral la spécialité n'est pas toujours transmise)</li> </ul>
	0540064 INCOMP. NAT. PREST. SPE.EXECUTANT	Les actes facturés doivent être compatibles la spécialité de l'exécutant. Ex : acte de spécialité pour un généraliste Ex : Acte CCAM avec un exécutant auxiliaire médical ou MCG avec un exécutant d'une spécialité autre que généraliste	Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas forcer</li> <li>• S'assurer des actes autorisés pour le PS</li> </ul>
Elaboration de la facture	0470004 DATE PRESC. > DATE DES SOINS	La date de prescription doit être antérieure ou égale à la date des soins La date des soins est avant la date de prescription Il peut s'agir d'une erreur de frappe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier la date de l'ordonnance ainsi que la période pour laquelle elle a été faite.</li> <li>• Vérifier la date inscrite sur la facturation.</li> <li>• Refacturer en corrigeant l'erreur faite</li> </ul>	<p>Relire la facture Reporter la date inscrite sur la prescription Ne pas forcer</p>
Majorations parcours de soins	0540202 MAJORATION NON JUSTIFIEE	Facture contenant des majorations (MCG, MCS, MCC...) facturées hors parcours de soins alors que ce n'est pas autorisé.	Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier que la majoration facturée est autorisée</li> <li>Se référer à la fiche « parcours de soins » (<a href="#">lien</a>)</li> <li>• Ne pas forcer</li> </ul>

# LES PRINCIPAUX REJETS

## DÉFINITION / EXPLICATION / SOLUTION



	N° rejet / Libellé du rejet	Raison / Explications du rejet	Solution pour traiter le rejet	Préconisations pour éviter le rejet
Prévention	0600069 RUBRIQUE PREVENTION ABSENTE	Aucune maternité n'est déclarée dans le référentiel Assurance Maladie pour le bénéficiaire à la date des soins. les actes sont réalisés soit : • en nature d'assurance « prévention » • en nature d'assurance « maladie » avec une exonération « prévention » ou sans exonération	Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	S'assurer que la patiente est en maternité Facturer en nature d'assurance « maternité » Se référer à la fiche prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes du guide ( <a href="#">lien</a> )
Actes dentaires	0450-097 SOINS SUITE SANS DATE EXAM VALIDE	Actes réalisés avec une exonération « prévention » alors qu'il n'existe pas de rubrique prévention bucco-dentaire dans le référentiel Assurance Maladie pour le bénéficiaire.	Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facturer les soins de suite sous le matricule utilisé pour la prise en charge et la facturation du bilan bucco-dentaire</li> <li>• ne pas facturer le bilan bucco-dentaire et les soins de suite dans la même facture même si les actes ont été effectués à des dates différentes.</li> <li>• s'assurer que les soins de suite ont été effectués dans le délai autorisé</li> <li>• S'assurer que le patient n'est pas exclus du dispositif de prévention bucco-dentaire (conditions d'âge, bénéficiaires de l'AME...)</li> </ul> Se référer à la fiche prévention bucco-dentaire à destination des enfants ( <a href="#">lien</a> )
	2600700 ABSENCE NUMERO DE DENT	Lorsque la base CCAM oblige la présence de localisations dentaires, l'acte CCAM transmis doit comporter au moins une localisation dentaire	Retransmettre la facture en indiquant les numéros de dent.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• renseigner impérativement les numéros de dents lorsque le logiciel de facturation l'exige</li> <li>• ne pas forcer ou ignorer</li> </ul>
	2600710 INCOMP NUMERO DE DENT/CODE ACTE	Factures présentant des actes CCAM auxquels avec des numéros de dent incompatibles.	Retransmettre la facture en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets	Vérifier la compatibilité entre les numéros de dents et l'acte CCAM

# LES PRINCIPAUX REJETS

## DÉFINITION / EXPLICATION / SOLUTION



	N° rejet / Libellé du rejet	Raison / Explications du rejet	Solution pour traiter le rejet	Préconisations pour éviter le rejet
Actes dentaires	2900230 MULTIPLES FACTURES DENTISTES A	Il s'agit d'un doublon de facture Concerne le même acte effectué le même jour par un même PS pour un même patient	Suivre les informations communiquées dans la notification de rejet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procéder aux vérifications d'usage (dates, actes) avant de clôturer la facturation pour éviter une double facturation</li> <li>• En cas d'erreur de facturation constatée, procéder à l'annulation de la facture initiale avant refacturation.</li> <li>• Si la double facturation est constatée après la télétransmission, contacter au plus tôt la Caisse pour invalider une facture</li> </ul>
	180051 FACT. DEJA EN TRAITEMENT IRIS	La facture (même PS même numéro de demande de remboursement) est déjà en cours de traitement	Suivre les informations communiquées dans la notification de rejet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'il s'agit d'un complément de facturation, il est nécessaire de retransmettre la facture sous un nouveau numéro.</li> <li>• S'il s'agit d'une réclamation ou d'une demande de régularisation, celle-ci doit être adressée à la Caisse gestionnaire accompagnée d'une facture rectificative.</li> <li>• Avant de renvoyer des lots de factures, s'assurer auprès de la caisse que ces lots n'ont pas déjà été payés.</li> </ul>
	2900005 FACTURE DEJA PAYEE	La facture identifiée sous le même numéro a déjà été payée	Suivre la procédure interne au CDS	



**PARTIE D**  
LES CONTACTS  
À CONNAÎTRE



→ Pour toute question relative à amelipro ou aux téléservices intégrés, contacter la plateforme téléphonique des professionnels de santé

→ Par téléphone : 0811 709 710 (service 0,06€/min + prix appel)

**Pour toutes vos questions relatives à la facturation en tiers-payant, le Centre de Services Inter-régimes (CESI) est votre interlocuteur privilégié, quelle que soient le régime d'affiliation de votre patient et sa caisse de rattachement.**

- **par mail** : [centresdesante@cesi.ameli.fr](mailto:centresdesante@cesi.ameli.fr)
- **par téléphone** : 09 72 72 72 60 (service gratuit + prix appel) de 8h à 17h le lundi, le mardi et le vendredi et de 8h à 17h30 le mercredi et le jeudi
- **par amelipro** au travers d'un formulaire dédié après identification
- **par tchat** depuis amelipro après identification

→ Le conseiller informatique service (CIS) de votre caisse d'Assurance Maladie est également à votre disposition, le cas échéant, si vous rencontrez des difficultés de facturation ou de télétransmission.

### JE VEUX FAIRE UNE RÉCLAMATION: COMMENT FAIRE ?

Les réclamations portant sur la facturation en Tiers Payant sont à adresser au CESI

→ Adresser la réclamation à l'adresse suivante [centresdesante@cesi.ameli.fr](mailto:centresdesante@cesi.ameli.fr) en indiquant les éléments suivants :

- Identification de la structure : numéro FINESS de l'établissement
- 5 derniers chiffres du compte bancaire du centre de santé (sans la clé)
- Identification de l'assuré : NIR ; Nom et Prénom
- Identification du bénéficiaire des soins ; Nom et Prénom, date de naissance
- Nature des soins : date des soins, date de la prescription, identification du prescripteur
- Mode de transmission :
  - FSE Sesam-Vitale : N°Lot et N°FSE
  - B2 hors Sesam Vitale ; FSE dégradée : N°Lot et N°Facture
- Hors télétransmission Feuille de soins papier : date d'envoi



**PARTIE E**  
ALLER PLUS LOIN DANS  
LA DOCUMENTATION

## La liste des actes et prestations (LAP) définie par l'article L.162-1-7 du Code de la Sécurité sociale est composée de trois nomenclatures

	La classification commune des actes médicaux (CCAM)	La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)	La nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ?
Ca concerne quoi ?	<p>la CCAM complète la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels).</p> <p>Cette liste codifie tous les gestes médicaux et paramédicaux et permet de fixer leur facturation. Le code est formé par 4 lettres et trois chiffres. La première lettre désigne la zone du corps, la deuxième renvoie à l'organe ou à la fonction, la troisième désigne l'acte en tant que tel et la quatrième désigne la technique mise en œuvre. Les chiffres permettent de différencier les actes possédant quatre mêmes lettres.</p>	<p>Il s'agit du système de cotation d'actes médicaux et paramédicaux du secteur libéral, permettant notamment de tarifier son activité au patient et aux caisses d'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC).</p> <p>Remplacée dans une très large mesure par la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes techniques médicaux, elle est encore majoritairement utilisée par les auxiliaires médicaux. Chaque acte est caractérisé par un libellé, une lettre-clé et un coefficient.</p> <p>La facturation est faite sur la feuille de soins papier ou numérique.</p>	
Lien	Sur Ameli.fr ( <a href="#">lien</a> )	Sur Ameli.fr ( <a href="#">lien</a> )	Sur Ameli.fr ( <a href="#">lien</a> )



## A

**ACS** aide complémentaire santé  
**ADRI** acquisition des droits intégrée  
**ALD** affection de longue durée  
**AM** assurance maladie  
**AMC** assurance maladie complémentaire  
**AME** aide médicale état  
**AMO** assurance maladie obligatoire  
**ARS** agence régionale de santé  
**AT** accident du travail  
**AAT** avis d'arrêt de travail

## B

**B2** Feuille de soins électronique (hors Sesam Vitale) envoyée par le GCM à un organisme RO (sécurité sociale) et ou RC (mutuelle, assurance, institution de prévoyance) dans le cadre d'un échange direct  
**BDO** base de données (référentiel assurance maladie)

## C

**CCAM** classification commune des actes  
**CDE** Carte de directeur d'établissement  
**CDR** consultation des droits  
**CDS** centre de santé  
**CESI** centre de service inter-régimes  
**CMU** couverture maladie universelle  
**CMU C** couverture maladie universelle complémentaire  
**CNAM(TS)** caisse nationale assurance maladie  
**CPAM** caisse primaire assurance maladie  
**CPE** Carte de personnel d'établissement  
**CPS** Carte de professionnel de santé  
**CV** carte vitale

## D

**DRE** Demande de remboursement électronique (dans Sesam Vitale) envoyée par le GCM à un organisme RC (mutuelle, assurance, institution de prévoyance)

## E

**EBD** examen bucco dentaire  
**ECG** électro cardigramme  
**ETM** exonération du ticket modérateur  
**EXO** exonération

## F

**FINESS** fichier national des établissements sanitaires et sociaux

**FNS** fond national de solidarité

**FSE** Feuille de soins électronique (dans Sesam Vitale) envoyée par le GCM à un organisme RO (sécurité sociale)

**FSE sécurisée** Feuille de soins électronique sécurisée par une carte CPS et par une carte Vitale (directement ou en passant par une FSE désynchronisée)

**FSE désynchronisée** Feuille de soins électronique provisoire créée dans un premier temps par une carte CPE et par une carte Vitale et qui doit être synchronisée, dans un second temps, par une carte CPS d'un quelconque praticien du centre, pour devenir sécurisée

**FSI** fond spécial d'invalidité (ex FNS)

**FSP** feuille de soins papier

**FSU ou FSV** fond de solidarité vieillesse

## I

**IST** infection sexuelle transmissible

**IVG** interruption volontaire de grossesse

## J

**JO** journal officiel

## L

**LAD** lecture optique des documents

**LIS** affection longue durée sur Liste

## M

**MAT** maternité

**MCC** majoration de coordination pour les cardiologues

**MCG** majoration de coordination généraliste

**MCS** majoration de coordination spécialiste

**MEP** majoration enfants pédiatre 0-6 ans

**MMG** majoration médecin généraliste

**MPC** majoration de pratique clinique

**MT** médecin traitant

**MTD** accès direct spécifique avec médecin traitant déclaré

**MTH** hors résidence habituelle avec médecin traitant déclaré

**MTN** nouveau médecin traitant déclaré

**MTO** patient orienté par son médecin traitant

**MTR** médecin traitant remplacé avec médecin traitant déclaré

**MTU** soins en urgences avec médecin traitant déclaré

## N

**NABM** nomenclature des actes de biologie médicale

**NDRL**

**NGAP** nomenclature générale des actes professionnels

**NIR**

**NOEMIE** Retour électronique des règlements et rejets depuis les organismes RO ou RC vers le GCM (en retour de FSE, DRE ou B2)

## O

**OC** organisme complémentaire

**OCT** organisme concentrateur technique ( pour les pharmacies surtout)

**OPTAM**

## P

**PJ** pièce justificative

**PS** professionnel de santé

## R

**RC** régime complémentaire

**RO** régime obligatoire

**RPPS** répertoire partagé des professionnels desanté

## S

**Samu** service d'aide médicale urgente

**SCOR** SCannérisation des Ordonnances

**SMG** Soins Médicaux Gratuits

**SV** (logiciel SV) sesam vitale : réseau de communication santé, sécurisé et en étoile, entre les praticiens ou centres de soins d'une part, les organismes RO et RC d'autre part avec une sécurisation apportée par les cartes CPS/ CPE/CDE

## T

**TM** ticket modérateur

**TRSS** tarif de responsabilité sécurité sociale

**TP** tiers payant

**TPI** tiers payant intégral

**TRSS** Tarif de responsabilité Le tarif de responsabilité correspond à la base tarifaire retenue par l'Assurance Maladie pour les différentes prestations de santé. C'est sur ce montant qu'elle calcule son niveau de remboursement. Le tarif de responsabilité est un synonyme de la base de remboursement

## U

**UE** union européenne

**UNCAM** union nationale des caisses d'assurance maladie

## V

**VIH** virus de l'immunodéficience humaine

