

T2A

L'objectif de ce document est de rassembler les réponses à toutes les questions posées par les SSII, les établissements et les caisses d'assurance maladie pour assurer le traitement des **flux T2A-CCAM-LPP** dans de bonnes conditions. A ce propos, toute nouvelle question doit faire l'objet d'une transmission par e-mail à l'adresse suivante : yvon.merliere@cnamts.fr et mod@cpam-toulouse.cnamts.fr

CAS TRAITES	SOLUTION
- Cahier des charges B2 opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Version février 2003 b pour les établissements MCO et HAD - Pour les établissements de dialyse : version avril 2000 ou version février 2003b
- GHS Maternité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le GHS du bébé est cumulable avec le GHS de la mère s'il reste auprès de sa mère pendant tout le séjour 2. Dans le cas où le GHS du bébé est cumulé avec le GHS de sa mère sur la même facture au risque maternité : <ul style="list-style-type: none"> - Tous les GHS de la CMD15 et les 3 GHS de néonate de la CM24 (GHS n°8308, 8310, 8314) sont possibles (ceci implique que ces GHS doivent être compatibles avec les codes assurance AS et MA) - Il n'est pas autorisé de cumuler des suppléments forfaitaires journaliers NNx - Il n'est pas autorisé de cumuler des suppléments forfaitaires journaliers EXH sur le GHS du bébé ; mais c'est possible sur le GHS de la mère. - L'application d'un coefficient réducteur est possible aussi bien sur le GHS de la mère que sur le GHS du bébé. 3. Si le bébé est transféré dans un autre service du même établissement (1 GHS est produit pour le bébé pour l'ensemble du séjour) : <ul style="list-style-type: none"> - Pas de cumul possible avec le GHS de sa mère d'où 2 factures distinctes : une facture pour le GHS de la mère (au risque maternité) et une facture pour le GHS du bébé (au risque maladie) avec les règles de cumul courantes et date de début d'hospitalisation du GHS du bébé = date d'entrée = date de naissance. 4. Si le bébé est transféré définitivement dans un autre établissement : <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'établissement A, on saisit sur la même facture le GHS de la mère et le GHS du bébé (s'il reste auprès de sa mère), (GHS bébé de la CM24 si le transfert immédiat ou de la CMD15 si non transfert immédiat). Si le bébé est transféré au préalable dans l'établissement A (avant le transfert dans l'établissement B) = on facture selon le « droit commun ». - Dans l'établissement B, le GHS du bébé a comme date d'entrée, la date réelle d'hospitalisation et comme date de début d'hospitalisation, la date de naissance. 5. Les suppléments forfaitaires NNx sont facturables en sus de tous les GHS de néonatalogie (CMD15 + CM24) à l'exclusion du GHS n° 5803 au risque maladie sur une facture propre au nouveau-né. 6. A compter du 1^{er} janvier 2005, tout séjour dont la date de sortie est postérieure au 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse est facturé au titre du risque maternité. 7. Tout séjour avec accouchement est facturé au titre du risque maternité quelle que soit la durée d'hospitalisation. 8. Si le bébé est transféré à titre provisoire (- de 48 heures) dans un autre établissement, la facturation obéit aux règles des prestations inter-établissements = seul l'établissement A produit une facture unique pour tout le séjour, son RSS contenant les éléments (diagnostics, actes) recueillis dans l'établissement B.

CAS TRAITES	SOLUTION
- Séances de chimiothérapie	- 1 séance = 1 ligne de GHS chimio (avec quantité = 1 et dates correspondantes) sur la facture - n séances = n lignes de GHS chimio (avec quantité = 1 et dates correspondantes) sur la facture à compter du 1^{er} mars 2005.
- Rejet 1210-060 ; FJ attendu en ambulatoire (date d'entrée = date de sortie). Idem pour FJ attendu pour le GHS bébé.	- Anomalie des traitements de la CNAMTS = Correction livrée le 24-01-05.
- Facturation des forfaits techniques Scan ou IRM (FTN, FTR).	- Obligation de saisir les codes DMT et MT associés sans saisir le n° de GHS. Ces informations sont saisies sur l'enregistrement de type 3 lorsque l'établissement est propriétaire de l'appareil ou sur l'enregistrement de type 4 sinon Le Type 4S est obligatoire, il doit comporter le N° de la structure où a été réalisé le forfait technique.. Cette information doit figurer dans la zone réservée au lieu d'exécution de l'acte.
- Facturation des produits sanguins labiles et des transports de sang.	- Les produits sanguins labiles et les transports de sang sont inclus dans la valeur des GHS et ne peuvent donner lieu à facturation en sus des GHS.
- Facturation des produits sanguins stables.	- Les produits sanguins stables sont des médicaments et à ce titre doivent figurer sur la liste des médicaments facturables en sus des GHS sous la prestation PH1 en type 3.
- Forfaits prélèvements d'organes.	- Les forfaits prélèvements d'organes PO1, PO2 et PO3 figureront au fichier des établissements et seront facturés avec DMT-MT.
- Décès en seuil bas	- Lors du décès d'un patient en seuil bas le coefficient de réduction ne s'applique pas, le forfait du jour de sortie ne doit pas être appliqué, le forfait journalier ne s'applique pas le jour du décès du patient.
- Blocage à 200 lignes de facturation.	- Ceci ne constitue pas un rejet mais un signalement : 588 055 la facture est donc traitée. Une étude est en cours pour modifier le seuil de 200 lignes maximales. -
- Rejet 0450-056 : Cas d'exonération pour un FJ du jour de sortie	- Le code justificatif d'exonération n'est pas obligatoire sur le forfait du jour de sortie. Lorsqu'il est renseigné il doit être le même que celui porté sur le GHS. L'annexe 24 de la B2 sera rectifiée (le cahier d'exemples quant à lui est obsolète).
- Rejet 0540-036 pour un séjour de plus de 30 jours avec EXH ATM + EXH STM.	- Le code exonération doit figurer sur chaque ligne de prestation, c'est-à-dire à zéro pour le GHS et le premier EXH, renseigné à 2 – hospitalisation supérieure à 30 jours – pour le deuxième EXH STM.
- Rejet 0588-069 MTC	- Anomalie dans les tables de la CNAMTS = correction livrée le 24-01-05.
- Rejet 0560 069 absence CCAM	- Anomalie dans les tables de la CNAMTS = correction livrée le 24-01-05.
- Rejet 0665-052 DCS non constant	- L'information DCS dans le fichier des GHS n'est qu'une indication. Cette information est déclarative et de la responsabilité de l'établissement. Toutefois lors d'un séjour en maternité le GHS de la mère et celui du bébé doivent avoir la même valeur de DCS (O).
- Rejet 0540-120	- Rejet sur le forfait journalier en maternité = correction réalisée le 24-01-05 (non signalée lors du précédent envoi)
- Rejet 0540-118	- Date de fin EXH erronée. Règle : La date de fin EXH doit être égale à la date de fin GHS – 1 jour lorsque le code sortie-transfert est égal à S, ou E. - La date de fin EXH doit être égale à la date de fin GHS lorsque le code sortie est égal à T ou P.

CAS TRAITES	SOLUTION
- Rejet 0650-066	- PU forfait du jour de sortie transmis différent de calculé. Anomalie détectée, sans incidence pour démarrage T2A (il n'y aura pas de séjour à cheval sur 2004/2005 lors du démarrage au 01 Mars 2005) sera résolu ultérieurement.
- Rejet 0700-060	<ul style="list-style-type: none"> - Ecart taux demandé/taux calculé. - Le rejet intervient sur des honoraires médicaux associé à un séjour GHS non exonéré. - Le rejet est provoqué par l'absence d'enregistrement de Type 4S avec N° GHS. - Sur le CDC B2 02-2003 le Type 4S est défini « facultatif » mais il est obligatoire en GHS, que le séjour soit non exonéré ou exonéré.
- Rejet 1210-058 - Signalement à compter du 04-02-	- Rejet sur forfait de sortie en maternité. Rejet transformer en signalement à compter du le 04-02-05. Ne pas en tenir compte.
- Dialyse :	<ul style="list-style-type: none"> - Seuls les établissements qui facturent des honoraires doivent engager des tests en flux chiffrés et non chiffrés ; mais dans tous les cas ils peuvent utiliser la version du cahier des charges B2 avril 2000. - Prestation DTP associée à chaque séance de dialyse, sur le support S3404 on aura Dxx, suivi de DTP à même date. - En B2 on aura autant de Type 3 Dxx, suivi d'un Type 3 DTP, suivi d'un autre type 3 pour l'EPO.
- Dialyse : Facturation EPO	<ul style="list-style-type: none"> - Dans l'attente de la publication de leur tarif de responsabilité et de la marge d'intéressement, le remboursement par l'assurance maladie s'effectue sur la base du prix d'achat par l'établissement, sur présentation de la facture et de la prescription médicale. Par ailleurs, le codage des médicaments en UCD n'est pour l'instant pas requis sur le bordereau de facturation. - Utiliser le code prestation PH1. - La prestation PH1 sera indiquée dans la partie médiane du support de facturation S3404. -
- Séjours multiples MCO + Psy. ou MCO + SSR dans le même établissement.	<ul style="list-style-type: none"> - Une seule facture avec 1 ligne GHS et n lignes de facturation correspondants à SSR ou Psy. - Il est toujours possible d'établir deux factures distinctes et d'établir des facturations intermédiaires pour les séjours longs (supérieur à 30 jours) en SSR et psy. Si tel est le cas les honoraires dispensés durant la période facturée doivent donner lieu à facturation.

CAS TRAITES	SOLUTION
- Priorité des codes « fin de séjour »	<p>Il faut faire la différence entre établissement MCO et SSR ou PSY :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le patient est dans un ETS MCO A et est transféré quelque soit l'ETS de transfert, code sortie-transfert =T et N° FINESS de l'établissement dans lequel le patient est transféré. L'ETS de transfert B est un ETS SSR ou PSY, le patient revient dans l'ETS A et sort définitivement, le code sortie-transfert de B = T, le code sortie-transfert de A = S. 2. Le patient est transféré de MCO A/MCO B > à 48 hs, sortie-transfert de A (premier GHS) =T, il sort définitivement de B, code sortie de B=S, ou il revient dans A, code sortie-transfert de B=T et code sortie-transfert de A (deuxième GHS)=R et application du coefficient réducteur. 3. Le patient est transféré de MCO A/MCO B < à 48 hs et sort ultérieurement de A, code transfert-sortie=E et N° ETS de transfert B, pas de facturation par établissement B, les honoraires de B sont portés sur le S 3404 de A avec N° établissement de B en type 4. 4. Le patient décède, code sortie-transfert =D, pas de forfait de jour de sortie, pas de forfait journalier le jour du décès. 5. Patient en MCO, transféré en SSR >ou < à 48hs et retour en MCO suivi de décès : Premier séjour MCO avec sortie-transfert =T, deuxième séjour MCO code sortie-transferts =D, le séjour en SSR aura code sortie =T. <p>Le code sortie-transfert = R est seulement utilisé lorsque le patient va de MCO/MCO > à 48hs et revient dans le premier établissement. Dans ce cas le deuxième séjour supporte le coefficient réducteur.</p> <p>La règle s'applique de la même manière lorsque le patient est hospitalisé dans un établissement « mixte » et qu'il est transféré de MCO/SSR et retour MCO. Le premier GHS aura code sortie = P, le séjour en PJ aura code sortie-transfert = P, le deuxième GHS aura S si sortie définitive ou E s'il y a eu transferts <à 48hs.</p> <p>Rappel : lorsque le code sortie-transfert est égal à T, R ou E le N° d'établissement de transfert est obligatoire. Le forfait journalier du jour de sortie est obligatoire lorsque le code sortie-transfert est = à S, R ou E. Le forfait journalier ne s'applique pas si date de sortie = date d'entrée, le forfait journalier du jour de sortie ne doit pas être appliqué.</p> <p>Si le patient a été transféré dans plusieurs établissements pour des séjours <à 48hs (EIE – échange inter établissement), c'est le dernier établissement dans lequel le patient a été transféré qui est renseigné en Type3.</p>

CAS TRAITES	SOLUTION
<ul style="list-style-type: none"> - Rejets sur les flux chiffrés. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2400 : Caisse gestionnaire incapable de traiter les lots caisses pivot. Commentaire : le numéro de caisse gestionnaire ne figure pas dans la T des caisses gestionnaires (grand régime+caisse gestionnaire). - 2401 : clinique privée en mode caisse pivot, mais flux non transmis dans la BAL de la caisse pivot rattachée à la clinique. Commentaire : la caisse pivot indiquée dans l'adresse du message n'est pas celle dont dépend l'établissement. - 2402 : Clinique privée inconnue de la table des cliniques caisse pivot. Commentaire : le numéro FINESS indiqué ne figure pas dans la Table des caisses pivot (N° ETS/N° caisse pivot-grand régime). - 2403 : Caisse gestionnaire inconnue. Commentaire : Dans le cadre des flux chiffrés CCDP, le numéro de caisse (identification complémentaire) à renseigner dans le type 000 de la B2 (3 derniers caractères du N° de destinataire 28-41) doit être le numéro de la caisse destinataire du flux, c'est à dire de la caisse gestionnaire dont dépend le patient. - Dès lors que ce numéro (type 000) n'est pas correctement renseigné le rejet 2403 intervient -caisse gestionnaire inconnue- (cf T_caisse gestionnaire/ACF).
<ul style="list-style-type: none"> - ARL NEGATIFS sur flux chiffrés - Rectificatif et complément 	<p>1002 : Rejet de niveau LOT. Structure de la FSE (facture) n°xxxxxxx du lot non-conforme. Depuis fin mai 2005 (mise à jour du frontal ACF), le numéro est bien celui de la facture et non plus le positionnement de la facture dans le lot.</p> <p>Principaux motifs d'erreurs pour le code 1002 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la nature assurance (type 2) est incorrecte - le total du nombre d'actes (type 5) est incohérent par rapport au nombre réel d'actes dans la facture. - le code régime (type 2) est différent de celui indiqué en type 000 <p>- 1001 : rejet de niveau lot. Structure du lot non conforme.</p> <p>Principaux motifs d'erreurs pour le code 1001 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le numéro destinataire - caisse gestionnaire type 1 - est différent de celui indiqué en type 000 (3 derniers caractères du type 000) - le total du nombre d'actes (type 6) est incohérent par rapport au nombre réel d'actes de toutes les factures du lot.

CAS TRAITES	SOLUTION
<ul style="list-style-type: none"> - Support de facturation : signature 	<ul style="list-style-type: none"> - La signature du patient doit figurer sur le support de facturation. Toutefois lorsque le patient ne peut pas signer (cas des dialyses et de l'HAD) il suffit de cocher la case absence de signature. - Lorsque la facture ne peut pas être émise lors de la sortie du patient, l'établissement doit faire signer un imprimé spécifique comportant les informations suivantes : - FINESS de l'établissement d'hospitalisation, Nom, adresse. - Numéro d'identification de l'assuré : Nom, prénom - Nom, Prénom du patient et date de naissance, - Date entrée- date de sortie ou de transfert ; - SIGNATURE de l'assuré si le patient est mineur, signature du patient lorsque celui-ci est majeur - Ce document sera joint au bordereau de facturation S3404 qui portera la mention: absence de signature. - Cet imprimé spécifique ne devra pas être exigé pour les structures d'HAD et les centres de dialyse pour les séances réalisées à domicile. Il devra accompagner le support de facturation pour les séances de dialyse réalisées en centre
<ul style="list-style-type: none"> - Séjour inférieur à 2 jours et forfait Journalier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le forfait journalier s'applique (code forfait A, R ou L) règle de la présence à minuit sur le jour d'entrée, le forfait journalier du jour de sortie s'applique sur le jour de sortie du patient.
<ul style="list-style-type: none"> - Factures complémentaires 	<ul style="list-style-type: none"> - En T2A les factures complémentaires ne sont plus autorisées, exception : les titres de recette émis par les hôpitaux publics relatifs à des actes réalisés sur des patients hospitalisés en cliniques privées (actes hors dotation globale et facturables par l'établissement hébergeant le patient, reporté sur le support de facturation de celui-ci).
<ul style="list-style-type: none"> - Frais de salle d'opération. 	<ul style="list-style-type: none"> - A compter du 1^{er} mars 2005 les FSO ne sont plus facturables par les établissements dans le champs T2 cf : arrêté prestations MCO du 31-01-05. - Le forfait « petit matériel » FFM subsiste en soins externes, mode de traitement 07. - Les actes d'endoscopie réalisés sans anesthésie donne lieu à GHS de la CMD 24, sans application forfait journalier si entrée-sortie même jour, avec application forfait journalier et forfait du jour de sortie si entrée à J et sortie à J+1..
<ul style="list-style-type: none"> - Flux Réels reçus sur le CEN de Valenciennes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rappel : seuls peuvent être émis Avant le 1^{er} mars vers le CEN de Valenciennes des flux de tests, c'est-à-dire identifiés par CP/B2 tests , dans l'adressage messagerie A compter du 1^{er} mars les flux réels seront acceptés (modification des données adressage, suppression de tests).

CAS TRAITES	SOLUTION
<p>- Cartes CPS 2ter.</p>	<p>Déploiement des cartes CPS2ter et incidents rencontrés par les utilisateurs de messageries sécurisées homologuées par le GIP-CPS, intégrées ou utilisées pour le chiffrement des flux T2A vers les caisses.</p> <p>Observation constatée : L'émission de flux chiffrés par des cliniques privées ou des éditeurs de cliniques privées, en utilisant d'une part, une nouvelle carte CPS2ter et d'autre part en utilisant une messageries homologuées par le GIP-CPS n'est plus possible.</p> <p>Analyse : La carte CPS2ter est distribuée depuis début décembre 2004, elle n'est en aucun cas directement impliquée dans cet incident.</p> <p>Pour accepter le traitement des cartes CPS2ter (en plus des CPS2bis remplacées au fil de l'eau), les éditeurs doivent fournir à leur client, une version de leur progiciel intégrant un niveau d'API-CPS d'au moins avec la version 5.03. Ces API-CPS version 5.03 ont été adressées à chaque éditeur de logiciel de chiffrement homologué en octobre 2004, accompagnées des recommandations d'application et de nécessité de déploiement sur le parc client.</p> <p>Un certain nombre d'éditeurs n'ont pas fait évoluer le logiciel de leur parc client et à réception des cartes CPS2ter par ceux-ci, le logiciel ancien retourne des messages d'erreurs. C'est, par exemple le cas du produit « Messagerie Santé » de France Telecom.</p> <p>Solution : la seule solution est que le client demande à son éditeur / son fournisseur de logiciel de chiffrement, qu'il fasse une montée en release de son progiciel avec une version 5.03 des API-CPS..</p>
<p>- Absence de supports de facturation disponibles</p>	<p>- Concernant la mise à disposition des bordereaux de facturation, une information CNAM-TS a été adressée aux directeurs de CPAM afin d'accélérer leur dispatching entre les établissements (qui, pour rappel, doivent en faire la demande explicite). En tout état de cause et à titre transitoire le temps que la situation se régularise, la CNAM-TS informe qu'elle acceptera des bordereaux édités sur des fonds de pages blancs. Cette autorisation vaut tant pour les S 3404 (qui ne seraient pas rendus disponibles par les CPAM : édition via les logiciels de facturation et acceptés en A4 comme en A3) que pour les B 615 pour les établissements hors champ de la T2A (tant que la CCAM tarifante ne sera pas effective).</p>
<p>- Séjour à cheval et facturation « intermédiaire ».</p>	<p>- Cas des séjours à cheval (autour du 1^{er} mars). 2 cas :</p> <p>Rappel de la règle générale : les séjours dont la date de sortie du patient est antérieure au 1er mars seront facturés en « PJ », les séjours dont la <u>date de sortie</u> du patient est = ou postérieure au 1er mars le seront en « GHS »</p> <p>Pour le cas des établissements ayant établis une facture intermédiaire en PJ avant le 1^{er} mars et concernant les séjours longs (plus de 21 jours), la suite du séjour devra être facturée en mode GHS dès lors que la date de sortie du patient sera = ou postérieure au 1^{er} mars 2005.</p>
<p>- HAD.</p>	<p>- Les structures d' HAD doivent utiliser le support de facturation S3404. Figurent obligatoirement sur le support les frais de structure GHT en partie haute, les médicaments facturables en sus des GHT/GHS, en partie médiane, les honoraires du médecin traitant en partie basse.</p>

CAS TRAITES	SOLUTION
Emission des FLUX T2A	<p>A compter du 1^{er} mars 2005, les flux doivent être émis par messagerie chiffrés.</p> <p>Toutefois si l'établissement ne peut pas émettre de flux par messagerie, il peut continuer à utiliser XModem, mais dans ce cas l'émission de flux non chiffrés relève de la responsabilité du directeur de l'établissement. Les flux retour seront par XModem.</p> <p>Dès qu'un flux a été émis par messagerie, tous <u>les retours NOEMIE sont effectués par messagerie</u>, que les flux aient été émis par XModem ou par messagerie, que les flux soient en GHS ou en PJ.</p> <p>Il n'est pas nécessaire d'attendre que les établissements aient émis toutes les factures en PJ pour accepter des flux par messagerie.</p> <p>Il n'y a pas de bascule automatique <u>globale</u> de XModem/Messagerie SMTP. La bascule se fait établissement par établissement.</p> <p>Rappel réglementaire : les établissements comme tout assuré social ou professionnel de santé ont 2 ans et 3 mois pour présenter leurs factures ou feuilles de soins au remboursement.</p>
<p>Complément d'information relatif aux factures de + de 200 lignes.</p> <p>Information complémentaire, Mise en place du rejet 9062 033.</p>	<p>- Rappel des consignes B2 : une facture ne peut pas comporter plus de 200 lignes actes et compléments de types</p> <p>Toute facture comportant + de 200 lignes provoque un rejet total de lot, quel que soit le nombre de factures présentes dans ce lot..</p> <p>Correction livrée le 31-03-2005 aux CTIR.</p> <p>Toute facture comportant + de 200 lignes est rejetée = Rejet 9062 033. Nombre lignes actes et compléments de ligne facture > maxi autorisé.</p> <p><u>Le reste du lot est accepté.</u></p> <p>La facture rejetée doit obligatoirement être scindée en plusieurs factures, la première comportera la prestation GHS et suppléments éventuels, les autres ne comporteront que des honoraires médicaux. Ces factures « suite » seront réglées tout en provoquant le signalement 0588 055 (sans incidence sur le paiement).</p> <p><i>L'évolution de la norme B2 permettant d'accepter + de 200 lignes par facture est toujours en cours d'étude et nécessitera une validation par l'ensemble des régimes d'AMO.</i></p>
Nouveau fichier des GHS.	- Un nouveau fichier des GHS daté du 11-03-05 a été mis en place sur ameli.fr.
Rejet 0588 051	- Numéro de GHS non valide à la date de fin de séjour : n'intervient plus sur les GHS bébé dès la mise en place du nouveau fichier des GHS.
Rejet 0660 053	- Coefficient erroné en seuil bas : n'intervient plus sur les GHS bébé dès la mise en place du nouveau fichier des GHS.

CAS TRAITES	SOLUTION
Dialyse et honoraires médicaux.	<ul style="list-style-type: none"> - Les actes médicaux (techniques, de biologie, etc.....) réalisés au cours d'une séance de dialyse en centre doivent figurer sur le support de facturation S3404. - Les actes réalisés lors d'une séance de *dialyse à domicile* ne figurent pas sur le support de facturation et donnent lieu à émission de feuilles de soins (tiers payant direct éventuel entre le patient, le professionnel de santé et les organismes d'AMO).
Honoraires médicaux liés aux actes de scanographie ou d'IRM.	<p>- Les actes relatifs aux examens de scanographie, IRM ou TEPS donnent lieu à deux prestations : Un forfait technique rémunérant l'appareil (FTN-FTR) et un acte intellectuel (Z19, CS 3) réalisé par un médecin. Ces 2 forfaits figurent sur la partie basse du support de facturation S3404 lorsqu'ils sont réalisés par une structure différente de celle dans laquelle le patient est hospitalisé. Le lieu d'exécution de l'acte et les codes DMT-MT doivent être renseignés dans la Norme B2 CP tant pour le forfait technique que pour l'acte intellectuel.</p> <p>Toutefois lorsque le professionnel de santé qui a réalisé l'acte intellectuel fait partie de l'association de soins et prestataire de service (mandataire de l'établissement d'hébergement) le lieu d'exécution et la DMT-MT ne doivent pas être renseignés dans le Type 4 de la norme B2. Le N° de GHS devient dans ce cas obligatoire pour l'acte intellectuel.</p>
Fonction groupage et CCAM V1.	<ul style="list-style-type: none"> - Le téléchargement de la mise à jour des tables d'actes intégrant la CCAMV1 des versions de fonction groupage ou programme de groupage 7.9 et 8.9 utilisés en 2005 par les établissements ex-OQN est en ligne depuis le 24-03-2005. <p>Vous pouvez consulter le message d'accompagnement à l'adresse suivante : http://download.atih.sante.fr/afficher.php?id_lot=77</p> <p>Ces tables sont en téléchargement libre.</p>
UPATOU/GHS,...	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 31-01-2005 : la catégorie de prestations visée au 2° de l'article R 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par un forfait dénommé Accueil et Traitement des Urgences ATU qui couvre la totalité des frais occasionnés, en particulier les frais de salle d'opération et les produits sanguins. - Cependant lorsqu'un patient est présent dans une Zone De Très Courte Durée d'un service d'urgence (UPATOU/POSOU/SAU) et qu'au moins un acte a été réalisé, l'établissement facture alors un GHS de la CM 24 quelque soit la durée de séjour du patient dans cette zone. - Le cumul ATU/GHS n'est pas autorisé. Les cumuls ATU/FSO et ATU/SNG ne sont plus autorisés.
Soins externes DMTxxx-MT 07	<p>Les établissements qui ne disposent pas d'un service d'urgence peuvent facturer sur le support S3404 en partie haute la prestation FFM et en partie basse les honoraires pour les actes se rapportant à l'annexe 9 (cf. arrêté prestations MCO du 31-01-05 article 6 point III).</p> <p>Cependant ils peuvent également facturer un GHS si les actes réalisés donnent lieu à un GHS de CM 24 mais le cumul FFM/GHS n'est pas autorisé. Les cumuls FFM/FSO et FFM/SNG ne sont plus autorisés.</p>

CAS TRAITES	SOLUTION
Actes médicaux réalisés en établissement	<p>Les actes médicaux réalisés en cabinet libéral au sein d'un établissement privé donnent lieu à feuille de soins papier ou électronique. Le tiers payant peut être appliqué entre le professionnel de santé et le patient en fonction des dispositions réglementaires prévues à cet effet.</p> <p>Ils ne peuvent dans ce cas figurer sur le support de facturation S3404.</p>
Avances de trésorerie.	<p>les établissements reçoivent les informations de paiements, acomptes, retenues pour acompte dans les flux retours NOEMIE.</p> <p>La retenue pour avance est restituée dans les retours NOEMIE 576 par l'entité 250, qui est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - associée au libellé AVC-RPR, pour les avances versées à l'établissement, et au libellé AVP-RPR, pour les avances relatives aux professionnels de santé, - et suivie de la référence de l'avance et du solde de celle-ci.
Dialyse et produits sanguins	<p>Les produits sanguins labiles sont inclus dans les différents forfaits dialyse. Ils ne peuvent être facturés en sus.</p>
Actes médicaux à cheval sur mars et avril 2005.	<p>Les actes médicaux réalisés au cours d'un séjour GHS débutant fin mars 2005 et se poursuivant en avril sont codés en NGAP s'ils ont été réalisés avant le 31 mars 2005 et doivent être codés en CCAM à partir du 31 mars 2005.</p>
<u>Flux de tests T2A-CCAM.</u>	<p>A compter du 12 avril 2005, les établissements peuvent transmettre des flux de TESTS T2A/CCAM par messagerie chiffrée.</p> <p>Rappel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les flux doivent être marqués en tant que flux de test, c'est à dire que le champs Content-Description du message SMTP doit être CPTTEST/B2 pour un fichier B2 non compressé et CPTTEST/B2/Z pour un fichier B2 compressé.</u> • Ces flux sont routés automatiquement vers la caisse pivot de rattachement de l'établissement pour mise à disposition par les CTIR dans les environnements de qualification dédiés. <p>La télétransmission de flux de tests par XModem reste autorisée. Les établissements doivent se rapprocher de leur caisse pivot pour confirmation du mot de passe nécessaire à la réalisation de ces flux.</p> <p>Les CPAM et CGSS assurent l'exploitation des résultats des flux et communiquent aux établissements les différents types de rejets intervenus.</p>

CAS TRAITES	SOLUTION
Transfert et suppléments forfaitaires journaliers.	Lors d'un transfert < 2 jours, si le patient séjourne dans une unité de réanimation, soins intensifs, surveillance continue ou en néonatalogie, le supplément SRA, REA, SSC NNX etcest dû. Le supplément sera porté sur le S3404 de l'établissement hébergeant le patient (ETS A). Le coefficient MCO qui s'applique au supplément est le coefficient de l'établissement d'origine (ETS A). Le N° FINESS de l'établissement de transfert est obligatoire.
Transfert et LPP.	Lors d'un transfert < 2 jours, si l'état de santé du patient nécessite la pose d'un article LPP, cet article figurera sur le support de facturation S3404 de l'établissement hébergeant le patient (ETS A).
Limitation à l'établissement le plus proche et transport.	la règle de l'établissement le plus proche a disparu avec les dispositions du décret du 30 12 2004 : inséré art R 322-10-7 du CSS : prise en charge "automatique" des frais de transport si distance domicile-étab < 150 km. Au delà, nécessité d'entente préalable adressée au contrôle médical qui "vérifie notamment que les soins ne peuvent pas être dispensés dans une structure de soins située dans la limite de distance mentionnée à l'alinéa précédent. L'absence de réponse dans un délai de 15 j à compter de l'expédition de la demande vaut accord préalable".
Signalement 2200 311 : chevauchement GHS/GHS Rejet 2200 310 : chevauchement GHS/GHS	Le chevauchement de 2 GHS à une même date est interdit sauf : -si le chevauchement intervient sur les bornes début-fin, dans le cas de deux établissements différents, signalement 311. -s'il s'agit de GHS cumulables (top cumul positionné à O dans le fichier des GHS.), signalement 311 Dans tous les autres cas le chevauchement est interdit, il s'agit de transfert < 2 jours et de prestations inter établissements, un seul GHS facturé par l'établissement hébergeant le patient, code sortie transfert = E, établissement de transfert renseigné en type 3 S, lieu d'exécution de l'acte renseigné en type 4.S..
Retour Noemie 5xx et 900 des régimes différents de 01	A partir du 09/05/2005, le champ 'from' de l'entête SMTP des fichiers NOEMIE qui était jusqu'à présent renseigné par EXP=X:INT=01591@591.01.rss.fr sera renseigné par l'adresse de la caisse PIVOT émettrice du flux RSP. Mise en application à partir de cette date des modifications logicielles fournies par le GIE Sesam Vitale.
Rejet 1210 060 sur GHS 8254 (polysomnographie).	Dans le cadre de la polysomnographie le forfait journalier et le forfait journalier du jour de sortie ne s'appliquent pas (hospitalisation à temps partiel). Le rejet 1210 060 n'intervient plus sur le GHS 8254 dès la mise en place de la version 15-80-32 (16-17 août 2005).
- Articles LPP facturables en sus des GHS.	- L'arrêté du 12 juillet paru au JO du 26 juillet autorise la facturation des articles LPP suivants : orthoprothèses, prothèses oculaires et faciales, appareils divers de correction orthopédique et matériaux pour réalisation d'appareil d'immobilisation immédiate. Date d'effet rétroactive au 1^{er} mars 2005, à titre dérogatoire jusqu'au 1^{er} mars 2006.
- Cumul GHS/ATU	- Le cumul GHS/ATU dans un même établissement pour une même date n'est pas autorisé.

CAS TRAITES	SOLUTION
- SRA/Dxx	Actuellement le chevauchement SRA/Dxx à même date n'est pas autorisé. Une modification est en cours pour accepter sur une même journée le cumul du supplément SRA/REA avec une séance de dialyse lorsqu'il s'agit d'un patient dialysé « chronique ». Ce cumul n'est pas autorisé lorsqu'il s'agit d'une dialyse aigue.
- Rejet 2200 200	<p>Traitement en cours sur prestation.</p> <p>Deux factures sont présentes simultanément dans IRIS, avec chevauchement de période, en attente d'ordonnancement sur Hospi Cumu.</p> <p>Les factures rejetées pour ce motif ne doivent pas être retransmises par les établissements. Il suffit de valider sur IRIS une des factures et de mettre en retarification la seconde.</p> <p>Cette facture sera réglée dès que la première ne figurera plus en attente d'ordonnancement (AO) dans Hospi Cumu.</p>
- Rejet 2200 320	<p>Chevauchement GHS/PJ dans 2 établissements différents. Pour éviter ce rejet, il faut que le séjour en PJ soit « découpé ».</p> <p>Exemple : séjour en Soins de suite du 1 au 15 juin et GHS chimio les 3, 9, 12 juin.</p> <p>PJ du 1 au 3 = 3 js code sortie à blanc</p> <p>PJ du 4 au 9 = 7js code sortie à blanc</p> <p>PJ du 10 au 12 = 3js code sortie à blanc</p> <p>PJ du 13 au 15 = 2js code sortie = S ou blanc (non obligatoire en PJ)</p> <p>GHS chimio du 03 au 03 code sortie = S</p> <p>GHS chimio du 09 au 09 code sortie = S</p> <p>GHS chimio du 12 au 12 code sortie = S</p> <p>Chevauchement GHS/PJ dans le même établissement.</p> <p>Même contrainte pour le séjour PJ mais code sortie =P sauf sur la dernière période.</p> <p>GHS chimio du 03 au 03 code sortie = T et N° établissement de transfert identique</p> <p>GHS chimio du 09 au 09 code sortie = T</p> <p>GHS chimio du 12 au 12 code sortie = T</p> <p>Dans ce cas le chevauchement 2200 321 intervient et la facture est réglée.</p>

CAS TRAITES	SOLUTION
<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacie rétrocedée et marge, - Pharmacie facturable en sus et écart indemnisable - Précisions complémentaires 	<p>Voir annexe jointe au document questions-réponses.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - GHS+GHS chimio (séance). 	<p>Le cumul GHS+ <u>GHS de chimiothérapie</u> est autorisé dans deux établissements différents. Chaque établissement établit sa propre facturation. Le cumul est interdit lorsque les GHS ont lieu dans le même établissement.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - HAD . GHT/GHS , 	<p>L'arrêté du 31 janvier 2005 stipule que lorsqu'un patient est hospitalisé en HAD et bénéficie d'un traitement en hospitalisation de jour, l'établissement d'HAD est autorisé à facturer un GHT.</p> <p>La règle suivante s'applique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'établissement prestataire des soins réalisés en hôpital de jour est rémunéré directement par le paiement d'un forfait GHS. - L'établissement d'HAD est rémunéré, pour cette même journée, par un forfait GHT. <p>Si la prescription d'un transport sanitaire est prescrite par le médecin traitant ou par le médecin coordonnateur du service d'HAD, l'établissement d'HAD prend en charge les frais de transport et ceux-ci sont couverts par le tarif du GHT.</p> <p>Le cumul GHT/GHS actuellement est rejeté Rejet 2200 460. Une correction des programmes HC est en cours pour accepter ce chevauchement.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - REJETS 540-120 et 1210-060 	<p>Depuis le 7 juillet 2005 ces deux rejets interviennent à tort sur les GHS maternité (séjour mère et bébé sur même facture).</p> <p>Il s'agit d'un dysfonctionnement dans les traitements centraux du régime général (lié à la mise en place d'une nouvelle version centrale relative à la réforme assurance maladie).</p> <p>Correction en cours.</p> <p>Dès la mise en place des modifications, les établissements devront retransmettre les factures sans aucune modification.</p> <p>Ces rejets n'interviennent plus dès que la version 15-80-32 a été installée par les CTI (16 ou 17 août 2005).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - REJET 540-123 	<p>Absence prestation associée.</p> <p>Dysfonctionnement lié à la mise en place d'une version relative à la réforme assurance maladie. En cours de correction.</p> <p>Dès la mise en place des modifications, les établissements devront retransmettre les factures sans aucune modification</p> <p>Ce rejet n'intervient plus dès que la version 15-80-32 a été installée par les CTI (16 ou 17 août 2005).</p>

- REJETS 460-002 et 460-030	<p>Ces rejets interviennent sur les factures des établissements SSR et PSY, dès lors que des produits pharmaceutiques sont facturés en sus des prix de journée.</p> <p>Dysfonctionnement lié à la mise en place d'une version relative à la réforme assurance maladie. En cours de correction.</p> <p>Dès la mise en place des modifications, les établissements devront retransmettre les factures sans aucune modification</p> <p>Ce rejet n'intervient plus dès que la version 15-80-32 a été installée par les CTI (16 ou 17 août 2005).</p>
- REJET 450-070	<p>« Incompatibilité exo CCAM/autre nature de prestation » intervient sur les factures suite» relative à des factures globales de plus de 200 lignes.</p> <p>Solution transitoire en attendant d'accepter des factures de + de 200 lignes :</p> <p>La première facture comportant les actes CCAM doit avoir un justificatif d'exonération à C, les factures « suite » sans acte CCAM exonérant doivent avoir un code exonération à 3.</p>
- REJET 1210-060 sur GHS 8254 (polysomnographie).	<p>Ce rejet n'intervient plus dès que la version 15-80-32 a été installée par les CTI (16 ou 17 août 2005).</p>
- Articles LPP.	<p>A compter du 1^{er} juillet 2005 (date de transmission) les factures relatives aux articles LPP (titre III) facturables en sus des GHS ne doivent pas être jointes obligatoirement au support de facturation S3404 (lettre ministérielle).</p>
- PLANTAGE PROGRAMME ETJ170.	<p>Un risque de plantage programme subsiste lorsqu'une facture en risque maternité présente :</p> <p>GHS mère, GHS bébé, EXH du GHS mère, forfait du jour de sortie.</p> <p>Si l'ordonnancement des actes dans la facture est réalisé comme suit :</p> <p>GHS mère, EXH mère, forfait jour de sortie, GHS bébé, <u>le plantage n'intervient pas.</u></p> <p>Dans l'attente d'une version corrective ultérieure les établissements et leur SSII doivent présenter l'ordonnancement des actes comme indiqué ci-dessus.</p>
- Rejet 540 111.	<p>Le rejet intervient lorsque la facturation d'une MCS est présente sur un support S3404 et que le médecin traitant n'a pas été désigné par le patient (absent de la base de données de référence).</p> <p>Dès que le médecin traitant figure dans la base de données, le rejet n'intervient pas.</p>

CCAM

L'objectif de ce sous - document est de rassembler les réponses à toutes les questions posées par les SSII, les établissements et les caisses d'assurance maladie pour assurer le traitement des **flux CCAM** dans de bonnes conditions. A ce propos, toute nouvelle question doit faire l'objet d'une transmission par e-mail à l'adresse suivante : franck.de-rabaudy@cnamts.fr et florence.hericher@cnamts.fr

CAS TRAITES	SOLUTION
Actes avec activité 1 « virtuelle »	<p>Les actes de la CCAM ont tous obligatoirement au moins une activité et obligatoirement l'activité 1. Pour certains actes ne concernant que l'anesthésie (AFLB010, GELE001, YYYY041, ZZLP025, ZZLP030, ZZLP042, ZZLP054 en CCAM v1 et v2 - ZZLP008 et ZZLP012 en CCAM v2), l'activité 1 est alors "virtuelle" car le tarif est affecté à l'activité 4.</p> <p>Ces actes sont affectés du code regroupement ADA à l'activité 1 comme à l'activité 4 (le code regroupement étant obligatoire).</p> <p>L'admission au remboursement, définie au niveau de l'acte, s'applique aux 2 activités automatiquement, même si l'une d'entre elle est affectée du tarif 0.</p>
Le fichier NX complet de CCAM version 1 ne contient pas l'historique des codes de la CCAM version 0bis.	<p>Les codes de la V0bis n'apparaissent pas dans la CCAM version 1.</p> <p>En effet, conformément à la réglementation (publication au Journal Officiel), la diffusion réelle de la base CCAM en format NX ne 'démarre' qu'avec la première version de la CCAM à la fois descriptive et tarifaire, i.e. la version 1.</p> <p>Aussi, si les prochaines modifications de la CCAM seront bien historisées, qu'elles portent sur des actes pris en charge ou non, il ne peut y avoir d'historique reprenant les codes de la V0bis, puisque ceux - ci n'ont aucun caractère tarifaire.</p>
Le fichier NX complet de CCAM version 1 ne contient pas les extensions documentaires.	<p>Les extensions documentaires n'ont pas pu être intégrées dans la base CCAM version NX pour les versions 1 et 2 ; elles seront renseignées dans une prochaine version.</p>
<p>Les éditions proposées (Acrobat comme Excel) ne sont pas en accord avec ce que l'on peut extraire des fichiers NX.</p> <p>(ex : dans le fichier Excel, les codes associés proposés ou les modificateurs ne sont pas différenciés selon le code d'activité. ...)</p>	<p>Le fichier à utiliser pour tout développement informatique est le fichier NX, reprenant l'ensemble des informations nécessaires à la tarification en CCAM.</p> <p>Le fichier Excel / Acrobat disponible sur ameli.fr est un extrait 'prêt à publier', listant la totalité des actes avec leurs éléments principaux (codes, libellés, notes, tarif ...).</p> <p>Néanmoins, pour que ce document soit 'lisible', certaines informations sont volontairement agrégées. C'est le cas des gestes complémentaires / suppléments, qui sont affichés sous les actes sans mention de l'activité.</p>

CAS TRAITES	SOLUTION
<p>Liste des modificateurs non médicaux, diffusables ‘en clair’ aux régimes complémentaires</p>	<p>Les modificateurs présents dans la CCAM version 1 et version 2 ne présentent pas de caractère médical 'confidentiel', qui ne pourrait être porté à la connaissance d'un tiers. C'est pourquoi, actuellement, aucun modificateur n'est banalisé, et tous peuvent être transmis aux organismes complémentaires avec leur code. Néanmoins, ce système de modificateur banalisé pourrait être utilisé lors d'une évolution de la CCAM pour de nouveaux modificateurs présentant un caractère médical 'confidentiel'.</p>
<p>Liste des associations d'actes interdites Tables d'incompatibilité</p>	<p>Lorsqu'un médecin facture une association, il doit vérifier que cette association n'est pas contraire aux dispositions générales et dispositions diverses, ou aux notes indiquées sous les libellés ou chapitres (dont notes de facturation...). En effet, les règles de construction de la CCAM entraînent un certain nombre d'incompatibilités entre les actes. Pour la tarification des actes, ces règles sont indiquées à l'article I-12 des dispositions générales et dispositions diverses. Ces règles ne sont plus traduites dans les tables de la base CCAM Version 2 et feront l'objet de contrôles <i>a posteriori</i> et d'un suivi dans le cadre de l'observatoire de la CCAM.</p>
<p>Classement des modificateurs dans la CCAM version 1</p>	<p>Dans les fichiers ‘prêt à publier’ (pdf / xls), les modificateurs sont classés dans l'arborescence de la CCAM au niveau du chapitre 19.03 Dans le fichier au format NX, les modificateurs sont renseignés dans la TB11.</p>
<p>Description des actes associables à un acte dans le fichier NX</p>	<p>Dans les fichiers ‘prêt à publier’ (pdf / xls), les gestes complémentaires et suppléments associables à un acte se trouvent sous le libellé de cet acte. Dans le fichier au format NX, les gestes complémentaires et suppléments d'un acte associables à un acte sont renseignés dans l'enregistrement 'associabilités' type 220 regroupant pour un code acte/activité tous codes acte/activité associables.</p>
<p>Indication du « programme destinataire » dans l'enregistrement de type 000 des fichiers NX</p> <p>Selon le cahier des charges, (annexe 6), la valeur du programme destinataire est ‘NAX310’, alors que dans le fichier mis à disposition sur ameli.fr, la valeur du programme destinataire est ‘CCAM’.</p>	<p>La zone 'Programme de destinataire' est renseignée comme suit dans les fichiers au format NX de la CCAM : Dans le cas d'un fichier de type CAMMAJ, CAMTOT, la valeur du champ programme destinataire est "NAX310", Dans le cas d'un fichier de type CACTOT, la valeur du champ programme destinataire est "CCAM".</p>

CAS TRAITES	SOLUTION
Description de l'enregistrement 210 erroné dans le descriptif de la base CCAM en format NX	<p>Dans le document « Format de diffusion des bases biologie LPP et CCAM (décembre 2003) » disponible sur ameli.fr, l'enregistrement « Historique niveau code de l'acte/activité » - type 210 est décrit avec un filler (zone inutilisée) à 65 caractères alors qu'il doit être de 62 caractères. Cette erreur sera corrigée dans une prochaine mise à jour de la documentation.</p>
Ordre des actes selon leur type dans une facture CCAM	<p>Sur tous les supports de facturation, papier (feuille de soin médecin - S 3404) et électronique (FSE - B2), il est nécessaire de renseigner le code d'un geste complémentaire ou d'un supplément (type d'acte = 2 - 'Acte complémentaire' / Champ 9 de la base CCAM) toujours après l'acte principal (acte isolé ou procédure) auquel il se rapporte.</p>
CCAM -Période transitoire en Cliniques privées.	<p>Cliniques privées. Durant la période de montée en charge autorisée jusqu'au 30 juin 2005, et prorogé jusqu'au 15 septembre 2005, il est convenu que les actes médicaux réalisés en établissements privés peuvent continuer à être facturés en NGAP si l'établissement n'est pas en mesure d'établir le bordereau S 3404 en CCAM. Le fait de commencer à transmettre certaines factures codées en CCAM n'interdit pas de transmettre également des factures (concernant des séjours différents) cotées en NGAP. Si pour les actes 'externalisés', comme pour les actes de radiologie, le cabinet de radiologie se trouve dans l'incapacité de transmettre sa facturation en CCAM, il est possible d'admettre que les actes facturés par l'intermédiaire du cabinet de radiologie restent en NGAP. En revanche, les actes réalisés par plusieurs médecins sur un même patient dans le même temps opératoire (exemple : chirurgie / anesthésie - actes avec guidage ...) doivent tous facturés selon la même nomenclature. Cela implique qu'à l'exception des actes 'externalisés' et des actes hors champ CCAM (actes dentaires, actes des auxiliaires médicaux) il n'y a pas d'association entre des actes CCAM et des actes NGAP : pour une date donnée, quel que soit le nombre d'intervenants, tous les actes doivent être codés en CCAM ou en NGAP</p>

CAS TRAITES	SOLUTION
<p>Les interruptions de grossesse non médicamenteuses (JNJD002 activités 1 et 4) exonèrent la facture.</p>	<p>Les actes CCAM du chapitre 09.03.01, tels que l'acte codé JNJD002, ne concernent que les interruptions thérapeutiques de grossesse, réalisées pour raisons médicales, qui étaient jusque là cotés en NGAP (Titre 11 / chapitre 2 sur la base d'un K30).</p> <p>Par contre, la CCAM ne modifiant pas la réglementation ivg, les interruptions volontaires de grossesse continuent à être rémunérées sous forme de forfait.</p> <p>Les interruptions thérapeutiques de grossesse, décrits en activité 1 et 4, sont des actes affectés d'un code exonération « 1 », qui regroupe soit des actes thérapeutiques, soit des actes diagnostiques dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins. D'après le décret du 30 mars 2005, ces actes peuvent se cumuler avec l'anesthésie.</p> <p>Pour l'acte JNJD002, les tarifs en euros se cumulent donc : la somme des tarifs donne 108,53 € ce qui est supérieur au seuil de 91 €. Il y a donc exonération du ticket modérateur de l'acte et de tous les autres soins car on est en établissement.</p>
<p>Recherche d'acte par mot clé dans le libellé</p>	<p>La recherche d'un acte par mot clé compris dans le libellé doit se faire le libellé long, non sur le libellé court, et les notes de l'acte (<i>cf. moteur de consultation de la CCAM sur ameli.fr</i>).</p> <p>Une recherche avec plusieurs mot clés est conseillée, un seul mot clé pouvant être un critère peu discriminant (ex : 'biopsie' : 159 actes ; 'rein' : 59 ; 'biopsie' + 'rein' : 6 actes).</p>
<p>Les anesthésies complémentaires en activité 4 n'apparaissent pas en association répertoriée avec les actes isolés correspondant.</p>	<p>Les actes de la CCAM ont tous obligatoirement au moins une activité et obligatoirement l'activité 1. Certains actes ne concernent que l'anesthésie, codée en activité 4 (AFLB010, GELE001, ZZLP025, ZZLP030, ZZLP042, ZZLP054 en CCAM v1 et v2 - ZZLP008 et ZZLP012 en CCAM v2) : l'activité 1 est alors "virtuelle", l'activité 4 étant la seule à coder. C'est le cas des anesthésies complémentaires.</p> <p>Afin d'indiquer en base quels actes isolés autorisent une anesthésie complémentaire, seules les associations d'actes / activité isolés (activité 1) avec les actes / activité 1 (virtuelle) des anesthésies complémentaires ont put être répertoriées.</p>
<p>Où retrouver le travail médical, la durée et le coût de la pratique des actes CCAM ?</p>	<p>Il est prévu à terme de renseigner dans la base CCAM - format NX les éléments intégrés dans l'élaboration du tarif cible CCAM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le score de travail médical, - le montant de coût de la pratique, <p>mais pas la durée, car cette donnée est prise en compte dans le travail médical (<i>cf. Méthode de hiérarchisation des actes sur ameli.fr</i>).</p> <p>Néanmoins, lors de la période transitoire, ces informations ne sont diffusées que dans des documents annexes (<i>cf. Codes, libellés, scores et coût de la pratique sur ameli.fr</i>), puisque le tarif 'en base' des actes est en partie issue des tarifs de la NGAP.</p>

CAS TRAITES	SOLUTION
Codage d'une association de 2 actes isolés et d'un acte complémentaire (pour un même patient et un même médecin) hors actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes	<p>Selon l'article III-3 des Dispositions générales et dispositions diverses, <i>"l'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée"</i>.</p> <p>Cela signifie effectivement que le médecin peut tarifer 2 actes isolés ou un acte isolé et un geste complémentaire.</p> <p>Dans le cas d'une association de 2 actes isolés et d'un geste complémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si le prix du geste complémentaire est inférieur à celui des 2 actes isolés, le médecin pourra facturer les 2 actes isolés en appliquant le code 1 sur le tarif le plus élevé et le code 2 sur le deuxième acte isolé, - si le prix du geste complémentaire est supérieur à au moins un des 2 actes isolés, le médecin pourra facturer l'acte isolé qui a le tarif le plus élevé et l'acte complémentaire ; dans ce cas, il ne faut pas renseigner de code d'association.
Codage d'une association de 2 actes isolés et d'un acte complémentaire (pour un même patient et un même médecin) dans le cadre d'actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes	<p>Selon l'article III-3 des Dispositions générales et disposition diverses, lorsque le médecin réalise une association d'actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes <i>"l'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75 % de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur. Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein. Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein."</i></p> <p>Ainsi, dans ce cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'acte de tarif le plus élevé devra être codé avec le code association 1, - le 2° acte isolé devra être codé avec le code association 3, - le geste complémentaire devra être codé avec le code association 1.
L'acte de tarif le plus élevé pour l'anesthésiste n'est pas forcément l'acte ayant le tarif le plus élevé pour le chirurgien.	<p>En cas d'association d'actes de chirurgie sous anesthésie, l'anesthésiste applique la règle d'association en fonction du tarif de ses actes indépendamment de la facturation du chirurgien. L'acte de tarif le plus élevé pour l'anesthésiste n'est pas forcément l'acte ayant le tarif le plus élevé pour le chirurgien.</p>

CAS TRAITES	SOLUTION
Comment automatiser la saisie du code association ?	<p>En ce qui concerne les codes associations, la consigne donnée aux éditeurs est de ne pas automatiser la saisie du code association.</p> <p>Les codes associations, issus en CCAM 2005 des règles de tarification Ngap, ne peuvent pas être générés automatiquement en regard de chacun des 7200 actes de la CCAM, ou de chacune des 50 millions de combinaisons d'actes possibles.</p> <p>En effet, un même acte peut être soumis à différentes règles tarifaires selon les actes avec lesquels il est associé.</p> <p><i>Illustration 1</i>: un acte A du 'cas général' valant 100E, doit avoir le code association 1 s'il est associé avec un acte B valant 50E, doit avoir le code association 2 s'il est associé avec un acte B valant 150E.</p> <p><i>Illustration 2</i> : un acte de radiologie doit avoir le code association 4 s'il est associé avec deux autres actes de radiologie, et doit avoir le code association 1 s'il est associé avec deux autres actes du 'cas général'.</p> <p>Certains éditeurs, à la demande des professionnels, évoquent des pistes de réflexion pour automatiser la saisie du code association (en utilisant le code regroupement, ou en réalisant des listes d'actes spécifiques). En l'état, aucune de ces pistes ne peut être validée par l'Assurance Maladie.</p> <p>Aussi, il est de la responsabilité du médecin de saisir correctement le code association, car il est le seul à pouvoir déterminer quelle est la règle tarifaire à appliquer pour son intervention, en fonction des dispositions générales et diverses publiées au Journal Officiel.</p>

CAS TRAITES	SOLUTION
Date des historiques	<p><i>2 principes :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- l'application d'une version de la CCAM pour la tarification d'un acte dépend de la date de réalisation des soins,- les versions de la CCAM sont délimitées réglementairement par leur date d'effet, publiée au Journal Officiel. <p>La date de modification présente dans la base CCAM est technique. Elle permet de délimiter informatiquement les historiques mais ne correspond pas à la date de mise en œuvre effective d'une version de la CCAM.</p> <p>Ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none">- l'historique en date de modification du 10/03/2005 ou du 11/03/2005 permet d'accéder à l'ensemble des champs des actes en version 1, version effective depuis le 31 mars 2005,- l'historique daté du 20/07/2005 permet d'accéder à l'ensemble des champs des actes en version 2 ; version effective depuis le 1er septembre 2005. <p>Pour un acte CCAM, la date de fin n'est renseignée que lorsque le code ne peut plus être utilisé à une date donnée (acte fermé). Ainsi, l'acte YYYY397 ne peut plus être utilisé après le 1^o septembre (date de fin renseignée) : ce code, utilisable en V1, ne l'est plus ni en v2, ni dans les versions ultérieures.</p>

LPP

L'objectif de ce sous-document est de rassembler les réponses à toutes les questions posées par les SSII, les établissements et les caisses d'assurance maladie pour assurer le traitement des flux -LPP dans de bonnes conditions. A ce propos, toute nouvelle question doit faire l'objet d'une transmission par e-mail à l'adresse suivante : florence.hericher@cnamts.fr et nathalie.hersent@cnamts.fr

CAS TRAITES	SOLUTION
- B2 : Type 3 : Quantité d'actes	- Dans le type 3, la zone 'Quantité d'actes' pos 61-63 doit être obligatoirement renseignée à 1 lors qu'il s'agit de délivrance de dispositif médical (LPP).
- B2 : Type 4 : Quantité d'actes	- Dans le type 4A, la zone 'Quantité d'actes' pos 79-80 doit être obligatoirement renseignée à 1 lors qu'il s'agit de délivrance de dispositif médical (LPP).
- B2 : Type 4 : Dénombrement	- Dans le type 4A, la zone 'Dénombrement' pos 87-88 doit être renseigné par le nombre de 4F rattachés à ce type 4A (10 au maximum).
- Délivrance de kits	- Les kits ne sont pas inscrits à la nomenclature de la LPP. Pour toute délivrance de kit, chaque dispositif médical composant le kit doit être facturé spécifiquement en transmettant ses données nécessaires à sa tarification (code référence LPP, quantité délivrée, tarif de référence LPP, base de remboursement ...). A chaque dispositif médical correspondra un type 4F ou 3F.
- Conditionnement au mètre	<p>Tarification de dispositif médical au mètre pour lequel l'inscription à la nomenclature de la LPP ne correspond pas au mètre délivré.</p> <p><u>Exemple</u> Soit le code LPP 1103618 "RESINES POLYMERISABLES, LONGUEUR 1M, LARGEUR > OU = 7,5CM ET < 10CM". Pour une délivrance de 3.6 mètres de ce produit, les données à transmettre sont notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le type 4 F ou 3 F : <ul style="list-style-type: none"> - la quantité délivrée doit être renseignée à 4. Le coefficient multiplicateur à appliquer est l'entier supérieur à 3.6 mètres - le tarif de référence unitaire correspond à celui de la base LPP : 1,3 Euros - la base de remboursement correspond au tarif unitaire de référence multiplié par la quantité délivrée: 1,3 Euros * 4 soit 5.2 Euros
- Conditionnement avec quantité définie	<p>Délivrance de dispositif médical avec des conditionnements fixés à la nomenclature (présents dans la base LPP) : seuls ces conditionnement sont pris en charge par l'Assurance Maladie. Tout autre conditionnement non inscrit à la nomenclature ne pourra faire l'objet d'un remboursement.</p> <p><u>Exemple :</u> Code LPP 2202305 " MATERIELS POUR AMBLYOPIE, SYSTEME DE REEDUCATION, LA BOITE DE 20, PETITE TAILLE" Pour ce type de matériel, aucun autre conditionnement n'est inscrit à la nomenclature. Seules les boîtes de 20 unités sont donc prises en charge.</p>

CAS TRAITES	SOLUTION
- Constitution d'un code-barres LPP	<p><u>Consignes pour la constitution d'un code-barres pour un dispositif médical :</u></p> <ul style="list-style-type: none">* Norme à utiliser : norme 128* Pas de police particulière <p>* Code-barres avec les 7 caractères du code référence LPP</p> <p>Jeux à utiliser</p> <ul style="list-style-type: none">- Soit 7 jeux B (7 x 1 caractère)- Soit 3 jeux C (3 x 2 caractères) + 1 jeu B (1 caractère)