

HISTORIQUE MISES A JOUR

Version	Date	Détails Mises à Jour
V1.0	30/11/2021	Version initiale.
V1.1	06/12/2021	Prise en compte de retours des éditeurs : <ul style="list-style-type: none"> - Corrections en cas n°2 (C2S et part complémentaire en gestion conjointe) des exemples n°3 et 4 : ajout de la ligne « FJC. » - Correction de la valeur du qualificatif de la dépense qui doit être « à blanc » pour les actes médicaux et paramédicaux des ressortissants des « relations internationales ». - Précision sur la valorisation du montant remboursable AMO de l'acte PJ dans le cas n°5 d'un ressortissant des « relations internationales » en cas d'exonération du TM.
V1.2	15/12/2021	Correction du taux du médicament intercurrent indiqué pour le code acte PH4 (30% et non 35%)
V1.3	31/01/2022	<p>En partie 1 : Ajout d'un nota sur la facturation vers les AMC.</p> <p>En partie 5 : pour chaque cas de facturation directe vers l'assurance maladie obligatoire, illustration des principes de remplissage du S3404 en complément des informations déjà présentes pour la valorisation des types 3 et types 4 de la norme B2 – CP.</p> <p>Précision sur les cas possibles de présence de la ligne FJ dans le S3404.</p> <p>En partie 6.1 : ajout des codes PH1, PH4, PH7 et NGAP, NABM et CCAM dans la liste des codes actes facturables déjà présents dans le tableau de synthèse et précisions sur les suppléments transports financés au travers des dotations et des TNJP.</p> <p>Précision sur les cas de présence possible de la ligne FJ dans le seul S3404.</p> <p>En partie 6.2 : précisions sur les anciens codes qui sont non facturables aux organismes d'AMO, aux assurés ou à leurs organismes de complémentaires.</p> <p>En partie 7 : pour chaque prestation, précision sur sa facturation en partie haute, médiane ou basse du S3404 en complément des informations déjà présentes en type 3 ou en type 4 de la norme B2.</p> <p>En partie 7 : ajout pour certains exemples, d'illustrations du remplissage attendu des principales données du bordereau S3404.</p> <p>En partie 7.3 : correction exemple n°1 : l'établissement était en tarif tout compris avant la réforme, pas de facturation d'honoraire en type 4 de la norme B2.</p> <p>En partie 7.4 : correction exemple n°1 : BR de l'acte G est à 0 pour un AME.</p>
V1.4	14/02/2022	En partie 6.2 : correction coquille dans la liste des codes obsolètes, ajout S1, ST2 et

		ST3. Dans la liste des médicaments facturables pour maladie intercurrente, ajout du PH2.
--	--	---

1 OBJET

La réforme de financement des activités de Psychiatrie (PSY) ainsi que l'introduction de nouveaux Tarifs Nationaux Journaliers de Prestations (TNJP) utilisés notamment pour le calcul des Tickets Modérateurs (TM) des séjours hospitaliers en PSY pour les établissements ex-OQN entrent en vigueur **au 1^{er} janvier 2022**.

La présente fiche d'information a pour objet de décrire les impacts de cette réforme sur les modalités de facturation et de préciser les règles applicables aux prestations facturables directement vers les organismes d'assurance maladie obligatoire.

Elle constitue **l'annexe du mode opératoire du bordereau S3404** pour les établissements ex-OQN pour la facturation des prestations en PSY vers les organismes d'assurance maladie obligatoire (AMO). Elle annule et remplace les dispositions précédentes relatives à cette activité.

Nota : Elle ne traite pas des modalités de facturation (Ticket modérateur sur la nouvelle base des TNJP, forfaits journaliers, prestations extra-légales etc.) à l'assuré ou auprès des organismes d'assurance maladie complémentaire via un bordereau de facturation ad hoc.

2 REFERENCES REGLEMENTAIRES ET CONTEXTE

2.1 Réforme du financement des activités de Psychiatrie (PSY)

L'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale 2020 définit un nouveau modèle de financement des activités de psychiatrie (PSY) sous la forme de dotations. Cette réforme prend effet au 1^{er} janvier 2022.

Pour les établissements ex-OQN, la mise en œuvre de ces réformes se traduit par l'arrêt de la facturation de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des séjours de psychiatrie (avec ou sans hébergement) à compter du 1^{er} janvier 2022. Seules quelques situations donneront lieu à facturation directe auprès de l'assurance maladie qui font l'objet de la présente fiche.

Cet arrêt de la facturation revêt un caractère pérenne pour la psychiatrie.

2.2 Tarification Nationale Journalière des Prestations

L'article 35 modifié de la LFSS pour 2020 prévoit la création d'une tarification nationale journalière des prestations, à compter du 1^{er} janvier 2022. Elle est établie réglementairement sur la base de grandes catégories en fonction :

- De la nature des soins délivrés.
- Du niveau et de la nature de l'activité de l'établissement.

Les tarifs journaliers de prestations applicables à chaque établissement dépendent de la catégorie d'établissements auquel il appartient et de la nature / type de séjour réalisé.

Au niveau des systèmes d'information, la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations se traduit par la création de nouvelles valeurs de Disciplines Médico Tarifaires (DMT) sur le principe suivant :

- A un Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) correspond une et une seule valeur de DMT définie au niveau national.

La tarification nationale journalière des prestations sert de base à la facturation :

- de la participation de l'assuré (ticket modérateur) en Psychiatrie ;
- des soins des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (ie relations internationales) ;
- des soins des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie (AME).

Pour les établissements ex-OQN, le Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) inclut le Forfait Journalier.

Pendant la période comprise entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2025 et afin de lisser les effets revenus de la réforme, les tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP) sont pondérés par un coefficient de transition propre à chaque établissement.

Le directeur de l'ARS fixe pour chaque établissement la valeur du coefficient de transition ainsi que la valeur des tarifs journaliers de prestations (TNJP) pondérés par ce coefficient.

Ils prennent effet au 1^{er} janvier 2022 et au 1^{er} mars de l'année en cours pour la période 2023/2025.

La facturation est fondée sur ces tarifs pondérés.

2.3 Prise en charge de la participation de l'assuré pour les bénéficiaires du régime local Alsace – Moselle

A partir du 1^{er} janvier 2022, la part prise en charge par le régime local Alsace Moselle des séjours et séances de PSY est établie sur la base de 20% des nouveaux Tarifs Nationaux Journaliers de Prestations (TNJP) et sur la base d'une facturation directe vers l'organisme d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire des soins.

3 SOMMAIRE

1	Objet.....	2
2	Références réglementaires et contexte	2
2.1	Réforme du financement des activités de Psychiatrie (PSY).....	2
2.2	Tarifification Nationale Journalière des Prestations	2
2.3	Prise en charge de la participation de l'assuré pour les bénéficiaires du régime local Alsace – Moselle	3
3	Sommaire	4
4	Date d'application et établissements concernés	5
5	Synthèse de la facturation en PSY par les établissements ex-OQN vers les AMO	5
5.1	Les points clefs	5
5.2	Cas n°1 - Assuré social	7
5.3	Cas n°2 - Assuré social bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), ou bénéficiaire d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire..	9
5.4	Cas n°3 - Assuré social relevant du régime local Alsace Moselle (RLAM)	11
5.5	Cas n°4 - Bénéficiaire de l'Aide Médicale de l'Etat (AME).....	13
5.6	Cas n°5 - Ressortissant des « Relations Internationales ».....	15
6	PSY : Prestations facturables vers les AMO.....	17
6.1	Liste des codes actes	17
6.2	Liste des codes actes obsolètes.....	18
6.3	Par code acte, synthèse des situations ouvrant droit à la facturation S3404 et B2.....	19
7	PSY : Détail des modalités de facturation S3404 / B2 vers les AMO	20
7.1	Cas n°1 - Assuré social	20
7.2	Cas n°2 - Assuré Social bénéficiaire de la C2S ou d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire.....	23
7.3	Cas n°3 - Assuré social ressortissant du Régime Local d'Alsace-Moselle (RLAM).....	32
7.4	Cas n°4 - Bénéficiaire de l'Aide Médical d'Etat (AME)	39
7.5	Cas n°5 - Ressortissant des « Relations Internationales ».....	43

4 DATE D'APPLICATION ET ETABLISSEMENTS CONCERNES

Les règles de facturation décrites dans la présente fiche concernent **les établissements ex-OQN PSY** mentionnés au d°) et e) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, quels que soient la discipline de PSY et le mode de traitement.

Ces règles prendront effet au **1^{er} janvier 2022**.

5 SYNTHÈSE DE LA FACTURATION EN PSY PAR LES ETABLISSEMENTS EX-OQN VERS LES AMO

5.1 Les points clefs

- Arrêt de la facturation des actuelles prestations de séjours et de séances en PSY postérieurs au 31 décembre 2021 par les établissements ex-OQN. Pour les séjours à cheval sur les exercices 2021 et 2022 feront l'objet d'une facturation segmentée sans interruption administrative du séjour du patient (voir infra point 7).
- Introduction de Tarifs Nationaux Journaliers de Prestations (TNJP) pour la facturation des Tickets Modérateurs des séjours PSY et des frais de séjours pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou des ressortissants des « Relations Internationales ».
- La part prise en charge par le régime local Alsace Moselle est établie sur la base de 20% des nouveaux Tarifs Nationaux Journaliers de Prestations (TNJP).
- Bascule du financement des séjours en PSY des établissements ex-OQN selon des modalités similaires à celles actuellement en place pour les établissements ex-DG :
 - Arrêt définitif de la facturation aux organismes d'assurance maladie obligatoire (sauf situations listées ci-après).
 - Notification de dotations par les ARS et versement par les caisses à partir de janvier 2022 selon les modalités définies réglementairement.
- A partir du 1^{er} janvier 2022, pour les séjours en PSY, une facturation des établissements ex-OQN vers les organismes d'assurance maladie obligatoire limitée principalement :
 - Aux actes médicaux et paramédicaux (hors actes infirmiers) des PS exerçant en établissements ex-OQN en PSY et aux médicaments intercurrents pour tous les assurés, dans les conditions antérieures à la réforme :
 - Pas de facturation des actes médicaux, paramédicaux et des médicaments intercurrents pour les établissements ex-OQN disposant d'un tarif tout compris établi avant réforme dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).
 - Pas de facturation d'honoraires de surveillance par les médecins exerçant en établissement ex-OQN autorisés antérieurement à facturer le forfait SSM dans le cadre des avenants tarifaires notifiés par les ARS.
 - Au ticket modérateur et aux forfaits journaliers de bénéficiaires :
 - De la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) ou d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire.
 - Du régime local Alsace Moselle (RLAM).

- Aux séjours des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou des ressortissants des « Relations Internationales ».
- Les dispositions de l'article R161-42 du code de la sécurité sociale perdurent :
 - L'ensemble des actes facturables et réalisés au cours du séjour doivent donc figurer sur le même bordereau S3404 (et flux B2 correspondant).
- Maintien des infrastructures et des circuits actuels d'échanges CP vers les organismes d'assurance maladie obligatoire de flux B2 et de bordereaux S3404 en papiers ou dématérialisés via SCOR.
- Réutilisation des codes actes existants avec extension aux établissements ex-OQN de certains codes actes ouverts jusqu'alors aux seuls établissements ex-DG.
- Création d'un code acte spécifique pour la facturation par les établissements ex-OQN du forfait journalier hospitalier hors jour de sortie en PSY des bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle.

La suite de la présente fiche distingue les règles de facturation applicables au 1^{er} janvier 2022 selon les différents cas suivants de bénéficiaires de soins :

- **Cas n°1 - Assuré social.**
- **Cas n°2 - Assuré social bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), ou bénéficiaire d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire.**
- **Cas n°3 - Assuré social relevant du régime local Alsace Moselle (RLAM).**
- **Cas n°4 - Bénéficiaire de l'Aide Médicale de l'Etat (AME).**
- **Cas n°5 - Ressortissant des « Relations Internationales ».**

5.2 Cas n°1 - Assuré social

- **Médicaments intercurrents** délivrés dans le cadre de séjours ou de séances en PSY dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - Facturés au taux de ville en part obligatoire en partie médiane du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Actes médicaux et actes d'auxiliaires médicaux (à l'exception des actes infirmiers)** dispensés dans le cadre de séjours ou de séances en PSY, dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - Facturés en part obligatoire en partie basse du S3404 et en type 4 de la norme B2 CP avec une des nouvelles DMT créées.



Aucune facturation de prestations de séjour ou de forfaits journaliers en PSY en partie haute du S3404 (type 3 de la norme B2-CP) adressé aux organismes d'assurance maladie obligatoire.

Nota : Cette règle est applicable au seul bordereau S3404 de facturation vers les organismes d'assurance maladie obligatoire (AMO). Elle ne présume pas des règles applicables pour la facturation vers les organismes complémentaires selon des modalités opérationnelles ad hoc (factures papiers et / ou flux directs vers les organismes complémentaires).

ILLUSTRATION DU REMPLISSAGE DU S3404 ADRESSE A L'AMO POUR UN ASSURE SOCIAL « LAMBDA »:

n° d'immatriculation et clé code organisme de rattachement entrée le		à défaut, date de naissance date début hospitalisation à heures. sortie le		n° d'immatriculation et clé adresse													
maladie		conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins code exonération		soins en rapport avec l'article L. 212-1													
maternité		date du début de grossesse ou date d'accouchement		AT/MP n° ou date													
accident causé par un tiers		non		oui													
date																	
frais de structure et de soins (1)						frais de structure et de soins (2)											
transfert	mode de traitement	DMT	prescription	n°	GHS	transfert	mode de traitement	DMT	prescription	n°	GHS						
période		période		période		période		période		période							
du		au		du		au		du		au							
prix unitaire		quantité		coefficient		prix unitaire		quantité		coefficient							
facturé		facturé		facturé		facturé		facturé		facturé							
codes		codes		codes		codes		codes		codes							
sous-total 1						sous-total 2											
produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)																	
transfert	mode de traitement	DMT	prescription	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	coefficient	montant facturé	kg						
PARTIE HAUTE DU S3404 : Aucune ligne d'actes.																	
PARTIE MEDIANE DU S3404 : Codes actes pour :																	
<ul style="list-style-type: none"> Les Médicaments Intercurrents (PH1, PH7, PH4, PH2) avec MT 07 / DMT 000 et leurs montants facturés. 																	
sous-total 3																	
sous-total 1+2+3																	
relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire																	
transfert	n° de cas	n° d'identification du prescripteur	spécialité	n° d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	GHS	code acte ou lettre-clé	actes	phases	éléments de tarification	quantité ou coefficient	honoraires facturés	degrés	code exonération	signature des praticiens
PARTIE BASSE DU S3404 : Codes actes pour :																	
<ul style="list-style-type: none"> Les actes médicaux et les actes d'auxiliaires médicaux – sauf infirmiers (en NGAP, CCAM ou NABM) et leurs montants facturés. 																	
signature des praticiens																	
signature du directeur de l'établissement																	
transfert provisoire – n° FINESS établissement 1		n° FINESS établissement 2															
MANDATAIRE(S)																	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)		l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire		<input type="checkbox"/>		l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire		<input type="checkbox"/>									

5.3 Cas n°2 - Assuré social bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), ou bénéficiaire d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire

- **Ticket modérateur des séjours en PSY :**
 - Facturé en seule part complémentaire en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP sur la base du nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP).
- **Forfaits journaliers et forfait journalier du jour de sortie** lorsqu'ils sont pris en charge au titre de la C2S :
 - Facturés en seule part complémentaire en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Participation assuré forfaitaire (24€)** en cas d'actes coûteux supérieurs à 120€ :
 - Facturée en seule part complémentaire en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Médicaments intercurrents** délivrés dans le cadre de séjours ou de séances en PSY dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - Facturés au taux de ville en part obligatoire et en part complémentaire en partie médiane du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Actes médicaux et actes d'auxiliaires médicaux** (à l'exception des actes infirmiers) dispensés dans le cadre de séjours ou de séances en PSY dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - Facturés en part obligatoire et en part complémentaire en partie basse du S3404 et en type 4 de la norme B2 CP avec une des nouvelles DMT créées.

Nota : Pour un bénéficiaire de la C2S :

- lorsque le Ticket Modérateur est supérieur à la somme des forfaits journaliers (hors jour de sortie),
 - le forfait journalier dont le montant est inclus dans le montant facturé de l'acte **PJC**, peut être mentionné distinctement dans le bordereau S3404 à l'attention de l'AMO (mais pas dans le flux B2-CP), via une ligne « *FJ* » directement après le code acte PJC. Les données [MT], [DMT], [prix unitaire], [quantité] et [coefficient] du « *FJ* » sont valorisées mais le [montant facturé] de la ligne « *FJ* » est vide.
- lorsque le Ticket Modérateur est inférieur ou égal à la somme des forfaits journalier (hors jour de sortie),
 - le forfait journalier hors jour de sortie est pris en charge au titre de la C2S et est facturé via le code acte « **FJC** » dans le bordereau S3404 et dans la norme B2-CP

ILLUSTRATION DU REMPLISSAGE DU S3404 ADRESSE A L'AMO POUR UN BENEFICIAIRE DE LA C2S :

n° d'immatriculation et clé code organisme de rattachement entrée le		à défaut, date de naissance date début hospitalisation sortie le		n° d'immatriculation et clé adresse	
maladie		conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins code exonération		soins en rapport avec l'article L. 212-1	
maternité		date du début de grossesse ou date d'accouchement		ATMP n° ou date	
accident causé par un tiers, non		oui			
<p align="center">PARTIE HAUTE DU S3404 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le TM du séjour (PJC) avec montant facturé et distinctement une ligne « FJ » sans montant facturé. Ou (exclusif) le ou les forfaits journaliers (FJC) et le montant facturé. Et le forfait journalier du jour de sortie (FJA) et le montant facturé. La participation assurée 24 € (PAH) et le montant facturé. 					
<p align="center">produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)</p>					
<p align="center">PARTIE MEDIANE DU S3404 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les Médicaments Intercurrents (PH1, PH7, PH4, PH2) avec MT 07 / DMT 000 et leurs montants facturés. 					
<p align="center">relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire</p>					
<p align="center">PARTIE BASSE DU S3404 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les actes médicaux et les actes d'auxiliaires médicaux – sauf infirmiers (en NGAP, CCAM ou NABM) et leurs montants facturés. 					
transfert provisoire – n° FINESS établissement 1		n° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S)					
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)		l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire		l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					signature du directeur de l'établissement

5.4 Cas n°3 - Assuré social relevant du régime local Alsace Moselle (RLAM)

- **ticket modérateur des séjours en PSY**, pris en charge au titre du régime local Alsace-Moselle :
 - Facturé en part obligatoire en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP sur la base du nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP).
- **Forfaits journaliers et forfait journalier du jour de sortie** :
 - Facturés en part obligatoire en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Participation assuré forfaitaire (24€)** en cas d'actes coûteux supérieurs à 120€ :
 - Facturée en part obligatoire en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Médicaments intercurrents** délivrés dans le cadre de séjours ou de séances en PSY dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - Facturés au taux de ville du RLAM (exemple 90% pour PH7) en part obligatoire en partie médiane du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Actes médicaux et actes d'auxiliaires médicaux** (à l'exception des actes infirmiers) dispensés dans le cadre de séjours ou de séances en PSY dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - Facturés en part obligatoire en partie basse du S3404 et en type 4 de la norme B2 CP avec une des nouvelles DMT créées.

Nota : Pour un bénéficiaire du RLAM :

- lorsque le Ticket Modérateur est supérieur à la somme des forfaits journaliers (hors jour de sortie),
 - le forfait journalier dont le montant est inclus dans le montant facturé de l'acte **PJL**, peut être mentionné distinctement dans le bordereau S3404 à l'attention de l'AMO (mais pas dans le flux B2-CP), via une ligne « *FJ* » directement après le code acte PJL. Les données [MT], [DMT], [prix unitaire], [quantité] et [coefficient] du « *FJ* » sont valorisées mais le [montant facturé] de la ligne « *FJ* » est vide.
- lorsque le Ticket Modérateur est inférieur ou égal à la somme des forfaits journalier (hors jour de sortie),
 - le forfait journalier hors jour de sortie est pris en charge au titre du RLAM et est facturé via le code acte « **FLP** » dans le bordereau S3404 et dans la norme B2-CP.

ILLUSTRATION DU REMPLISSAGE DU S3404 ADRESSE A L'AMO POUR UN BENEFICIAIRE DU RLAM :

n° d'immatriculation et clé code organisme de rattachement entrée le		à défaut, date de naissance date début hospitalisation sortie le		n° d'immatriculation et clé adresse													
à heures.		à heures.		conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins													
maladie		code exonération		soins en rapport avec l'article L. 212-1													
frais de structure et de soins (1)						frais de structure et de soins (2)											
transfert	mode de traitement	DMT	catégorie	n° GHS	période	n° GHS	période	prix	quantité	coefficient	montant facturé	codes					
<p>PARTIE HAUTE DU S3404 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le TM du séjour (PJL) avec le montant facturé et distinctement une ligne « FJ » sans montant facturé. Ou (exclusif) le ou les forfaits journaliers (FLP) et le montant facturé. Et le forfait journalier du jour de sortie (FRL) et le montant facturé. La participation assurée 24 € (PAJ) et le montant facturé. 						<p>sous-total 1</p> <p>sous-total 2</p>											
produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)																	
transfert	mode de traitement	DMT	prescription	actes	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	coefficient	montant facturé	codes					
<p>PARTIE MEDIANE DU S3404 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les Médicaments Intercurrents (PH1, PH7, PH4, PH2) avec MT 07 / DMT 000 et leurs montants facturés. 																	
sous-total 3																	
sous-total 1+2+3																	
relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire																	
transfert	n° de cas	d'identification du prescripteur	spécialité	d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	GHS	code acte ou lettre-clé	actes	phases ext.doc	éléments de tarification	quantité ou coefficient	honoraires facturés	dépassé	code exonération	signature des praticiens
<p>PARTIE BASSE DU S3404 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les actes médicaux et les actes d'auxiliaires médicaux – sauf infirmiers (en NGAP, CCAM ou NABM) et leurs montants facturés. 																	
sous-total 4																	
transfert provisoire – n° FINESS établissement 1						n° FINESS établissement 2						signature du directeur de l'établissement					
MANDATAIRE(S)																	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)			l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire			l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire											

5.5 Cas n°4 - Bénéficiaire de l'Aide Médicale de l'Etat (AME)

- **Séjours en PSY :**
 - Facturés en seule part complémentaire sur la base de 100% du nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Participation assuré forfaitaire (24€)** en cas d'actes couteux > 120€ :
 - Facturée en seule part complémentaire en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Forfait journalier du jour de sortie :**
 - Facturé en seule part complémentaire en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Médicaments intercurrents** délivrés dans le cadre de séjours PSY dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - Facturés en seule part complémentaire en partie médiane du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Actes médicaux et actes d'auxiliaires médicaux (à l'exception des actes infirmiers)** dispensés dans le cadre de séjours ou de séances en PSY dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - Facturés en seule part complémentaire en partie basse du S3404 et en type 4 de la norme B2 CP avec une des nouvelles DMT créées.
- **Nota :** Pour un bénéficiaire de l'AME, le forfait journalier dont le montant est inclus dans le montant facturé de l'acte PJ, peut être mentionné distinctement dans le bordereau S3404, à l'attention de l'AMO (mais pas dans le flux B2-CP) via une ligne « *FJ* » directement après le code acte PJ. Les données [MT], [DMT], [prix unitaire], [quantité] et [coefficient] du « *FJ* » sont valorisées mais le [montant facturé] de la ligne « *FJ* » est vide.

ILLUSTRATION DU REMPLISSAGE DU S3404 ADRESSE A L'AMO POUR UN BENEFICIAIRE DE L'AME :

n° d'immatriculation et clé code organisme de rattachement entrée le		à défaut, date de naissance date début hospitalisation sortie le		n° d'immatriculation et clé adresse													
maladie		conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins code exonération		soins en rapport avec l'article L. 212-1													
maternité		date du début de grossesse ou date d'accouchement		AT/MP n° ou date													
accident causé par un tiers		non		oui													
date																	
frais de structure et de soins (1)						frais de structure et de soins (2)											
transfert	mode de traitement	DMT	prescription	GHS	date	transfert	mode de traitement	DMT	prescription	GHS	date						
période		période		période		période		période		période							
du		au		du		au		du		au							
prix unitaire		quantité		coefficient		montant facturé		coefficient		montant facturé							
sous-total 1						sous-total 2											
produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)																	
transfert	mode de traitement	DMT	prescription	spécialité	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implémentation	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	coefficient	montant facturé						
sous-total 3																	
sous-total 1+2+3																	
relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire																	
transfert	n° de cas	d'identification du prescripteur	spécialité	d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	GHS	code acte ou lettre-clé	actes	phases	éléments de tarification	quantité ou coefficient	honoraires facturés	degrés	code exonération	signature des praticiens
prestation des actes, l'exactitude du montant total des honoraires facturés et la dispense d'avance de frais																	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
sous-total 4																	
transfert provisoire - n° FINESS établissement 1						n° FINESS établissement 2											
MANDATAIRE(S)																	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)												l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire		l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire		signature du directeur de l'établissement	

PARTIE HAUTE DU S3404 :

- Le séjour (PJ) avec le montant facturé et distinctement une ligne « FJ » sans montant facturé.
- Le forfait journalier du jour de sortie (FJA) avec le montant facturé.

PARTIE MEDIANE DU S3404 :

- Les Médicaments Intercurrents (PH1, PH7, PH4, PH2) avec MT 07 / DMT 000 et leurs montants facturés.

PARTIE BASSE DU S3404 :

- Les actes médicaux et les actes d'auxiliaires médicaux – sauf infirmiers (en NGAP, CCAM ou NABM) et leurs montants facturés.

5.6 Cas n°5 - Ressortissant des « Relations Internationales »

- **Séjours en PSY :**
 - Facturés avec un taux de prise en charge de 80% (sauf situation d'exonération) en part obligatoire en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP sur la base du nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP).
- **Participation assuré forfaitaire (24€)** en cas d'actes couteux > 120€ :
 - Facturée en part obligatoire en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Forfait journalier du jour de sortie :**
 - Porté pour « information » en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Médicaments intercurrents** délivrés dans le cadre de séjours en PSY dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - Facturés au taux de ville en part obligatoire en partie médiane du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.
- **Actes médicaux et actes d'auxiliaires médicaux (à l'exception des actes infirmiers)** dispensés dans le cadre de séjours ou de séances en PSY dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - Facturés en part obligatoire en partie basse du S3404 et en type 4 de la norme B2 CP avec une des nouvelles DMT créées.



Quel que soit le bénéficiaire des soins, les dispositions de l'article R161-42 du code de la sécurité sociale perdurent, l'ensemble des actes facturables et réalisés au cours du séjour doivent donc figurer sur la même facture.

Nota : Pour un ressortissant des « relations internationales », le forfait journalier dont le montant est inclus dans le montant facturé de l'acte PJ, peut être mentionné distinctement dans le bordereau S3404 à l'attention de l'AMO (mais pas dans le flux B2-CP), via une ligne « *FJ* » directement après le code acte PJ. Les données [MT], [DMT], [prix unitaire], [quantité] et [coefficient] du « *FJ* » sont valorisées mais le [montant facturé] de la ligne « *FJ* » est vide.

ILLUSTRATION DU REMPLISSAGE DU S3404 ADRESSE A L'AMO POUR UN BENEFICIAIRE DES RELATIONS INTERNATIONALES :

n° d'immatriculation et clé code organisme de rattachement entrée le		à défaut, date de naissance date début hospitalisation sortie le		n° d'immatriculation et clé adresse	
maladie		conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins code exonération		soins en rapport avec l'article L. 212-1	
maternité		date du début de grossesse ou date d'accouchement		ATMP n° ou date	
accident causé par un tiers		non		oui	
date					
frais de structure et de soins (1)			frais de structure et de soins (2)		
transfert	mode de traitement	DMT	n° GHS	periode	prix unitaire
				quantite	coefficient
PARTIE HAUTE DU S3404 :					
<ul style="list-style-type: none"> Le séjour (PJ) avec le montant facturé et distinctement une ligne « FJ » sans montant facturé. Et le forfait journalier du jour de sortie (FJA) avec le montant facturé. La participation assurée 24 € (PAJ) et le montant facturé. 					
sous-total 1			sous-total 2		
produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)					
transfert	mode de traitement	DMT	n° GHS	date de prescription	date d'implantation
				libelle	code
PARTIE MEDIANE DU S3404 :					
<ul style="list-style-type: none"> Les Médicaments Intercurrents (PH1, PH7, PH4, PH2) avec MT 07 / DMT 000 et leurs montants facturés 					
sous-total 3			sous-total 1+2+3		
relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire					
transfert	n° de cat	identification du prescripteur	spécialité	identification de l'exécutant	spécialité
				date des actes	date de la prescription
		n° GHS	code acte ou lettre-clé	actes effectués	éléments de tarification
				quantite ou coefficient	honoraires facturés
			signature des praticiens		
			1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
sous-total 4					
transfert provisoire - n° FINESS établissement 1			n° FINESS établissement 2		
MANDATAIRE(S)					
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)			l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire		<input type="checkbox"/>
			l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire		<input type="checkbox"/>
					signature du directeur de l'établissement

6 PSY : PRESTATIONS FACTURABLES VERS LES AMO

6.1 Liste des codes actes

Les règles de facturation en PSY auprès des organismes d'assurance maladie obligatoire se basent sur :

- Les codes actes déjà existants avec toutefois extension au périmètre des établissements ex-OQN de certains codes actes aujourd'hui réservés au secteur ex-DG.
- La création d'un nouveau code acte pour la facturation du forfait journalier hospitalier hors jour de sortie pour les bénéficiaires du régime local Alsace Moselle.

Il s'agit des codes suivants :

- **PJ** code prestation utilisé à partir du 1^{er} janvier 2022 pour la facturation du **nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP)**, des séjours en PSY des bénéficiaires de l'AME et des ressortissants des relations internationales.
- **PJC** code prestation utilisé partir du 1^{er} janvier 2022 pour la facturation du ticket modérateur des séjours en PSY sur la base du **nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP)** pour les bénéficiaires de la C2S ou d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire.

Note : La valeur du **prix unitaire** portée dans la facture pour le code acte **PJC** doit être égale à 20% du Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) et le **taux de remboursement** porté dans la facture doit être égal à 0%.

- **PJL** code prestation utilisé partir du 1^{er} janvier 2022 utilisé pour la facturation du ticket modérateur des séjours PSY sur la base du **nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP)** pour les bénéficiaires de soins relevant du Régime Local Alsace Moselle (RLAM).

Note : La valeur du **prix unitaire** portée dans la facture pour le code acte PJL doit être égale au Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) et le **taux de remboursement** porté dans la facture doit être égal à 20%.

- **FJC** code prestation utilisé pour la facturation du forfait journalier hors jour de sortie des bénéficiaires de la C2S ou d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire.
- **FJA** code prestation utilisé pour la facturation du forfait journalier du jour de sortie des assurés sociaux relevant de la CS2 ou d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire, des bénéficiaires de l'AME et, porté « *pour information* » pour les ressortissants des « Relations Internationales ».
- **FRL** code prestation utilisé pour la facturation du forfait journalier de sortie des bénéficiaires de soins relevant du RLAM.
- **PAH** code prestation utilisé pour la facturation de la participation assuré forfaitaire de 24€ en cas d'actes > 120€, facturée dans le cas de bénéficiaires de la C2S ou d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire.

- **PAJ** code prestation utilisé pour la facturation de la participation assuré forfaitaire de 24€ en cas d'actes > 120€, facturée dans le cas de bénéficiaires de soins relevant du RLAM.
- **FLP nouveau code prestation** utilisé pour la facturation du forfait journalier hors jour de sortie des bénéficiaires de soins relevant du RLAM.
- **PH1, PH2, PH4, PH7** codes prestation utilisés pour la facturation des médicaments intercurrents délivrés dans le cadre de séjours en PSY dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1).
- **Codes NGAP, NABM et CCAM** codes prestation utilisés pour la facturation des actes médicaux et actes d'auxiliaires médicaux (à l'exception des actes infirmiers) dispensés dans le cadre de séjours ou de séances en PSY dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1).

Nota : dans le bordereau S3404 (mais pas dans le flux B2-CP), le forfait journalier hors jour de sortie peut être mentionné distinctement via un code « FJ » sans montant facturé.

- ! Les prestations doivent être facturées avec la nouvelle valeur de DMT associée au nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP).
- ! Les actes des professionnels doivent être facturés au taux de l'hospitalisation (80% sauf situation d'exonération du ticket modérateur donnant lieu au taux de 100%) en partie basse avec l'une des nouvelles valeurs de DMT valide pour l'établissement considéré.
- ! Les prestations ST1, ST2 et ST3 ne sont plus facturables directement à l'assurance maladie à compter du 1^{er} janvier 2022. Les suppléments transports feront l'objet d'une valorisation par l'ATIH dans le cadre de la réforme du financement de l'activité de psychiatrie sur la base de modalités ad hoc. Les charges couvertes par les suppléments transports sont intégrés dans les nouveaux Tarifs Nationaux Journaliers de Prestation (TNJP) utilisés pour le calcul du ticket modérateur des bénéficiaires de la C2S ou du régime local Alsace Moselle et utilisés pour la prise en charge du séjour au titre des relations internationales ou de l'AME.

6.2 Liste des codes actes obsolètes

La réforme de financement des séjours et séances PSY rend sans objet à compter du 1^{er} janvier 2022 les disposition de l'[\[Arrêté du 25 février 2016 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code\]](#).

Les codes actes suivants ne peuvent plus être utilisés pour facturer des soins postérieurs au 1^{er} janvier 2022 en PSY vers les organismes d'assurance maladie obligatoires et ne peuvent plus être utilisés pour facturer un ticket modérateur à l'assuré ou à sa complémentaire santé :

- **ENT, FS, FSY, PHJ, PMS, SHO, SNS, SSM, PY0, PY1, PY2, PY3, PY4, PY5, PY6, PY7, PY8, PY9, TSG, ST1, ST2 et ST3.**

Note : comme indiqué précédemment le code acte **PJ** reste facturable mais il est utilisé à partir du 1^{er} janvier 2022 pour facturer les séjours en PSY sur la base du nouveau Tarif National Journalier de

Prestation (TNJP) avec les MT / DMT correspondant, pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et des ressortissants des « Relations Internationales ».

6.3 Par code acte, synthèse des situations ouvrant droit à la facturation S3404 et B2

	Cas n°1 - Assuré social	Cas n°2 : Bénéficiaire de la C2S ou d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire	Cas n°3 : Bénéficiaire du RLAM	Cas n°4 : Bénéficiaire de l'AME	Cas n°5 : Relations Internationales
PJ				√	√
PJC		√			
PJL			√		
FJ (dans le seul S3404)		√	√	√	√
FJC		√			
FJA		√		√	√
FLP			√		
FRL			√		
PH1, PH2, PH4, PH7	√	√	√	√	√
PAH		√			
PAJ			√		
Codes d'actes médicaux et paramédicaux (hors actes infirmiers) dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1).	√	√	√	√	√

7 PSY : DETAIL DES MODALITES DE FACTURATION S3404 / B2 VERS LES AMO

! Lorsque la situation donne lieu à facturation directe de prestations vers l'assurance maladie obligatoire, l'établissement ex-OQN adresse un bordereau S3404 papier ou dématérialisé via SCOR (pour les établissements qui ont basculé dans ce dispositif d'échange avec les AMO) et un flux B2-CP valorisés selon les modalités ci-après (Il n'y a pas de remise en cause des circuits ou infrastructure techniques d'échanges actuels des bordereaux de facturation).

! Les données de début d'hospitalisation, date d'entrée et date de sortie doivent toujours être valorisées dans le bordereau S3404 ou en type 2 de la norme B2-CP selon les modalités de facturation préexistantes à la réforme.

! Techniquement, pour les séjours à cheval sur les exercices 2021 / 2022, les établissements ex-OQN PSY doivent procéder à une « rupture » de facturation au 31/12/2021, sans interruption administrative du séjour du patient :

- Production de bordereaux de facturation pour les seuls soins dispensés jusqu'au 31/12/2021 avec les codes prestations actuellement en vigueur (pas de facturation des soins postérieurs au 31/12/2021).
- Production de bordereaux de facturation pour les seuls soins dispensés à partir du 01/01/2022 (sans présence de soins antérieurs au 01/01/2022), dans le respect des règles de facturation objet de la présente fiche d'information.

7.1 Cas n°1 - Assuré social

En fonction des soins dispensés au cours de séjours en **PSY** :

- Peuvent continuer à être facturées pour les assurés sociaux par les établissements ex-OQN dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - **La part obligatoire des actes médicaux et paramédicaux (hors actes infirmiers)** selon les codes actes actuels et avec le cas échéant leur codage affiné, selon les modalités actuelles avec en type 4 de la norme B2 CP / partie basse du S3404 :
 - Un [Prix Unitaire] valorisé.
 - Une [Quantité] valorisée.
 - Un [Coefficient] valorisé.
 - Une [Base de Remboursement] valorisée.
 - Un [Taux de remboursement] par défaut égal à 80% (en l'absence de situation d'exonération).
 - Un [Montant remboursable AMO] valorisé.
 - Un [Montant honoraires] valorisé.
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à blanc.
 - Un [Montant remboursable AMC] égal à 0.
 - Un [Mode de Traitement (MT)] & une [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés avec une donnée de TNJP inscrite au référentiel de l'assurance maladie obligatoire.

- **La part obligatoire au taux de ville des médicaments délivrés dans le cadre d'une maladie intercurrente** via les codes actes **PH7**, **PH4**, **PH2** et **PH1** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie médiane du S3404 :
 - Un [**Prix Unitaire**] valorisé.
 - Une [**Quantité**] valorisée.
 - Une [**Base de Remboursement**] égale à [**Prix Unitaire**] x [**Quantité**].
 - Un [**Taux de remboursement**] égal au taux de ville (100% pour PH1, 30% pour PH4 et 65% pour PH7).
 - Un [**Montant remboursable AMO**] égal à [**Base de Remboursement**] x [**Taux de remboursement**].
 - Le [**Montant Total de la dépense**] égal à [**Base de Remboursement**].
 - Un [**Qualificatif de la dépense**] égal à blanc.
 - Un [**Montant remboursable AMC**] égal à 0.
 - Le [**Mode de Traitement (MT)**] & la [**Discipline Médico Tarifaire (DMT)**] valorisés à **07 / 000** (et non pas la MT / DMT du séjour ou de la séance).

➔ **Exemple n°1 de facturation B2 :**

Exemple de facturation d'un séjour de 16 jours en PSY par un établissement non en « Tarif tout compris » antérieurement à la réforme, et pour lequel l'assuré a bénéficié d'un acte médical et de la dispensation d'un médicament intercurrent :

Type 2				
Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation	Date d'entrée	Date de sortie	Nature d'assurance
Etab PSY	15/01/2022	15/01/2022	31/01/2022	10

Type 3															
Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	25/01/22	25/01/22	PH7	07	000	55	1	1	55	65	35,75	55	-	0	-

Type 4															
Partenaire de santé	Date	Acte	MT	DMT	Qté	Coef	Dénom-brement	PU	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt hono-raires	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	20/01/22	G	03	860	1	1	1	25	25	80	20	25	-	0	-

Note 1 : Pas de facturation de prestations de séjour en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.

Note 2 : La MT / DMT associée à l'acte du type 4 de la norme B2 CP doit nécessairement correspondre à l'une des nouvelles MT / DMT créées à l'occasion de la création des nouveaux Tarifs Nationaux Journaliers de Prestation (TNJP) et enregistrés dans le référentiel de l'assurance maladie

7.2 Cas n°2 - Assuré Social bénéficiaire de la C2S ou d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire

En fonction des soins dispensés au cours de séjours en **PSY** :

- Peuvent être facturées au titre de la C2S ou d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire (cas de la MSA ou de la MGEN par exemple) :
 - En l'absence de situation d'exonération, le **ticket modérateur du séjour en PSY** est facturable dans ce cas via le code actes **PJC** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie haute du S3404 :
 - Un [Prix Unitaire] égal à 20% du nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP).
 - Une [Quantité] égale à au nombre de jours de présence.
 - Une [Base de Remboursement] égale à 0.
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant Total de la dépense] égal à [Prix Unitaire] x [Quantité]
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égal à [Prix Unitaire] x [Quantité]
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] associés au TNJP.
 - En cas d'exonération du Ticket Modérateur, les **forfaits journaliers** hors forfait journalier du jour de sortie sont facturables dans ce cas via le code acte **FJC** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie haute du S3404 :
 - Un [Prix Unitaire] égal à 15€ en PSY à ce jour.
 - Une [Quantité] égale à au nombre de jours de présence.
 - Une [Base de Remboursement] égale à 0.
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant Total de la dépense] égal à [Prix Unitaire] x [Quantité]
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égal à [Prix Unitaire] x [Quantité]
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisé avec l'une des nouvelles valeurs créées.
 - Le **forfait journalier du jour de sortie** est facturable dans ce cas via le code acte **FJA** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie haute du S3404 :
 - Un [Prix Unitaire] égal à 15€ en PSY à ce jour.
 - Une [Quantité] égale à 1.
 - Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].

- Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant Total de la dépense] égal à la [Base de Remboursement].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égal à [Base de Remboursement].
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisé avec l'une des nouvelles valeurs créées (celle du PJC si celui-ci est facturé).
- En cas d'exonération pour acte coûteux > 120€, la **participation forfaitaire assurée de 24€** est facturable dans ce cas via le code acte **PAH** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie haute du S3404 :
 - Un [Prix Unitaire] égal à 24€ à ce jour.
 - Une [Quantité] égale à 1.
 - Une [Base de Remboursement] égale à 0.
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant Total de la dépense] égal à la [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égal à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisé avec l'une des nouvelles valeurs créées (celle du PJC si celui-ci est facturé).
- Peuvent continuer à être facturées au titre de l'assurance maladie obligatoire et du bénéficiaire de la C2S ou *d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire (cas de la MSA ou de la MGEN par exemple)*, par les établissements ex-OQN dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1):
 - La **part obligatoire au taux de ville et la part complémentaire des médicaments délivrés dans le cadre d'une maladie intercurrente** via les codes actes **PH7, PH4, PH2 et PH1** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie médiane du S3404 :
 - Un [Prix Unitaire] valorisé.
 - Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Taux de remboursement] égal au taux de ville (100% pour PH1, 30% pour PH4 et 65% pour PH7).
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à [Base de Remboursement] x [Taux de remboursement].
 - Le [Montant Total de la dépense] égal à [Base de Remboursement].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à blanc.
 - Un [Montant remboursable AMC] égal à la valeur du Ticket Modérateur.

- Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés à **07 / 000** (et non pas la MT / DMT du séjour ou de la séance).
- La **part obligatoire et la part complémentaire des actes médicaux et paramédicaux (hors actes infirmiers)** selon les codes actes actuels et avec le cas échéant leur codage affiné, selon les modalités actuelles avec en type 4 de la norme B2 CP / partie basse du S3404 :
 - Un [Prix Unitaire] valorisé.
 - Une [Quantité] valorisée.
 - Un [Coefficient] valorisé.
 - Une [Base de Remboursement] valorisée
 - Un [Taux de remboursement] par défaut égal à 80% (en l'absence de situation d'exonération).
 - Un [Montant remboursable AMO] valorisé.
 - Un [Montant honoraires] valorisé.
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à blanc.
 - Un [Montant remboursable AMC] valorisé avec le Ticket modérateur
 - Un [Mode de Traitement (MT)] & une [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés avec une donnée de TNJP inscrite au référentiel de l'assurance maladie obligatoire.

Nota : Pour un bénéficiaire de la C2S :

- lorsque le Ticket Modérateur est supérieur à la somme des forfaits journaliers (hors jour de sortie),
 - le forfait journalier dont le montant est inclus dans le montant facturé de l'acte **PJC**, peut être mentionné distinctement dans le bordereau S3404 à l'attention de l'AMO (mais pas dans le flux B2-CP) via une ligne « *FJ* » directement après l'acte PJC avec les informations suivantes :
 - Les données [MT], [DMT] correspondent à celles de l'acte « **PJC** ».
 - La période [du] [au] est renseignée.
 - Le [prix unitaire] est égal à 15€ à ce jour.
 - La [quantité] est valorisée.
 - Le [coefficient] est à 1.
 - Le [montant facturé] de la ligne « *FJ* » est vide.
- lorsque le Ticket Modérateur est inférieur ou égal à la somme des forfaits journalier hors jour de sortie,
 - le forfait journalier hors jour de sortie est pris en charge au titre de la C2S, il est facturé via le code acte **FJC** dans le bordereau S3404 et dans la norme B2-CP.

➔ Exemple n°1 de facturation B2 : ticket modérateur > Somme des Forfaits Journaliers

Exemple de facturation d'un séjour PSY de 16 jours non pris en charge à 100% pour un bénéficiaire de la C2S, par un établissement non en « Tarif tout compris » antérieurement à la réforme, comprenant un PJC, ainsi que des honoraires facturés par un médecin libéral, et la dispensation d'un médicament intercurrent :

Type 2				
Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation	Date d'entrée	Date de sortie	Nature d'assurance
Etab PSY	15/01/2022	15/01/2022	31/01/2022	10

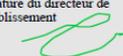
Type 3															
Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	15/01/22	30/01/22	PJC	03	860	80	16	1	0	0	0	1280 (cf.*)	N	1280	-
Etab PSY	20/01/22	20/01/22	PH7	07	000	55	1	1	55	65	35,75	55	-	19,25	-
Etab PSY	31/01/22	31/01/22	FJA	03	860	15	1	1	15	0	0	15	N	15	-

Note : Dans cet exemple, la comparaison entre le ticket modérateur et la somme des Forfaits Journaliers fait ressortir un TM supérieur à la somme des Forfait Journalier : les FJC n'apparaissent donc pas dans le flux B2, car ils sont déjà implicitement inclus dans le PJC.

(*) Note : Pour ces bénéficiaires de C2S ou d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire (cas de la MSA ou de la MGEN par exemple), on utilise un code prestation « PJC » spécifique. La valeur du prix unitaire du PJC correspond à 20% de la valeur du TNJP fixé par l'ARS. Ainsi dans cet exemple d'un séjour en TNJP fixé par l'ARS à 400€ le prix unitaire facturé du PJC est égal à 80€. Pour un séjour de 16 jours, la Base de Remboursement du PJC sera égale à 80 x 16 = 1280€. Le taux de remboursement est à 0 et le montant facturé en part complémentaire est égale à 1280€.

Type 4															
Partenaire de santé	Date	Acte	MT	DMT	Qté	Coef	Dénom-brement	PU	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt hono-raires	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	25/01/22	G	03	860	1	1	1	25	25	80	20	25	-	5	-

Illustration du S3404 correspondant à l'exemple 1 pour un bénéficiaire de la C2S :

code organisme de rattachement		date début hospitalisation 15/01/2022		adresse																		
entrée le 15/01/2022 à 10H00 heures.		sortie le 31/01/2022 à 11H00 heures.																				
maladie <input checked="" type="checkbox"/>		conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins		soins en rapport avec l'article L. 212-1 <input type="checkbox"/>																		
maternité <input type="checkbox"/>		date du début de grossesse ou date d'accouchement		AT/MP n° ou date																		
accident causé par un tiers non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		date																				
frais de structure et de soins (1)										frais de structure et de soins (2)												
transfert mode de paiement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes exo.	transfert mode de paiement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes exo.	
				du	au										du	au						
03	860	PJC		15/01/2022	30/01/2022	80.00€	16	1	1280.00€													
03	860	FJ		15/01/2022	30/01/2022	15.00€	16	1														
03	860	FJA		31/01/2022	31/01/2022	15.00€	1	1	15.00€													
sous-total 1										sous-total 2												
1295.00€																						
produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)																						
transfert mode de paiement	DMT	prestation	n° GHS	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	libellé	code	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	montant facturé	codes exo.										
07	000	PH7		990792822	20/01/2021				55.00€	1	55.00€											
sous-total 3										55.00€												
sous-total 1+2+3										1350.00€												
relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire																						
transfert n° de case	numéro d'identification du prescripteur	spécialité	numéro d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	n° GHS	actes effectués					quantité ou coefficient	honoraires facturés	dépassé code exonération	signature des praticiens ou auxiliaires médicaux attestant la prestation des actes, l'exactitude du montant total des honoraires facturés et la dispense d'avance de frais						
								code acte ou lettre-clé	activité	phase	exécuté	éléments de tarification					autres					
			123456789	01	25/01/2022		G						1	25.00€		1						
sous-total 4													25.00€									
transfert provisoire - n° FINESS établissement 1													n° FINESS établissement 2									
MANDATAIRE(S)																						
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)			1375.00€		l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire			<input checked="" type="checkbox"/>		l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire			<input type="checkbox"/>		signature du directeur de l'établissement							

➔ Exemple n°2 de facturation B2 : ticket modérateur ≤ Somme des Forfaits Journaliers

Exemple de facturation d'un séjour PSY de 16 jours non pris en charge à 100% pour un bénéficiaire de la C2S, par un établissement non en « Tarif tout compris » antérieurement à la réforme, comprenant des FJC ainsi que des honoraires facturés par un médecin libéral, et la délivrance d'un médicament dans le cadre d'une maladie intercurrente :

Type 2				
Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation	Date d'entrée	Date de sortie	Nature d'assurance
Etab PSY	15/01/2022	15/01/2022	31/01/2022	10

Type 3															
Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	15/01/22	30/01/22	FJC	03	860	15	16	1	0	0	0	240	N	240	-
Etab PSY	20/01/22	20/01/22	PH7	07	000	55	1	1	55	65	35,75	55	-	19,25	-
Etab PSY	31/01/22	31/01/22	FJA	03	860	15	1	1	15	0	0	15	N	15	-

Note : Dans cet exemple, la comparaison entre le ticket modérateur et la Somme des Forfaits Journaliers fait ressortir un ticket modérateur inférieur à la somme des Forfaits Journaliers : les FJC apparaissent donc dans le flux B2 en lieu et place du PJC.

Type 4															
Partenaire de santé	Date	Acte	MT	DMT	Qté	Coef	Dénom- brement	PU	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt hono- raires	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	25/01/22	G	03	860	1	1	1	25	25	80	20	25	-	5	-

➔ Exemple n°3 de facturation B2 : avec TMF 24€ mais sans acte CCAM facturés en sus

Exemple d'un séjour PSY de 16 jours pour un bénéficiaire de la C2S avec séjour exonéré pour acte couteux > 120€, avec facturation d'un acte PAH de 24€ par un établissement en « Tarif tout compris » antérieurement à la réforme (pas de facturation d'honoraires en types 4 et 4M) :

Type 2				
Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation	Date d'entrée	Date de sortie	Nature d'assurance
Etab PSY	15/01/2022	15/01/2022	31/01/2022	10

Type 3															
Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	30/01/22	30/01/22	PAH	03	860	24	1	1	0	0	0	24	N	24	-
Etab PSY	15/01/22	30/01/22	FJC	03	860	15	16	1	0	0	0	240	N	240	-
Etab PSY	23/01/22	23/01/22	PH7	07	000	55	1	1	55	65	35,75	55	-	19,25	-
Etab PSY	31/01/22	31/01/22	FJA	03	860	15	1	1	15	0	0	15	N	15	-

Note : la participation assuré forfaitaire de 24€ est à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire. Pour les bénéficiaires de la C2S elle est facturée à l'assurance maladie obligatoire via le code PAH facturé en part AMC.

➔ Exemple n°4 de facturation B2 : avec TMF 24€ et avec acte CCAM facturé en sus

Exemple de facturation d'un séjour PSY de 16 jours pour un bénéficiaire de la C2S par un établissement non en « tarif tout compris » antérieurement à la réforme, avec séjour exonéré pour acte couteux > 120€, avec facturation d'un acte PAH de 24€ (avec facturation d'honoraires en types 4 et 4M) :

Type 2				
Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation	Date d'entrée	Date de sortie	Nature d'assurance
Etab PSY	15/01/2022	15/01/2022	31/01/2022	10

Type 3															
Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	30/01/22	30/01/22	PAH	03	860	24	1	1	0	0	0	24	N	24	-
Etab PSY	15/01/22	30/01/22	FJC	03	860	15	16	1	0	0	0	240	N	240	-
Etab PSY	23/01/22	23/01/22	PH7	07	000	55	1	1	55	65	35,75	55	-	19,25	-
Etab PSY	31/01/22	31/01/22	FJA	03	860	15	1	1	15	0	0	15	N	15	-

Type 4															
Partenaire de santé	Date	Acte	MT	DMT	Qt	Coef	Dénom- brement	PU	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt hono- raires	Qualif dép.	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	30/01/22	ATM	03	860	1	1	1	122,69	122,69	100	122,69	122,69	-	0	C (*)

Note (*) : exo C à renseigner obligatoirement sur le code regroupement de l'acte CCAM en type 4. La participation assuré de 24€ est à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire. Pour les bénéficiaires de la C2S ou d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire (cas de la MSA ou de la MGEN par exemple), elle est facturée à l'assurance maladie obligatoire via le code PAH facturé en part AMC. Au niveau de l'acte CCAM en type 4 de la norme B2 CP le motif d'exo doit être valorisé à C et la participation assuré de 24€ ne doit pas être déduite du montant remboursable AMO de l'acte CCAM.

Type 4M					
Partenaire de santé	Compl de type	Séquence	Code Acte	Code Phase de traitement	Code Activité
Etab PSY	M	01	AHQB032	0	1

Note 1 (s'applique aux 4 exemples) : facturation en partie haute du S3404 et en type 3 de la norme B2 CP des seuls Tickets Modérateurs et forfaits journaliers du jour de sortie en part complémentaire au titre de la C2S ou d'une complémentaire santé gérée dans le même organisme que la part obligatoire (cas de la MSA ou de la MGEN par exemple). Pas de valorisation des taux et montants remboursables AMO.

Note 2 (s'applique aux 4 exemples) : la MT / DMT associée à chaque acte en type 4A de la norme B2-CP doit nécessairement correspondre à la MT / DMT de l'acte PJC facturé, ou en l'absence de PJC, à l'une des nouvelles MT / DMT créées à l'occasion de la création des nouveaux Tarifs Nationaux Journaliers de Prestation (TNJP) et enregistrés dans le référentiel de l'assurance maladie.

L'ordre de facturation en type 3 de la norme B2 CP doit aussi être respecté.

7.3 Cas n°3 - Assuré social ressortissant du Régime Local d'Alsace-Moselle (RLAM)

En fonction des soins dispensés au cours de séjours en **PSY** :

- Peuvent être facturés au titre du régime local Alsace Moselle :
 - **Le ticket modérateur en l'absence de situation d'exonération du ticket modérateur de droit commun** (soins en lien avec une ALD par exemple). Ce dernier est pris en charge au titre du régime local Alsace Moselle sur la base du nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP). Il est facturable dans ce cas via le code acte **PJL** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie haute du S3404 :
 - Un **[Prix Unitaire]** égal à la valeur du nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP).
 - Une **[Quantité]** égale au nombre de jours de présence.
 - Une **[Base de Remboursement]** égale à **[Prix Unitaire]** x **[Quantité]**.
 - Un **[Taux de remboursement]** égal à **20%**.

Nota : les règles de valorisation du PU et du taux du PJL sont différentes de celles à appliquer pour le PJC décrites précédemment en partie 7.2.

- Un **[Montant remboursable AMO]** égal à **[Base de Remboursement]** x **[Taux de remboursement]**.
 - Un **[Montant Total de la dépense]** égal à **[Base de Remboursement]**.
 - Un **[Qualificatif de la dépense]** égal à blanc.
 - Un **[Montant remboursable AMC]** égal à 0.
 - Le **[Mode de Traitement (MT)]** & la **[Discipline Médico Tarifaire (DMT)]** associés au TNJP.
- Dans les situations d'exonération du ticket modérateur (ALD par exemple), l'acte PJL n'est pas facturable mais les **forfaits journaliers hors forfait journalier du jour de sortie** sont dans ce cas facturables via le code acte **FLP** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie haute du S3404 :
 - Un **[Prix Unitaire]** égal à 15€ en PSY à ce jour.
 - Une **[Quantité]** égale au nombre de jours de présence.
 - Une **[Base de Remboursement]** égale à **[Prix Unitaire]** x **[Quantité]**.
 - Un **[Taux de remboursement]** égal à 100%.
 - Un **[Montant remboursable AMO]** égal à **[Base de Remboursement]**.
 - Le **[Montant Total de la dépense]** égal à la **[Montant remboursable AMO]**.
 - Un **[Qualificatif de la dépense]** égal à blanc.
 - Un **[Montant remboursable AMC]** égal à 0.
 - Le **[Mode de Traitement (MT)]** & la **[Discipline Médico Tarifaire (DMT)]** valorisé avec l'une des nouvelles valeurs créées.
 - Le **forfait du jour de sortie** est facturable dans ce cas via le code acte **FRL** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie haute du S3404 :

- Un [Prix Unitaire] égal à 15€ en PSY à ce jour.
 - Une [Quantité] égale à 1.
 - Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Taux de remboursement] égal à 100% pour FRL.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à [Base de Remboursement] x [Taux de remboursement].
 - Le [Montant Total de la dépense] égal à la [Base de Remboursement].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à blanc.
 - Un [Montant remboursable AMC] égal à 0.
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisé avec l'une des nouvelles valeurs créées (celle du PJJ si celui-ci est facturé).
- En cas d'exonération pour acte coûteux > 120€, la **participation forfaitaire assurée de 24€ est facturable dans ce cas** via le code acte **PAJ** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie haute du S3404 :
- Un [Prix Unitaire] égal à 24€ à ce jour.
 - Une [Quantité] égale à 1.
 - Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Taux de remboursement] égal à 100%.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à égal à [Base de Remboursement] x [Taux de remboursement].
 - Le [Montant Total de la dépense] égal à la [Montant remboursable AMO].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à blanc.
 - Un [Montant remboursable AMC] égal à 0.
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisé avec l'une des nouvelles valeurs créées.

Nota : Pour un bénéficiaire du RLAM :

- lorsque le Ticket Modérateur est supérieur à la somme des forfaits journaliers (hors jour de sortie),
 - le forfait journalier dont le montant est inclus dans le montant facturé de l'acte **PJJ**, peut être mentionné distinctement dans le bordereau S3404 à l'attention de l'AMO (mais pas dans le flux B2-CP), via une ligne « *FJ* » directement après l'acte PJJ avec les informations suivantes :
 - Les données [MT], [DMT] correspondent à celles de l'acte « **PJJ** ».
 - La période [du] [au] est renseignée.
 - Le [prix unitaire] est égal à 15€ à ce jour.
 - La [quantité] est valorisée.
 - Le [coefficient] est à 1.

- Le [montant facturé] de la ligne « *FJ* » est vide.
- lorsque le Ticket Modérateur est inférieur ou égal à la somme des forfaits journalier hors jour de sortie,
 - le forfait journalier hors jour de sortie est pris en charge au titre de la C2S, il est facturé via le code acte **FLP** dans le bordereau S3404 et dans la norme B2-CP.
- Peuvent continuer à être facturées au titre de l'assurance maladie obligatoire pour les bénéficiaires du régime local Alsace Moselle, par les établissements ex-OQN dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - La **part obligatoire au taux de ville Alsace Moselle des médicaments (exemple 90% pour PH7) délivrés dans le cadre d'une maladie intercurrente** via les codes actes **PH7, PH4, PH2** et **PH1** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie médiane du S3404 :
 - Un [Prix Unitaire] valorisé.
 - Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Taux de remboursement] égal au taux de ville Alsace Moselle des médicaments (exemple 90% pour PH7).
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à [Base de Remboursement] x [Taux de remboursement].
 - Le [Montant Total de la dépense] égal à [Base de Remboursement].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à blanc.
 - Un [Montant remboursable AMC] égal avec la valeur du Ticket Modérateur.
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés à **07 / 000** (et non pas la MT / DMT du séjour ou de la séance).
 - La **part obligatoire des actes médicaux et paramédicaux (hors actes infirmiers)** selon les codes actes actuels et avec le cas échéant leur codage affiné, selon les modalités actuelles avec en type 4 de la norme B2 CP / partie basse du S3404 :
 - Un [Prix Unitaire] valorisé.
 - Une [Quantité] valorisée.
 - Un [Coefficient] valorisé.
 - Une [Base de Remboursement] valorisée.
 - Un [Taux de remboursement] par défaut égal à 100%.
 - Un [Montant remboursable AMO] valorisé.
 - Un [Montant honoraires] valorisé.
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à blanc.
 - Un [Montant remboursable AMC] égal à 0.
 - Un [Mode de Traitement (MT)] & une [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés avec une donnée de TNJP inscrite au référentiel de l'assurance maladie obligatoire.

Note : Pour rappel, la zone « Nature d'Assurance » (Type 2, position 77-78 en norme B2) doit être valorisée à « 13 » dans le cas d'un assuré social ressortissant du régime local Alsace-Moselle.

→ Exemple n°1 de facturation B2 : avec délivrance d'un médicament pour maladie intercurrente

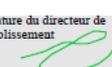
Exemple de facturation d'un séjour PSY de 16 jours non pris en charge à 100% pour un bénéficiaire du RLAM, par un établissement en « Tarif tout compris » antérieurement à la réforme, comportant le Ticket Modérateur via le code acte **PJL** et le Forfait Journalier du jour de sortie via le code **FRL**, pris en charge par le RLAM :

Type 2				
Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation	Date d'entrée	Date de sortie	Nature d'assurance
Etab PSY	15/01/2022	15/01/2022	31/01/2022	13

Type 3															
Part. de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dép.	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	15/01/22	30/01/22	PJL	03	860	400	16	1	6400	20	1280	6400	-	0	-
Etab PSY	31/01/22	31/01/22	FRL	03	860	15	1	1	15	100	15	15	-	0	-

Note : Au sein de la facture, il convient de respecter l'ordre de facturation en type 3 de la norme B2 CP.

Illustration du S3404 correspondant à l'exemple 1 pour un bénéficiaire du RLAM:

code organisme de rattachement		date début hospitalisation 15/01/2022		adresse																					
entrée le 15/01/2022 à 10H00 heures.		sortie le 31/01/2022 à 11H00 heures.																							
maladie <input checked="" type="checkbox"/>				conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins																					
				code exonération																					
maternité <input type="checkbox"/>				soins en rapport avec l'article L. 212-1 <input type="checkbox"/>																					
date du début de grossesse ou date d'accouchement		AT/MP		n° ou date																					
accident causé par un tiers		non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>																					
date																									
frais de structure et de soins (1)										frais de structure et de soins (2)															
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes exo	transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes exo		
					du	au											du	au							
03	860	PJL			15/01/2022	30/01/2022	400.00€	16	1	6400.00€															
03	860	FJ			15/01/2022	30/01/2022	15.00€	16	1																
03	860	FRL			31/01/2022	31/01/2022	15.00€	1	1	15.00€															
sous-total 1										6415.00€															
produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)																									
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	libellé	code	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	montant facturé	codes exo												
													sous-total 3												
													sous-total 1+2+3												
													6415.00€												
relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire																									
transfert	n° de case	numéro d'identification du prescripteur	spécialité	numéro d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	n° GHS	actes effectués				quantité ou coefficient	honoraires facturés	dépassé	code exonération	signature des praticiens ou auxiliaires médicaux attestant la prestation des actes, l'exactitude du montant total des honoraires facturés et la dispense d'avance de frais								
									code acte ou lettre-clé	services	phase	actes doc						éléments de tarification							
																	sous-total 4								
transfert provisoire - n° FINESS établissement 1																	n° FINESS établissement 2								
MANDATAIRE(S)																									
MONTANT TOTAL en euros (1-2+3+4)		6415.00€		l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire		<input checked="" type="checkbox"/>		l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire		<input type="checkbox"/>		signature du directeur de l'établissement													

➔ Exemple n°2 de facturation B2 : avec TMF24€ et avec acte CCAM facturé en sus

Exemple de facturation d'un séjour PSY de 16 jours pour un bénéficiaire du RLAM par un établissement non en « tarif tout compris » antérieurement à la réforme, avec séjour exonéré pour acte couteux > 120€, avec facturation d'un acte PAJ de 24€ (avec facturation d'honoraires en types 4 et 4M) :

Type 2				
Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation	Date d'entrée	Date de sortie	Nature d'assurance
Etab PSY	15/01/2022	15/01/2022	31/01/2022	10

Type 3															
Part. de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dép.	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	30/01/22	30/01/22	PAJ	03	860	24	1	1	24	100	24	24	-	0	-
Etab PSY	20/01/22	20/01/22	PH7	07	000	55	1	1	55	100	55	55	-	0	-
Etab PSY	15/01/22	30/01/22	FLP	03	860	15	16	1	0	100	240	240	-	0	-
Etab PSY	31/01/22	31/01/22	FRL	03	860	15	1	1	15	100	15	15	-	0	-

Note : Pour le médicament « PH7 » délivré au titre d'une maladie intercurrente, il convient d'appliquer le taux de prise en charge des médicaments de ville des bénéficiaires du régime local Alsace Moselle de 90% pour le PH7.

Type 4																
Partenaire de santé	Date	Acte	MT	DMT	Qt	Coef	Dénom-brement	PU	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt hono-raires	Qualif dép.	Mt remb. AMC	Exo	
Etab PSY	30/01/22	ATM	03	860	1	1	1	122,69	122,69	100	122,69	122,69	-	0	C (*)	

Note (*) : exo C à renseigner obligatoirement sur le code regroupement de l'acte CCAM en type 4A. La participation assuré de 24€ est à la charge du régime local Alsace Moselle. Elle est facturée à l'assurance maladie obligatoire via le code PAJ facturé en part AMO. Au niveau de l'acte CCAM en type 4 de la norme B2 CP, le motif d'exo doit être valorisé à C et la participation assuré de 24€ ne doit pas être déduite du montant remboursable AMO de l'acte CCAM.

Type 4M					
Partenaire de santé	Compl de type	Séquence	Code Acte	Code Phase de traitement	Code Activité
Etab PSY	M	01	AHQB032	0	1

Note : La MT / DMT associée à chaque acte en type 4A de la norme B2 CP doit nécessairement correspondre à une MT / DMT enregistrée dans le référentiel de l'assurance maladie. Au sein de la facture, il convient de respecter l'ordre de facturation en type 3 de la norme B2 CP. Dans cet exemple il s'agira d'abord de faire apparaître PAJ, suivi du FJL ou PH1 / PH7 / PH4 s'il y en a, suivi du FRL.

Illustration du S3404 correspondant à l'exemple 2 pour un bénéficiaire du RLAM :

n° d'identification et/ou adresse		date début hospitalisation		15/01/2022		n° d'identification et/ou adresse														
code organisme de rattachement		date début hospitalisation		15/01/2022		n° d'identification et/ou adresse														
entree le 15/01/2022		à 10H00 heures.		sortie le 31/01/2022		à 11H00 heures.														
maladie <input checked="" type="checkbox"/>				conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins																
maternité <input type="checkbox"/>				code exonération																
date du début de grossesse ou date d'accouchement				soins en rapport avec l'article L. 212-1 <input type="checkbox"/>																
AT/MP n° ou date				accident causé par un tiers non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> date																
frais de structure et de soins (1)								frais de structure et de soins (2)												
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	période		coefficient	montant facturé	codes exo.	transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	période		coefficient	montant facturé	codes exo.	
					du	au									du	au				
03	860	FLP			15/01/2022	30/01/2022	16	1	240.00€											
03	860	PAJ			30/01/2022	30/01/2022	1	1	24.00€											
03	860	FRL			31/01/2022	31/01/2022	1	1	15.00€											
sous-total 1										sous-total 2										
279.00€																				
produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)																				
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	libellé	code	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	montant facturé	codes exo.							
07	000			PH7	990792822	20/01/2022				55.00€	1	55.00€								
sous-total 3												55.00€								
sous-total 1-2+3												55.00€								
relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire																				
transfert	n° de case	numéro d'identification du prescripteur	spécialité	numéro d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	n° GHS	actes effectués				quantité ou coefficient	honoraires facturés	dépense	code exonération	signature des praticiens ou auxiliaires médicaux attestant la prestation des actes, l'exactitude du montant total des honoraires facturés et la dispense d'avance de frais			
									code acte ou lettre-clé	actes phase	actes de	éléments de tarification	autres							
				123456789	37	30/01/2022			AHQB032	1	0			1	122.69€	C				
sous-total 4															122.69€					
transfert provisoire - n° FINESS établissement 1										n° FINESS établissement 2										
MANDATAIRE(S)																				
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)		456.69€		l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire		<input checked="" type="checkbox"/>		l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire		<input type="checkbox"/>		signature du directeur de l'établissement								

7.4 Cas n°4 - Bénéficiaire de l'Aide Médicale d'Etat (AME)

En fonction des soins dispensés au cours de séjours en **PSY** :

- Peuvent continuer à être facturées pour les bénéficiaires l'Aide Médicale d'Etat (AME) :
 - o **100% du séjour établi sur la base du nouveau Tarif National Journalier de Prestations** via le code acte **PJ** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie haute du S3404 :
 - Un **[Prix Unitaire]** égal au nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) notifié par l'ARS.
 - Une **[Quantité]** égale à au nombre de jours de présence.
 - Une **[Base de Remboursement]** égale à 0.
 - Un **[Taux de remboursement]** égal à 0.
 - Un **[Montant remboursable AMO]** égal à 0.
 - Un **[Montant Total de la dépense]** égal à **[Prix Unitaire]** x **[Quantité]**
 - Un **[Qualificatif de la dépense]** égal à N.
 - Un **[Montant remboursable AMC]** égal à **[Prix Unitaire]** x **[Quantité]**
 - Le **[Mode de Traitement (MT)]** & la **[Discipline Médico Tarifaire (DMT)]** associés au TNJP.
 - o Le **forfait journalier du jour de sortie** via le code acte **FJA** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie haute du S3404 :
 - Un **[Prix Unitaire]** égal à 15€ en PSY à ce jour.
 - Une **[Quantité]** égale à 1.
 - Une **[Base de Remboursement]** égale à **[Prix Unitaire]** x **[Quantité]** (avec quantité toujours égale à 1 pour le FJA).
 - Un **[Taux de remboursement]** égal à 0.
 - Un **[Montant remboursable AMO]** égal à 0.
 - Le **[Montant Total de la dépense]** égal à la **[Base de Remboursement]**.
 - Un **[Qualificatif de la dépense]** égal à N.
 - Un **[Montant remboursable AMC]** égal à **[Base de Remboursement]**.
 - Le **[Mode de Traitement (MT)]** & la **[Discipline Médico Tarifaire (DMT)]** valorisé avec l'une des nouvelles valeurs créées (celle du PJC si celui-ci est facturé).
- **Peuvent continuer à être facturés pour les bénéficiaires de l'AME** par les établissements ex-OQN dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
 - o **Intégralement en part complémentaire les médicaments délivrés dans le cadre d'une maladie intercurrente** via les codes actes **PH7, PH4, PH2** et **PH1** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie médiane du S3404 :
 - Un **[Prix Unitaire]** valorisé.
 - Une **[Base de Remboursement]** égale à **[Prix Unitaire]** x **[Quantité]**.

- Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Le [Montant Total de la dépense] égal à [Base de Remboursement].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égal à [Base de Remboursement].
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés à **07 / 000** (et non pas la MT / DMT du séjour ou de la séance).
- **Intégralement en part complémentaire les actes médicaux et paramédicaux (hors actes infirmiers) selon les codes actes actuels et avec le cas échéant leur codage affiné, selon les modalités actuelles avec en type 4 de la norme B2 CP / partie basse du S3404 :**
- Un [Prix Unitaire] valorisé.
 - Une [Quantité] valorisée.
 - Un [Coefficient] valorisé.
 - Une [Base de Remboursement] égale à 0.
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0%
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant honoraires] valorisé.
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] valorisé.
 - Un [Mode de Traitement (MT)] & une [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés avec une donnée de TNJP inscrite au référentiel de l'assurance maladie obligatoire.

Nota : Pour un bénéficiaire de l'AME le forfait journalier dont le montant est inclus dans le montant facturé de l'acte **PJ**, peut être mentionné distinctement dans le bordereau S3404 à l'attention de l'AMO (mais pas dans le flux B2-CP) via une ligne « *FJ* » directement après le code acte PJ avec les informations suivantes :

- Les données [MT], [DMT] correspondent à celles de l'acte « **PJ** ».
- La période [du] [au] est renseignée.
- Le [prix unitaire] est égal à 15€ à ce jour.
- La [quantité] est valorisée.
- Le [coefficient] est à 1.
- Le [montant facturé] de la ligne « *FJ* » est vide.

➔ **Exemple n°1 de facturation B2 :**

Exemple de facturation d'un séjour PSY de 16 jours pour un bénéficiaire de l'AME, par un établissement non « en Tarif tout compris » antérieurement à la réforme, comprenant un PJ, ainsi que des honoraires facturés par un médecin libéral, et la délivrance d'un médicament dans le cadre d'une maladie intercurrente :

Type 2

Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation	Date d'entrée	Date de sortie	Nature d'assurance
<i>Etab PSY</i>	15/01/2022	15/01/2022	31/01/2022	10

Type 3

Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qt é	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
<i>Etab PSY</i>	15/01/22	30/01/22	PJ	03	860	400	16	1	0	0	0	6400	N	6400	-
<i>Etab PSY</i>	20/01/22	20/01/22	PH7	07	000	55	1	1	0	0	0	55	N	55	-
<i>Etab PSY</i>	31/01/22	31/01/22	FJA	03	860	15	1	1	15	0	0	15	N	15	-

Type 4

Partenaire de santé	Date	Acte	MT	DMT	Qté	Coef	Dénom- brement	PU	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt hono- raires	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
<i>Etab PSY</i>	25/01/22	G	03	860	1	1	1	25	0	0	0	25	N	25	-

Note : La MT / DMT associée à chaque acte en type 4 de la norme B2 CP doit nécessairement correspondre à une MT / DMT enregistrée dans le référentiel de l'assurance maladie. L'ordre de facturation en type 3 de la norme B2 CP doit aussi être respecté.

7.5 Cas n°5 - R ressortissant des « Relations Internationales »

En fonction des soins dispensés au cours de séjours ou de séances en **PSY** :

- La **part obligatoire du séjour** qui est facturable dans ce cas via le code acte **PJ**, avec en type 3 de la norme B2 CP / partie haute du S3404 :
 - Un **[Prix Unitaire]** égal à la valeur du nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) notifié par l'ARS.
 - Une **[Quantité]** égale au nombre de jours de présence.
 - Une **[Base de Remboursement]** égale à **[Prix Unitaire]** x **[Quantité]**.
 - Un **[Taux de remboursement]** égal à 80% sauf situation d'exonération (ALD par exemple).
 - Un **[Montant remboursable AMO]** égal à :
 - **Lorsque le séjour n'est pas pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire :**
 - **[Base de Remboursement]** x **[Taux de remboursement]**
 - **Lorsque le séjour est pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire :**
 - **[Base de Remboursement]** x **[Taux de remboursement]** - **[Sommes des forfaits journaliers hors jour de sortie]**
 - Le **[Montant Total de la dépense]** égal à la **[Base de Remboursement]**.
 - Un **[Qualificatif de la dépense]** égal à blanc.
 - Un **[Montant remboursable AMC]** égal à 0.
 - Le **[Mode de Traitement (MT)]** & la **[Discipline Médico Tarifaire (DMT)]** correspondant.
- Le **forfait journalier du jour de sortie** qui est porté dans la facture « *pour information* » via le code acte **FJA** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie haute du S3404 :
 - Un **[Prix Unitaire]** égal à 15€ en PSY.
 - Une **[Quantité]** égale à 1.
 - Une **[Base de Remboursement]** égale à **[Prix Unitaire]** x **[Quantité]**.
 - Un **[Taux de remboursement]** égal à 0.
 - Un **[Montant remboursable AMO]** égal à 0.
 - Le **[Montant Total de la dépense]** égal à la **[Base de Remboursement]**.
 - Un **[Qualificatif de la dépense]** égal à N.
 - Un **[Montant remboursable AMC]** égal à 0.
 - Le **[Mode de Traitement (MT)]** & la **[Discipline Médico Tarifaire (DMT)]** valorisé avec la MT / DMT du PJ facturé.

Nota : Pour un ressortissant des « relations internationales », le forfait journalier dont le montant est inclus dans le montant facturé de l'acte **PJ**, peut être mentionné distinctement dans le bordereau S3404 à l'attention de l'AMO (mais pas dans le flux B2-CP) via une ligne « *FJ* » directement après le code acte PJ avec les informations suivantes :

- Les données [MT], [DMT] correspondent à celles de l'acte « **PJ** ».
 - La période [du] [au] est renseignée.
 - Le [prix unitaire] est égal à 15€ à ce jour.
 - La [quantité] est valorisée.
 - Le [coefficient] est à 1.
 - Le [montant facturé] de la ligne « *FJ* » est vide.
- Peuvent continuer à être facturées les ressortissants des relations internationales par les établissements ex-OQN dans les conditions antérieures à la réforme (Cf. §5.1) :
- La **part obligatoire au taux de ville des médicaments délivrés dans le cadre d'une maladie intercurrente** via les codes actes **PH7, PH4, PH2** et **PH1** avec en type 3 de la norme B2 CP / partie médiane du S3404 :
 - Un [Prix Unitaire] valorisé.
 - Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Taux de remboursement] égal au taux de ville (100% pour PH1, 30% pour PH4 et 65% pour PH7).
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à [Base de Remboursement] x [Taux de remboursement].
 - Le [Montant Total de la dépense] égal à [Base de Remboursement].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à blanc.
 - Un [Montant remboursable AMC] égal à 0.
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés à **07 / 000** (et non pas la MT / DMT du séjour ou de la séance).
 - La **part obligatoire des actes médicaux et paramédicaux (hors actes infirmiers)** selon les codes actes actuels et avec le cas échéant leur codage affiné, selon les modalités actuelles avec en type 4 de la norme B2 CP / partie basse du S3404 :
 - Un [Prix Unitaire] valorisé.
 - Une [Quantité] valorisée.
 - Un [Coefficient] valorisé.
 - Une [Base de Remboursement] égale à 0.
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0%
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant honoraires] valorisé.
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à blanc.
 - Un [Montant remboursable AMC] valorisé.

- Un [Mode de Traitement (MT)] & une [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés avec une donnée de TNJP inscrite au référentiel de l'assurance maladie obligatoire.

➔ Exemple n°1 de facturation B2 :

Exemple de facturation d'un séjour PSY de 16 jours pour un ressortissant des « Relations Internationales » non exonéré du TM, par un établissement non « en Tarif tout compris » antérieurement à la réforme, comprenant un PJ, ainsi que des honoraires facturés par un médecin libéral, et la délivrance d'un médicament dans le cadre d'une maladie intercurrente :

Type 2				
Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation	Date d'entrée	Date de sortie	Nature d'assurance
Etab PSY	15/01/2022	15/01/2022	31/01/2022	10

Type 3															
Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qt é	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	15/01/22	30/01/22	PJ	03	860	400	16	1	6400	80	5120	6400	-	0	-
Etab PSY	20/01/22	20/01/22	PH7	07	000	55	1	1	55	65	35,75	55	-	0	-
Etab PSY	31/01/22	31/01/22	FJA	03	860	15	1	1	15	0	0	15	N	0	-

Type 4															
Partenaire de santé	Date	Acte	MT	DMT	Qté	Coef	Dénom-brement	PU	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt hono-raires	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	25/01/22	G	03	860	1	1	1	25	25	80	20	25	-	0	-

Note : La MT / DMT associée à chaque acte en type 4 de la norme B2 CP doit nécessairement correspondre à la MT / DMT de l'acte PJ.

Note : La MT / DMT du médicament intercurrent en type 3 de la norme B2 CP doit être égale à **07 / 000**.

L'ordre de facturation des prestations en type 3 de la norme B2 CP doit aussi être respecté.

Illustration du S3404 correspondant à l'exemple 1 pour un ressortissant des relations internationales :

code organisme de rattachement		date début hospitalisation 15/01/2022		adresse																			
entrée le 15/01/2022 à 10H00heures.		sortie le 31/01/2022 à 11H00heures.																					
maladie X		conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins		soins en rapport avec l'article L. 212-1																			
maternité		date du début de grossesse ou date d'accouchement		AT/MP n° ou date																			
				accident causé par un tiers non oui date																			
frais de structure et de soins (1)										frais de structure et de soins (2)													
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coef.	montant facturé	codes exo.	transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coef.	montant facturé	codes exo.
					du	au											du	au					
03	860	PJ			15/01/2022	30/01/2022	400.00€	16	1	6400.00€													
03	860	FJ			15/01/2022	30/01/2022	15.00€	16	1														
03	860	FJA			31/01/2022	31/01/2022	15.00€	1	1	15.00€													
sous-total 1										6415.00€													
sous-total 2																							
produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)																							
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	libellé	code	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	montant facturé	codes exo.										
07	000	PH7		990792822		20/01/2022				55.00€	1	55.00€											
sous-total 3												55.00€											
sous-total 1+2+3												6470.00€											
relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire																							
transfert	n° de case	numéro d'identification du prescripteur	spécialité	numéro d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	n° GHS	actes effectués				quantité ou coefficient	honoraires facturés	dépassement	signature des praticiens ou auxiliaires médicaux attestant la prestation des actes, l'exactitude du montant total des honoraires facturés et la dispense d'avance de frais							
				123456789	01	25/01/2022			G				1	25.00€		1							
sous-total 4														25.00€									
transfert provisoire – n° FINESS établissement 1												n° FINESS établissement 2											
MANDATAIRE(S)																							
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)												6495.00€		l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire		<input checked="" type="checkbox"/>		l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire		<input type="checkbox"/>		signature du directeur de l'établissement	