

HISTORIQUE MISES A JOUR

Version	Date	Détails Mises à Jour
V1.0	19/10/2021	Version initiale.
V2.0	19/11/2021	Prise en compte de retours des éditeurs et de l'inter-régimes.
V2.1	26/11/2021	Correction de la valeur du qualificatif de la dépense du forfait « FPM » régime ALM qui doit être « à blanc » au lieu de « N ». Modification « 6.2.2.2 Exemple n°4 - Bénéficiaire relevant des « Relations Internationales » de 42 ans » remplacement de SB3 par SB2
V2.2	06/12/2021	Modification dans le document et ses annexes de la terminologie « passage complexe » de nuit ou dimanche jour férié par « passage simple ou complexe » de nuit ou en soirée ou un samedi après-midi ou un dimanche ou un jour férié.
V2.3	15/12/2021	Correction de l'exemple en 6.2.2.2 : suppression de la ligne FTN en type 3 car incompatible avec la facturation d'un supplément d'imagerie conventionnelle.
V2.4	01/02/2022	En partie 2 : ajout des références réglementaires. En partie 5.4.3 et 5.6 : précisions sur les modalités de facturation des tests RT-PCR réalisés à l'occasion d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. En partie 5.4.4 et 6.2 : précisions sur les modalités de facturation dans le cas où l'établissement de santé ex-DG a sous-traité la réalisation des actes d'imagerie ou de biologie à des professionnels de santé libéraux ou une autre entité tierce. En partie 5.6 : précisions concernant les modalités de valorisation des tests RT-PCR réalisés lors d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

1 OBJET

La réforme des recettes à l'activité pour les passages aux Urgences non suivis d'une hospitalisation s'applique à partir du 1^{er} janvier 2022. La présente fiche décrit les modalités de facturation de cette activité pour les **établissements ex-DG HORS « FIDES URGENCES »**.

Nota : les règles pour les établissements ex-OQN et ex-DG démarrés dans FIDES sur le volet des Urgences font l'objet d'une fiche distincte.

2 REFERENCES REGLEMENTAIRES ET CONTEXTE

Le nouveau modèle de financement défini par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020, repose sur 3 compartiments :

- Une dotation populationnelle.
- Une dotation complémentaire.

- Des recettes liées à l'activité.

Au sein des recettes liées à l'activité, de nouveaux forfaits et suppléments sont créés pour les passages non programmés non suivis d'hospitalisation dans le même établissement que la structure des urgences autorisée (au sens Finess géographique), en remplacement des facturations d'ATU et des actes et consultations associés.

L'article 51 de la LFSS pour 2021 substitue au ticket modérateur proportionnel aux tarifs des prestations et des actes réalisés lors d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation une participation forfaitaire de l'assuré dénommée forfait patient urgences.

Les forfaits assurant le financement des soins de médecine d'urgence, alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, ainsi que les tarifs associés, sont fixés par :

- *L'arrêté du 27 décembre 2021 fixant les modalités de financement des recettes liées à l'activité des structures des urgences mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale publié au journal officiel le 29 décembre 2021.*
- *L'arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale publié au journal officiel le 29 décembre 2021.*

Cette réforme du financement des urgences est mise en œuvre en plusieurs temps :

- **Au 1^{er} janvier 2021** : dotation populationnelle et dotation complémentaire qualité.
- **Au 1^{er} janvier 2022** : recettes liées à l'activité établies sur la base d'un forfait patient urgences et de nouveaux forfaits et suppléments pour les passages non programmés non suivis d'hospitalisation.

3 OBJECTIF

Cette fiche a pour objectif d'exposer les règles de facturation p pour les établissements **ex-DG Hors « FIDES URGENCES »** des passages non programmés non suivis d'hospitalisation à partir du 1^{er} janvier 2022 :

- De la participation forfaitaire assuré (forfait patient urgence).
- Des nouveaux forfaits et suppléments pris en charge à 100% par l'AMO.

4 SOMMAIRE

1	Objet.....	1
2	Références réglementaires et contexte	1
3	Objectif	2
4	Sommaire	3
5	Généralités – Modalités de « facturation ».....	5
5.1	Forfaits Patient Urgences	6
5.1.1	Participation forfaitaire assuré : Forfait « <i>patient urgences nominal</i> »	6
5.1.2	Participation forfaitaire assuré : Forfait « <i>patient urgences minoré</i> »	7
5.1.3	Participation forfaitaire assuré : Forfait « <i>patient urgences nominal</i> » et forfait « <i>patient urgences minoré</i> » à la charge du régime local Alsace-Moselle	8
5.2	Le forfait « <i>Complément du forfait patient urgences minoré</i> » à la charge de l'assurance maladie obligatoire.....	8
5.3	Forfait activité « âge » : à la charge de l'assurance maladie obligatoire	9
5.4	Suppléments forfaitaires : à la charge de l'assurance maladie obligatoire	10
5.4.1	Suppléments prise en charge spécifique état du patient CCMU	10
5.4.2	Supplément lié au mode d'arrivée du patient	10
5.4.3	Suppléments biologie	11
5.4.4	Suppléments imagerie.....	11
5.4.5	Supplément avis de spécialiste.....	12
5.4.6	Suppléments « nuit profonde » ou « soirée, samedi après-midi, dimanche ou jour férié » du médecin urgentiste	12
5.4.7	Suppléments « nuit » ou « dimanche ou jour férié » du spécialiste ou du radiologue	13
5.5	Point d'attention sur les « Urgences Gynécologiques accueillies dans les services de gynécologie obstétrique ».....	13
5.6	Point d'attention sur les tests PCR réalisés à l'occasion d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement.....	13
6	Règles de facturation.....	15
6.1	Principe de facturation B2 lors d'un passage « <i>simple</i> » aux Urgences	16
6.1.1	Les principes de facturation	16
6.1.2	Facturation du forfait « <i>patient urgences nominal</i> » par un ES ex-DG Hors « FIDES URGENCES »	16
6.1.3	Facturation du forfait « <i>patient urgences minoré</i> » par un ES ex-DG Hors « FIDES URGENCES »	17
6.1.4	Facturation du forfait activité socle en fonction de l'âge par un ES ex-DG Hors « FIDES URGENCES »	19

6.1.5	Exemples de facturation pour un passage « simple » aux urgences pour les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES »	20
6.2	Principe de facturation lors d'un passage complexe aux urgences pour les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES»	21
6.2.1	Les principes de facturation	21
6.2.2	Exemples de facturation pour un passage « complexe aux urgences pour les établissements hors « FIDES URGENCES »	24
6.3	Facturation lors d'un passage « simple ou complexe » aux urgences, de « nuit » ou « en soirée » ou « un samedi après-midi » ou un « dimanche » ou un « jour férié »	27
6.3.1	Les principes de facturation	27
6.3.2	Exemples de facturation pour un passage complexe aux urgences de nuit ou un dimanche	29
7	Synthèse : Modalités de facturation – Zones norme B2-CP	31

5 GENERALITES – MODALITES DE « FACTURATION »

La réforme du financement des urgences s'applique aux établissements de santé ex-OQN et ex-DG.

Concernant les passages non programmés et non suivis d'hospitalisation, elle se caractérise par :

- L'instauration du forfait patient urgences qui a pour objectif :
 - d'améliorer la lisibilité pour les patients du reste à charge sur les passages aux urgences,
 - de faciliter la facturation par les établissements et le recouvrement des créances.

En effet, ce reste à charge forfaitaire qui est indépendant de la nature des actes dispensés ou d'un lien médical avec une pathologie existante (ALD) est ainsi facturable avant la sortie du patient, ce dernier peut s'en acquitter sur place, ou repart à minima avec sa facture.

- La création de forfaits et suppléments à l'activité qui sont fonction de l'intensité de la prise en charge et du recours aux plateaux techniques.

Ils sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire sans facturation en sus d'actes relevant des nomenclatures CCAM, NGAP ou NABM. Note : le dossier patient doit en revanche garder la trace du détail des actes réalisés sur chacun des plateaux techniques.

Ainsi ces deux types de forfait visent à couvrir les frais correspondant aux soins dispensés dans une structure des urgences autorisée. Ces frais sont représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'accueil et au traitement du patient dans une telle structure, c'est-à-dire dont l'autorisation est mise en œuvre dans le respect des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement en vigueur¹.

Ces moyens correspondent à l'organisation de la prise en charge diagnostique et thérapeutique complète au sein de la structure des urgences, qui permet d'assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation. En l'absence de prise en charge médicale au sein de la structure des urgences (et donc de mobilisation de l'ensemble des moyens de celle-ci), l'établissement ne peut facturer ces forfaits et suppléments.

La facture vers l'assurance maladie est réalisée a posteriori après la sortie du patient.

Seuls les passages non programmés et non suivis d'hospitalisation dans le même établissement que la structure des urgences autorisée (au sens Finess géographique), peuvent faire l'objet de la facturation du forfait patient urgences et des nouveaux forfaits urgences.

Nota : en cas de re-convocation dans la structure des urgences, les soins sont financés sous la forme d'actes et de consultations externes et non pas au travers des forfaits et suppléments instaurés par la réforme de financement des urgences.

¹ Celle-ci peut être délivrée aux structures répondant, notamment, à cinq critères cumulatifs :

- La présence d'urgentistes ;
- L'accueil de tout type de malade dans le cadre d'urgences générales ou pédiatriques (Cf. article R. 6123-18 du code de la santé publique) ;
- La présence d'une salle d'urgences vitales ;
- La présence d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ;
- Une ouverture H24, sauf en cas d'antenne de médecine d'urgence (à venir).

5.1 Forfaits Patient Urgences

Le forfait patient urgences est la participation forfaitaire de l'assuré aux frais occasionnés par un passage dans une structure des urgences d'un établissement de santé et **non suivi d'une hospitalisation**.

Cette participation de l'assuré est fixée à un montant forfaitaire « forfait patient urgences » qui peut être minorée dans certaines situations, voire supprimée.

Le forfait patient urgences est indépendant de la nature des actes dispensés :

- Il n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sauf exceptions.
- Il peut être pris en charge par la complémentaire santé de l'assuré dans le cadre des contrats responsables (dont C2S).
- Son montant peut être minoré dans un certain nombre de situations recensées à l'article 51 de la LFSS pour 2021 et, sous confirmation de sa prise en compte, en LFSS 2022.
- Il n'est exigible auprès du patient que si celui-ci bénéficie d'une prise en charge complète au sein de la structure des urgences, notamment à l'exclusion des situations de réorientation (que ce soit ou non dans le cadre d'une expérimentation) ou des cas de patients partis sans attendre le début de leur prise en charge.

L'article 51 de la LFSS pour 2021 prévoit également la :

- Prise en charge de la participation forfaitaire pour les bénéficiaires de l'AME et des « soins urgents » (modification en ce sens de l'article L162-22-11-1 du code de la sécurité sociale).

5.1.1 Participation forfaitaire assuré : Forfait « *patient urgences nominal* »

La participation forfaitaire est intégralement à la charge de l'assuré (relevant d'un régime de sécurité sociale français ou pour un ressortissant des « Relations Internationales ») ou de sa complémentaire. Elle est prise en charge par l'assurance maladie obligatoire uniquement dans certaines situations.

La situation médico-administrative du bénéficiaire de soins est déterminée administrativement en date de début de prise en charge par le médecin urgentiste.

5.1.1.1 Forfait « *patient urgences nominal* » à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire

Le forfait patient urgences, lorsqu'il ne relève pas de situations d'exonération ou de minoration est à la charge du patient.

L'établissement porte le code **FPU** forfait « *patient urgences nominal* » dans la facture adressée au patient ou à sa complémentaire santé.

Un établissement ex-DG hors FIDES « URGENCES »

- porte pour « *information* » le code FPU « *Forfait Patient Urgence nominal* » dans la facture adressée à l'assurance maladie obligatoire pour un ressortissant des « Relations Internationales »
- valorise le code FPU « *Forfait Patient Urgence nominal* » en part complémentaire dans la facture adressée à l'assurance maladie obligatoire pour un bénéficiaire de la C2S dans le cadre du Tiers Payant intégral coordonné.

5.1.1.2 Forfait « *patient urgences nominal* » pour les bénéficiaires de l'AME

Pour un bénéficiaire de l'AME, le forfait « patient urgence nominal » est adressé à l'assurance maladie obligatoire pour prise en charge au titre de l'AME.

Un établissement ex-DG hors FIDES « URGENCES » facture à l'assurance maladie obligatoire ce forfait via le code FPU « Forfait Patient Urgence nominal » en part complémentaire pour un bénéficiaire de l'AME.

5.1.1.3 Forfait « patient urgences nominal » à la charge du régime

Les situations pour lesquelles le forfait patient urgences est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2022 sont les suivantes :

- maternité (article L. 160-9 du code de la sécurité sociale),
- personnes victimes d'un acte de terrorisme (article L.169-1 du code de la sécurité sociale),
- soins aux nouveau-nés jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat (11° de l'article L.160-14 du code de la sécurité sociale),
- soins consécutifs aux sévices sexuels subis par les mineurs (15° de l'article L.160-14 du code de la sécurité sociale),
- pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits (18° de l'article L.160-14 du code de la sécurité sociale),
- dans les situations de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie (article L.160-10-1 du code de la sécurité sociale),
- personnes écrouées.

Et, dans le cadre des évolutions portées en LFSS pour 2022, les titulaires :

- d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des articles L. 341-15 du code de la sécurité sociale.
- d'une pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail (articles L. 341-15, L. 341-16 du code de la sécurité sociale).
- d'une rente ou d'une allocation AT/MP (article L. 371-1 du code de la sécurité sociale) (c'est-à-dire personnes présentant une incapacité au moins égale à 2/3 dans le cadre d'un AT ou d'une MP).
- d'une pension militaire d'invalidité (article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, ex article L115).

Dans ces cas de figure, l'établissement ex-DG hors « FIDES URGENCES » ne réalise pas de facture auprès du patient ou de sa complémentaire. Il utilise le code FPX « Forfait Patient Urgences Régime Obligatoire » selon les consignes communiquées par l'Atih, il n'adresse pas de facture à l'assurance maladie obligatoire.

5.1.2 Participation forfaitaire assuré : Forfait « patient urgences minoré »

Sur la base de l'article 51 de la LFSS pour 2021, les situations pour lesquelles le montant de la participation forfaitaire assuré est minoré concernent les :

- Bénéficiaires reconnus atteints d'une ALD liste ou d'une ALD hors liste (3° et 4° de l'article L.160-14 du code de la sécurité sociale).

Note : La participation est minorée dans tous les cas y compris pour les passages aux urgences qui ne sont pas en lien avec l'ALD.

Et dans le cadre des évolutions portées en LFSS pour 2022 :

- Les soins en lien avec un AT / MP (L. 431-1 et L. 432-1 du code de la sécurité sociale) (c'est-à-dire personnes présentant une incapacité inférieure à 2/3 dans le cadre d'un AT ou d'une MP).

Ces situations ouvrent droit à une minoration du forfait patient urgence. Il reste toutefois à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire santé ; il n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

L'établissement porte le code **FPV** forfait « *patient urgences minoré* » dans la facture au patient ou à sa complémentaire santé et reporte ce code **FPV** (à minima pour information) dans la facture adressée à l'assurance maladie obligatoire.

Nota : Pour un bénéficiaire de la C2S, le code **FPV** est porté en part complémentaire dans la facture adressée à l'assurance maladie obligatoire.

Un établissement ex-DG hors FIDES « URGENCES »

- porte pour « *information* » le code **FPV** « *Forfait Patient Urgence minoré* » dans la facture adressée à l'assurance maladie obligatoire pour un ressortissant des « Relations Internationales ».
- valorise le code **FPV** « *Forfait Patient Urgence minoré* » en part complémentaire dans la facture adressée à l'assurance maladie obligatoire pour un bénéficiaire de la C2S dans le cadre du Tiers Payant intégral coordonné.

5.1.3 Participation forfaitaire assuré : Forfait « *patient urgences nominal* » et forfait « *patient urgences minoré* » à la charge du régime local Alsace-Moselle

Pour les bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle, le montant de la participation forfaitaire assuré nominal ou minoré (cumul d'une situation ALD par exemple et du régime local Alsace-Moselle) est pris en charge par le régime local Alsace-Moselle.

Pour les bénéficiaires du Régime Local Alsace Moselle, les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES » facturent le forfait patient urgences directement à l'assurance maladie obligatoire :

- avec le code **FPL** « *Forfait Patient Urgence nominal Régime Local* » **en l'absence** de situation médico administrative ouvrant droit à minoration du Forfait Patient Urgence.
- avec le code **FPM** « *Forfait Patient Urgence minoré Régime Local* » **en présence** d'une situation médico administrative ouvrant droit à minoration du Forfait Patient Urgence.

La facture établie pour un bénéficiaire du régime local Alsace Moselle ne comporte que le forfait FPL ou le forfait FPM. Les autres forfaits et suppléments sont valorisés sur la base des consignes communiquées par l'Atih.

5.2 Le forfait « *Complément du forfait patient urgences minoré* » à la charge de l'assurance maladie obligatoire

Pour que la situation médico administrative du patient n'entraîne pas d'effet sur le niveau des recettes des établissements, un forfait « *complément du forfait patient urgences minoré* » sera facturé par l'établissement dans les cas d'application d'une participation assurée minorée.

Le montant de ce complément correspond à la différence entre le montant nominal de la participation assuré et le montant minoré de cette participation.

Ce complément est pris en charge intégralement par l'assurance maladie obligatoire pour les seules situations médico administratives du bénéficiaire de soins qui ouvrent droit au montant minoré de la participation assuré.

Le forfait « *complément du forfait patient urgences minoré* » est facturé avec le code **CFU**.

Pour les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES », le CFU est facturé directement à l'assurance maladie obligatoire dans la seule situation suivante :

- **Bénéficiaire des soins relevant des « Relations Internationales » dont la situation médico administrative ouvre droit à l'application d'un Forfait « *patient urgences minoré* » (ALD par exemple).**

Dans les autres situations, le CFU n'est pas facturé à l'AMO, il est valorisé par l'Atih.

5.3 Forfait activité « âge » : à la charge de l'assurance maladie obligatoire

Le volet activité de la réforme des urgences vise à appliquer un financement forfaitaire reflétant l'intensité de la prise en charge du patient et le recours aux plateaux techniques.

Des forfaits activité « socle » sont prévus en fonction de l'âge du patient.

Quatre tranches d'âges sont définies et pour chacune d'elle un forfait consultation de base est associé :

- 0 < 16 ans : **FU1** « *Forfait consultation de base tranche d'âge n°1* »,
- 16 < 45 ans : **FU2** « *Forfait consultation de base tranche d'âge n°2* »,
- 45 ans < 75 ans : **FU3** « *Forfait consultation de base tranche d'âge n°3* »,
- 75 ans et plus : **FU4** « *Forfait consultation de base tranche d'âge n°4* ».

L'exécutant est le médecin urgentiste.

Les forfaits **FUx** sont facturables dès lors que le patient a bénéficié d'une prise en charge complète au sein de la structure des urgences autorisée. A contrario, ils ne sont pas facturables dans les cas où le patient serait parti sans attendre le début de sa prise en charge médicale par un urgentiste ou ferait l'objet d'une réorientation (que ce soit dans le cadre d'une expérimentation ou non). Ils ne sont pas facturables non plus en cas de passage programmé (re-convocation du patient).

La date retenue pour apprécier l'âge et la situation médico-administrative du patient est la date d'exécution des **FUx** qui correspond à la date de début de la prise en charge par le médecin urgentiste.

Par médecin urgentiste, on entend le médecin qui prend en charge le patient au sein de la structure des urgences autorisée, de l'évaluation initiale jusqu'à son orientation finale, et ce dans le respect des conditions techniques de fonctionnement concernant les compétences des médecins des structures des urgences autorisées (articles D6124-1 à D6124-26-10 du code de la santé publique).

Ces forfaits FUx sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire sans possibilité de facturer ou de valoriser en sus des actes CCAM, NGAP ou NABM.

Pour les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES », les forfaits FUx sont facturés à l'assurance maladie obligatoire dans les seules situations suivantes :

- **En part obligatoire lorsque le bénéficiaire de soins relève des « Relations Internationales »,**
- **En part complémentaire lorsque le bénéficiaire de soins relève de l'AME.**

Dans les autres situations, pour ces établissements, ces forfaits sont valorisés par l'Atih.

5.4 Suppléments forfaitaires : à la charge de l'assurance maladie obligatoire

A ce forfait socle, facturé selon l'âge du patient, viennent s'ajouter le cas échéant des suppléments forfaitaires au regard :

- de l'état du patient selon la classification CCMU².
- du mode d'arrivée.
- du recours au plateau technique :
 - Biologie en fonction de l'âge du patient.
 - Imagerie conventionnelle ou imagerie en coupe.
- du recours à un ou plusieurs avis de spécialiste.
- du contexte de réalisation des soins : « *Nuit* », « *Nuit Profonde* », « *Soirée* », « *Samedi après-midi* », « *Dimanche* » ou « *Jour férié* ».

Ces suppléments forfaitaires sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie **sans facturation en sus d'actes CCAM, NGAP ou NABM.**

Pour les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES » les suppléments forfaitaires listés ci-après sont facturés à l'assurance maladie obligatoire dans les seules situations suivantes :

- **En part obligatoire lorsque le bénéficiaire de soins relève des « Relations Internationales »**
- **En part complémentaire lorsque le bénéficiaire de soins relève de l'AME.**

Dans les autres situations, pour ces établissements, ces suppléments sont valorisés par l'Atih.

5.4.1 Suppléments prise en charge spécifique état du patient CCMU

Deux forfaits « *Suppléments prise en charge spécifique* » qui tiennent compte de la gravité de l'état du patient sont facturables lorsque l'état du patient relève des classes 2, 3, 4 ou 5 de la CCMU. Ils se facturent avec les codes :

- **SU2** : « *Supplément prise en charge spécifique CCMU 2+* » (état du patient CCMU 2 et réalisation d'actes inscrits sur une liste fermée d'actes CCAM).
- **SU3** : « *Supplément prise en charge spécifique CCMU 3, 4, 5* » (état du patient CCMU 3-4-5).

L'exécutant est le médecin urgentiste.

La date d'exécution de ces suppléments forfaitaires est la date de début de prise en charge du médecin urgentiste.

5.4.2 Supplément lié au mode d'arrivée du patient

Un forfait « *Supplément lié au mode d'arrivée du patient aux urgences* » (en ambulance, VSAV pompiers, SMUR terrestre ou aéroporté) est prévu. Il se facture avec le code **SUM** « *Supplément d'Urgences Mode d'arrivée* ».

L'exécutant est le médecin urgentiste.

La date d'exécution de ce supplément forfaitaire est la date début de prise en charge du médecin urgentiste.

² CCMU Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) qui évalue et codifie l'état du patient aux urgences selon 7 degrés de gravité.

5.4.3 Suppléments biologie

Les actes de biologie médicale sont facturés via des forfaits « *Suppléments biologie* » spécifiques définis en fonction de l'âge du patient. Ils se facturent avec les codes :

- **SUB** : « *Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°1 || 0 < 16 ans* »,
- **SB2** : « *Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°2 || 16 < 45 ans* »,
- **SB3** : « *Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°3 || + 45 ans* ».

L'exécutant est le laboratoire.

La date retenue pour apprécier l'âge du patient et la date d'exécution de ces suppléments forfaitaires est celle correspondant à la date du premier acte de biologie médicale réalisé.

Nota : les codes 9080, 9081 et 9082 correspondant aux suppléments biologie SUB, SB2 et SB3 des établissements ex-DG ne sont pas facturables à l'assurance maladie obligatoire. Ces codes NABM ne sont utilisables que dans les échanges entre établissements et laboratoire exécutant des actes.

Dans le cadre de la crise sanitaire Covid, les tarifs des suppléments biologie SUB, SB2 et SB3 n'intègrent pas le coût des tests RT-PCR. Le cas échéant, les tests RT-PCR sont financés via FichSup selon les modalités précisées en partie 5.6.

Inversement, lors d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement, la réalisation d'un test RT-PCR seul, sans autres actes d'analyse de biologie médicale, n'ouvre pas droit à la perception d'un supplément biologie SUB, SB2 ou SB3 en sus du forfait âge FUX.

Dans le cadre d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement :

- Dans un établissement de santé ex-DG hors « Fides Urgences », qui a sous-traité la réalisation des actes de biologie à une entité tierce ou une structure de professionnels de santé libéraux
 - Seul l'établissement ex-DG hors « Fides Urgences », qui prend en charge le patient aux urgences, peut percevoir un supplément SUB, SB2 ou SB3 en sus du forfait âge FUX. Dans les cas où les suppléments sont facturables à l'assurance maladie obligatoire (bénéficiaire de l'AME ou ressortissant des relations internationales), l'établissement renseigne dans la norme B2-CP l'identifiant assurance maladie de la structure ou de l'entité tierce dans la donnée [Lieu d'exécution de l'acte] du type 4S en positions 72 à 85 de la norme B2-CP.

L'entité tierce ou la structure de professionnels de santé libéraux, comme les PS qui exercent en son sein, ne sont pas autorisés à facturer directement à l'assurance maladie obligatoire les actes de biologie médicale réalisés dans ce contexte, que ce soit en NABM ou sous forme de suppléments SUB / SB2 / SB3, via leurs propres feuilles de soins.

5.4.4 Suppléments imagerie

Au regard des examens réalisés nécessitant des plateaux d'imagerie, deux forfaits « *Suppléments imagerie* » peuvent être facturés via les codes :

- **SIM** : « *Supplément imagerie conventionnelle* » (radiographie, échographie)
- **SIC** : « *Supplément imagerie en coupe* ».

Le forfait SIC est facturable dès lors qu'a été réalisé au moins un acte CCAM ouvrant droit à la facturation d'un forfait technique d'imagerie selon la nomenclature CCAM en vigueur à la date de réalisation du ou des actes d'imagerie.

Le forfait SIC inclut le cas échéant le financement des actes d'imagerie conventionnelle.

Seul le forfait d'imagerie en coupe (SIC) donne lieu à la facturation d'un forfait technique d'imagerie Scanner, IRM etc. dans le respect des actes d'imagerie CCAM.

Ces forfaits ne sont facturables que si l'exécutant est un radiologue.

La date d'exécution de ces suppléments forfaitaires est la date du premier acte d'imagerie.

Dans le cadre d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement,

- Dans un établissement de santé ex-DG hors « Fides Urgences », qui n'est pas titulaire de l'autorisation de l'EML (scanner ou IRM) et qui a sous-traité la réalisation des actes d'imagerie à une structure de professionnels de santé libéraux ou une entité tierce :

- Seul l'établissement ex-DG hors « Fides Urgences », qui prend en charge le patient aux urgences, peut percevoir un supplément SIM ou SIC.

Il ne peut pas percevoir dans cette situation de sous-traitance, les forfaits techniques FTN, FTR ; ces derniers sont facturés directement à l'assurance maladie obligatoire par le titulaire de l'autorisation de l'EML (scanner ou IRM).

- Les PS libéraux qui exercent au sein de la structure ou l'entité tierce ne peuvent pas facturer directement à l'assurance maladie obligatoire des actes d'imageries que ce soit en CCAM ou sous forme de suppléments SIM / SIC via leurs propres feuilles de soins.

En tant que détentrice de l'autorisation de l'EML (scanner ou IRM) la structure ou l'entité tierce doit en revanche facturer directement vers l'assurance maladie obligatoire les forfaits techniques via le bordereau ad hoc (« *Titre forfait technique* »).

5.4.5 Supplément avis de spécialiste

Lorsqu'un spécialiste intervient, un forfait « *Supplément spécifique pour avis de spécialiste* » est facturable (un seul forfait par spécialité). Il se facture avec le code **SAS** « *Supplément avis de spécialiste* ».

L'exécutant est le médecin spécialiste.

Ce supplément ne peut pas être facturé si le patient n'a pas été vu physiquement par le spécialiste dans la structure des urgences.

La date d'exécution de chaque supplément forfaitaire est la date début de prise en charge de chaque spécialiste.

5.4.6 Suppléments « nuit profonde » ou « soirée, samedi après-midi, dimanche ou jour férié » du médecin urgentiste

Lorsque le médecin urgentiste prend en charge le patient la « *nuit profonde* » ou « *en soirée, le samedi après-midi, le dimanche ou un jour férié* » l'un des deux forfaits « *Suppléments spécifiques* » est facturable via les codes :

- **SUN** : « *Supplément nuit profonde* » du médecin urgentiste.
- **SUF** : « *Supplément soirée / samedi après-midi / dimanche / jour férié* » du médecin urgentiste.

La date d'exécution des suppléments **SUN** et **SUF** doit correspondre à celle du forfait **FUX** (donc à la date de début de la prise en charge par le médecin urgentiste).

Pour les forfaits **SUN** et **SUF**, la période horaire y ouvrant droit est définie par arrêté ministériel.

5.4.7 Suppléments « nuit » ou « dimanche ou jour férié » du spécialiste ou du radiologue

Lorsque un spécialiste ou un radiologue intervient « la nuit » ou « le dimanche ou un jour férié », l'un des deux forfaits « *Suppléments spécifiques* » est facturable via les codes :

- **SSN** : « *Supplément nuit* » du spécialiste ou du radiologue.
- **SSF** : « *Supplément dimanche ou jour férié* » du spécialiste ou du radiologue.

Pour le forfait **SSN**, la période horaire y ouvrant droit est définie par arrêté ministériel.

Pour les forfaits **SSF**, la date d'exécution doit correspondre à un dimanche ou à un jour férié.

La date d'exécution des suppléments **SSN** et **SSF** doit correspondre à celle des forfaits **SIM**, **SIC** et **SAS** auxquels ils se rapportent (soit la date/heure de la première prise en charge par le radiologue et/ou la date/heure de la première consultation par le spécialiste).



Les forfaits biologie (**SUB**, **SB2** et **SB3**) n'ouvrent pas droit à la facturation des suppléments **SSN** et **SSF**.

5.5 Point d'attention sur les « Urgences Gynécologiques accueillies dans les services de gynécologie obstétrique »

Les urgences gynécologiques sont hors champ de la réforme lorsqu'elles sont accueillies dans les services de gynécologie obstétrique.

La facturation des urgences gynécologiques avec des ATU à 80% et des actes associés reste possible dans les conditions déterminées par l'annexe II de la circulaire ministérielle du 3 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

« Dans les cas où, pour des raisons d'organisation interne des établissements, les patientes accueillies pour des urgences gynécologiques sont orientées directement vers les services de gynécologie-obstétrique, une telle venue pour des soins non programmés, non suivis d'hospitalisation dans un service MCO ou en UHCD, peut donner lieu à facturation d'un ATU. La facturation d'un ATU ne concerne pas les urgences obstétricales. »

5.6 Point d'attention sur les tests PCR réalisés à l'occasion d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans le même établissement

Les tests PCR sont facturables en sus des forfaits et suppléments activité urgences selon des modalités spécifiques décrites ci-après.

Cette facturation est explicitement prévue par l'article 3 de l'arrêté du 27 décembre 2021 fixant les modalités de financement des recettes liées à l'activité des structures des urgences mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale :

[La facturation d'un supplément (ie supplément biologie) prévu au présent article n'est pas cumulable avec celle d'un acte inscrit sur les listes prévues à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, à l'exception, le cas échéant, des règles spécifiques de prise en charge des actes de biologie médicale dont les indications visent le covid-19, que ces actes soient inscrits à la nomenclature de biologie médicale ou que leur prise en charge résulte des dispositions de l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.]

Cette facturation qui déroge au principe de non cumul des forfaits et suppléments urgences avec les actes sur les listes prévues à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (NGAP, CCAM, NABM) est **admise dans le cadre des mesures arrêtées en raison de la crise sanitaire**.

A l'occasion d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans un établissement ex-DG hors « Fides Urgences »

Dans le cas où un test RT-PCR est réalisé, l'établissement ex-DG hors « Fides Urgences » valorise les actes du RT-PCR via FichSup.

- Dans le cas où seul un test RT-PCR est réalisé, sans autre acte de biologie médicale, l'établissement ne perçoit pas de supplément biologie SUB ou SB2 ou SB3.

La valorisation à part de tests RT-PCR ne donne pas lieu à facturation d'un second Forfait Patient Urgence nominal ou minoré.

6 REGLES DE FACTURATION

Pour chaque passage non programmé aux urgences non suivi d'une hospitalisation, la recette de l'établissement repose ainsi sur :

- Un forfait « *patient urgences nominal* » ou sur un forfait « *patient urgences minoré* » à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire santé sauf exception.
- Le cas échéant, un forfait « *complément du forfait patient urgences minoré* » à la charge de l'assurance maladie obligatoire.
- Un forfait activité socle en fonction de l'âge du patient à la charge de l'assurance maladie obligatoire.
- Et le cas échéant des suppléments forfaitaires à la charge de l'assurance maladie obligatoire.

Pour les établissements ex-DG Hors « FIDES URGENCES », le financement de ces forfaits repose :

- Sur une facturation auprès de l'assuré ou auprès de sa complémentaire en cas de tiers payant.
- Sur une valorisation par l'Atih et un paiement mensuel par les caisses.
- Et / ou, dans certaines situations particulières, sur une facturation directe vers l'assurance maladie obligatoire.

A l'exception des situations d'urgences gynécologiques accueillies dans les services de gynécologie obstétrique, les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation réalisés à partir du 1^{er} janvier 2022 ne sont plus financés sur la base du forfait « ATU » et des actes nomenclaturés à la NGAP, à la NABM ou à la CCAM.

Nota : le dossier patient doit en revanche garder la trace du détail des actes réalisés sur chacun des plateaux techniques.

Les dispositifs d'exonération pour actes couteux > 120€ et de Ticket Modérateur Forfaitaire 24€ ne s'appliquent pas.

Les forfaits et suppléments urgences sont exclus du parcours de soins.

Dans les cas de facturation vers l'assurance maladie obligatoire par les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES » :

- **Le « *forfait patient urgences nominal* », le « *forfait patient urgences minoré* » et le « *complément du forfait patient urgences minoré* » sont facturés en type 3 de la norme B2 CP.**
- **Les forfaits activité socle fonction de l'âge et les éventuels suppléments forfaitaires sont facturés en type 4 de la norme B2 CP.**

La suite du présent document décrit les modalités de facturation directe vers l'assurance maladie obligatoire par les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES » pour les situations ouvrant droit à cette facturation directe et lors d'un passage :

- **« simple » aux Urgences,**
- **« complexe » aux Urgences,**
- **« simple ou complexe » aux Urgences, de nuit, un dimanche, un jour férié, en soirée ou un samedi après-midi.**

6.1 Principe de facturation B2 lors d'un passage « simple » aux Urgences

6.1.1 Les principes de facturation

La facturation d'un passage « simple » aux urgences c'est-à-dire avec une consultation et sans recours complémentaire à l'imagerie, à la biologie ou à l'avis d'un spécialiste comprend :

- Le forfait patient urgence (nominal ou minoré avec un complément forfait patient urgences si forfait minoré).
- Un forfait activité socle en fonction de l'âge.

6.1.2 Facturation du forfait « patient urgences nominal » par un ES ex-DG Hors « FIDES URGENCES »

Pour les établissements ex-DG Hors « FIDES URGENCES », les seules situations suivantes donnent lieu à la production et à l'envoi d'une facture directe vers l'assurance maladie obligatoire (dans les autres cas, le financement est réalisé par les caisses sur la base de la valorisation de l'activité par l'Atih) :

- **Pour les ressortissants des « Relations Internationales »³**, le forfait « patient urgences nominal » du patient n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, il reste à la charge du patient. Il est reporté « pour information » dans la facture adressée à l'assurance maladie obligatoire via le code **FPU**.

Ce code est alors transmis avec un taux de prise en charge à 0% et avec un qualificatif de la dépense à « N » (Non remboursable).

- Si le patient est **bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)**, le forfait « patient urgences nominal » est intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au titre de la C2S. Il est facturé en part complémentaire via le code **FPU**.

Ce code est alors transmis avec un taux de prise en charge à 0% et avec un qualificatif de la dépense à « N » (Non remboursable) et un montant remboursable de part complémentaire correspondant à la valeur du forfait « patient urgences nominal ».

- Si le patient relève de **l'Aide Médicale d'Etat (AME)**, le forfait « patient urgences nominal » est intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au titre de l'AME. Il est facturé en part complémentaire via le code **FPU**.

Ce code est alors transmis avec un taux de prise en charge à 0% et avec un qualificatif de la dépense à « N » (Non remboursable) et un montant remboursable de part complémentaire correspondant à la valeur du forfait « patient urgences nominal ».

- Si le patient relève du **régime local Alsace-Moselle** alors le forfait « patient urgences nominal », pris en charge par le régime local Alsace-Moselle, est facturé via le code **FPL**.

Ce code est alors transmis avec un taux de prise en charge à 100% et avec un qualificatif de la dépense à « blanc ».

³ Patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (« migrants permanents » et « migrants de passage »).

FPU : « Forfait patient urgences nominal » à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire santé							
Bénéficiaires concernés	Nat. ass	Exo en type 2	Code petit Régime	Taux PEC	Qualif. dépense	DCS	Type 3 CP
<ul style="list-style-type: none"> « Ressortissant des relations internationales » (FPU transmis « pour information ») Bénéficiaire de la C2S (transmis « en part complémentaire ») 	10	0		0%	N	À Blanc	
FPU : « Forfait patient urgences nominal » pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au titre de l'AME							
Bénéficiaires concernés	Nat. ass	Exo en type 2	Code petit Régime	Taux PEC	Qualif. dépense	DCS	Type 3 CP
Bénéficiaires de l'AME (transmis « en part complémentaire »)	10	0		0%	N	A Blanc	
FPL : « Forfait patient urgences nominal » pris en charge au titre du régime local Alsace Moselle							
Bénéficiaires concernés	Nat. ass	Exo en type 2	Code petit Régime	Taux PEC	Qualif. dépense	DCS	Type 3 CP
Bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle	13	0		100%	À blanc	À Blanc	

DCS = Domaine d'activité ou Domaine Court Séjour

6.1.3 Facturation du forfait « patient urgences minoré » par un ES ex-DG Hors « FIDES URGENCES »

Lorsque la situation médico administrative le justifie (ALD par exemple), le montant du forfait patient urgences fait l'objet d'une minoration. Pour les établissements ex-DG Hors « FIDES URGENCES », les seules situations suivantes donnent lieu à la production et à l'envoi d'une facture directe vers l'assurance maladie obligatoire (dans les autres cas, le financement est réalisé par les caisses sur la base de la valorisation de l'activité par l'Atih) :

- Pour les ressortissants des Relations Internationales** (cumul Relations Internationales et ALD par exemple), le forfait « patient urgences minoré » du patient n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, il reste à la charge du patient. Il est reporté « pour information » dans la facture adressée à l'assurance maladie obligatoire via le code **FPV**.

Ce code est alors transmis avec un taux de prise en charge à 0% et avec un qualificatif de la dépense à « N » (Non remboursable).
- Si le patient est **bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)** (cumul ALD et C2S par exemple), le forfait « patient urgence minoré » est intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au titre de la C2S. Il est facturé en part complémentaire via le code **FPV**.

Ce code est alors transmis avec un taux de prise en charge à 0% et avec un qualificatif de la dépense à « N » (Non remboursable) et un montant remboursable de part complémentaire correspondant à la valeur du forfait « patient urgences minoré ».
- Si le patient relève du **régime local Alsace-Moselle** (cumul ALM et ALD par exemple), alors le forfait « patient urgences minoré » (cumul ALD et Alsace Moselle par exemple), pris en charge par le régime local Alsace-Moselle, est facturé via le code **FPM**.

Il est alors transmis avec un taux de prise en charge à 100% et avec qualificatif de la dépense à « blanc ».

Pour les seuls ressortissants des Relations Internationales en ALD, l'établissement facture le forfait « *complément de forfait patient urgences minoré* » via le code **CFU** avec :

- un prix unitaire correspondant à la différence entre le montant du « *forfait patient urgences nominal* », et le montant « *forfait patient urgences minoré* ».
- un taux de prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire.

Note : pour les autres situations, le forfait « *complément de forfait patient urgences minoré* » **CFU** est valorisé par l'Atih.

Note : En nature d'assurance maladie (valeur « 10 » ou « 13 » pour le RLAM en norme B2 CP), le motif d'exonération correspondant à la situation médico-administrative retenue par l'établissement pour facturer le code **FPV** ou **FPM** et le code **CFU** doit être porté au niveau facture (dans le type de la norme B2 CP) et non pas au niveau du type 3 prestation.

FPV : « Forfait patient urgences minoré » à la charge du patient ou de sa complémentaire santé							Type 3 CP
Bénéficiaires concernés	Nat ass	Exo en <u>type 2</u>	Code petit Régime	Taux PEC	Qualif. dépense	Domaine d'activité	
« Ressortissant des relations internationales » et reconnu atteint d'une ALD (FPV transmis « <i>pour information</i> »).	10	4		0%	N	Blanc	
FPV : « Forfait patient urgences minoré » pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au titre de la C2S							Type 3 CP
Bénéficiaires concernés	Nat ass	Exo en <u>type 2</u>	Code petit Régime	Taux PEC	Qualif. dépense	Domaine d'activité	
Bénéficiaire reconnu atteint d'une ALD et bénéficiaire de la C2S (Montant part complémentaire renseigné)	10	4		0%	N	Blanc	
Soins en lien avec un AT / MP (c'est-à-dire personnes présentant une incapacité inférieure à 2/3 dans le cadre d'un AT ou d'une MP) à partir du 1 ^{er} janvier 2022 (dans le cadre des évolutions portées en LFSS pour 2022) (Montant part complémentaire renseigné) et bénéficiaire de la C2S (Montant part complémentaire renseigné)	41	0					
FPM : « Forfait patient urgences minoré » pour un bénéficiaire du régime local Alsace-Moselle							Type 3 CP
Bénéficiaires concernés	Nat ass	Exo en <u>type 2</u>	Code petit Régime	Taux PEC	Qualif. dépense	Domaine d'activité	
Bénéficiaire du régime local Alsace Moselle et reconnu atteint d'une ALD	13	4		100%	À blanc	Blanc	
Bénéficiaire du régime local Alsace Moselle et soins en lien avec un AT / MP (c'est-à-dire personnes présentant une incapacité inférieure à 2/3 dans le cadre d'un AT ou d'une MP) à partir du 1 ^{er} janvier et 2022 (dans le cadre des évolutions portées en LFSS	41	0					

pour 2022)							
CFU : « Forfait complément du forfait patient urgences minoré » à la charge de l'assurance maladie obligatoire							Type 3 CP
Bénéficiaires concernés	Nat ass	Exo en type 2	Code petit Régime	Taux PEC	Qualif. dépense	Domaine d'activité	
« Ressortissant des relations internationales » et reconnu atteint d'une ALD	10	4		100%	À blanc	Blanc	

6.1.4 Facturation du forfait activité socle en fonction de l'âge par un ES ex-DG Hors « FIDES URGENCES »

Quatre forfaits sont prévus en fonction de l'âge du patient.

- Ces forfaits sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire.
- Ils sont facturés en type 4 de la norme B2 CP.
- Un seul forfait activité socle peut être facturé lors d'un passage aux urgences.
- Ces forfaits sont exclus du parcours de soins.

L'exécutant est un salarié en établissement, il convient d'indiquer le Finess géographique de l'établissement ex-DG comme numéro d'exécutant et la spécialité du médecin urgentiste.

Par médecin urgentiste, on entend le médecin qui prend en charge le patient au sein de la structure des urgences autorisée, de l'évaluation initiale jusqu'à son orientation finale, et ce dans le respect des conditions techniques de fonctionnement concernant les compétences des médecins des structures des urgences autorisées (articles D6124-1 à D6124-26-10 du code de la santé publique).

La date d'exécution des soins dans le type 4 de la norme B2 CP correspond à la date de début de la prise en charge par le médecin urgentiste.

Pour les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES », les forfaits FUX sont facturés à l'assurance maladie obligatoire dans les seules situations suivantes :

- **En part obligatoire, lorsque le bénéficiaire de soins relève des « Relations Internationales ».**
- **En part complémentaire, lorsque le bénéficiaire de soins relève de l'AME.**

Dans les autres situations, pour ces établissements, ces forfaits sont valorisés par l'Atih.

FU1 : « Forfait consultation de base tranche d'âge n°1 0 < 16 ans » FU2 : « Forfait consultation de base tranche d'âge n°2 16 < 45 ans » FU3 : « Forfait consultation de base tranche d'âge n°3 45 < 75 ans » FU4 : « Forfait consultation de base tranche d'âge n°4 75 ans et plus »						Un seul forfait activité âge par facture
Contexte	Bénéficiaires concernés (en fonction de la tranche d'âge)	Taux PEC	Exécutant	Domaine Activité	Qualif dépense	Type 4 CP
ex-DG hors FIDES « URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> Patients relevant des « relations internationales », Bénéficiaires de l'AME. (transmis en part AMC) 	<ul style="list-style-type: none"> 100% pour les patients relevant des « relations internationales », 0% pour les bénéficiaires de l'AME 	Finess géographique + spécialité du médecin urgentiste salarié	À blanc	<ul style="list-style-type: none"> A blanc pour les patients relevant des « relations internationales », N pour les bénéficiaires de l'AME 	
	- Assuré social	-	-	-	-	En valorisation Atih

6.1.5 Exemples de facturation pour un passage « simple » aux urgences pour les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES »

Note : Les tarifs mentionnés dans l'ensemble des exemples du présent document sont donnés à titre purement illustratif.

6.1.5.1 Exemple n°1 - Assuré C2S bénéficiaire d'une ALD

Exemple facturation d'un passage aux urgences dans un établissement ex-DG hors « FIDES URGENCES » pour un assuré social avec une ALD.

Type 2 norme CP → code nature d'assurance Maladie : 10 – Code exo : 4

Type	Acte	PU	Qté	Coef. MCO	Base rembt	Taux PEC	Mt AMO	Mt total dépense	Qualif dép.	Mt AMC	DCS	Exécutant	Spé
3	FPV	10,00	1	0.0000	10,00	0%	0,00	10,00	N	10,00	-	-	-

DCS = Domaine d'activité. Il ne doit pas être renseigné dans le cas d'établissements ex-DG hors FIDES « URGENCES ».

6.1.5.2 Exemple n°2 - Assuré RLAM bénéficiaire d'une ALD

Exemple facturation d'un passage aux urgences dans un établissement ex-DG hors « FIDES URGENCES » pour un bénéficiaire de soins relevant du Régime Local Alsace Moselle avec une ALD.

Type 2 norme CP → code nature d'assurance Maladie : 13 – Code exo : 4

Type	Acte	PU	Qté	Coef. MCOO	Base rembt	Taux PEC	Mt AMO	Mt total dépense	Qualif dép.	Mt AMC	DCS	Exécutant	Spé
3	FPM	10,00	1	0.0000	10,00	100%	10,00	10,00	-	0,00	-	-	-

DCS = Domaine d'activité. Il ne doit pas être renseigné dans le cas d'établissements ex-DG hors FIDES « URGENCES ».

6.2 Principe de facturation lors d'un passage complexe aux urgences pour les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES »

6.2.1 Les principes de facturation

Des suppléments peuvent être facturés en sus de ce qui est facturé pour un passage simple aux urgences lorsque la prise en charge du patient s'avère plus complexe du fait :

- De l'état du patient : forfait **SU2** ou **SU3**
- Du mode d'arrivée : forfait **SUM**
- Des examens spécifiques à réaliser : forfait **SIM** ou **SIC** et/ou **SUB** ou **SB2** ou **SB3**
- Des avis nécessaires de spécialistes : forfait **SAS**

Pour les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES », ces suppléments sont facturés à l'assurance maladie obligatoire dans les seules situations suivantes :

- **En part obligatoire lorsque le bénéficiaire de soins relève des « Relations Internationales ».**
- **En part complémentaire lorsque le bénéficiaire de soins relève de l'AME.**

Dans les autres situations, pour ces établissements, ces forfaits sont valorisés par l'Atih.

Ces suppléments ne peuvent pas être facturés seuls sans a minima le Forfait Activité âge (**FUx**).

Seul le supplément pour avis de spécialiste **SAS** peut être facturé plusieurs fois dans la facture sous réserve que la spécialité de l'exécutant soit différente à chaque fois.

Le supplément **SAS** est facturable si le patient est vu physiquement par le spécialiste dans un box.

Pour un pédiatre, le supplément **SAS** ne peut pas être facturé s'il joue le rôle d'urgentiste dans une structure d'Urgence. Il est facturé seulement s'il intervient en complément de l'urgentiste pour délivrer un avis spécialisé.

Hors cas du **SAS** exposé précédemment, les cumuls sur un même type de forfait ne sont pas autorisés.

Ces suppléments forfaitaires sont facturés en type 4 norme CP.

Ils sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire.

Ces suppléments forfaitaires sont exclus du parcours de soins.

L'exécutant est un salarié en établissement, il convient d'indiquer le Finess géographique de l'établissement ex-DG comme numéro d'exécutant et la spécialité du médecin urgentiste.

Les suppléments imagerie conventionnelle **SIM** (radiographie, échographie) et imagerie en coupe **SIC** ne peuvent pas être facturés si l'acte est réalisé par le médecin urgentiste.

Seul le forfait d'imagerie en coupe **SIC** peut donner lieu à facturation des forfaits techniques d'imagerie Scanner, IRM etc.

- si l'établissement ex-DG hors « FIDES URGENCES » est titulaire de l'autorisation de l'appareil, il facture en type 3 de la norme B2 CP les forfaits techniques **FTN**, **FTR** correspondant au type d'imagerie réalisé.
- si l'établissement ex-DG hors « FIDES URGENCES » n'est pas titulaire de l'autorisation, il ne facture pas les forfaits techniques **FTN**, **FTR** ces derniers sont directement facturés à l'assurance maladie obligatoire par le titulaire de l'autorisation de l'EML.

Nota :

- Pour les établissements ex-DG hors « FIDES Urgences », titulaires de l'autorisation, il convient de renseigner le « coefficient MCO » à **0,0000** pour la facturation des actes **FTN** ou **FTR**.

SU2 : « <i>Supplément prise en charge spécifique</i> » (état du patient CCMU 2 et réalisation d'actes inscrits sur une liste fermée d'actes CCAM). SU3 : « <i>Supplément prise en charge spécifique</i> » (état du patient CCMU 3-4-5).			Un seul supplément par facture. Pas de cumul SU2 et SU3.			
Contexte	Bénéficiaires concernés	Taux PEC	Exécutant	Domaine Activité	Qualif dépense	Type 4 CP
ex-DG <u>hors</u> « FIDES URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> • Patients relevant des « relations internationales », • Bénéficiaires de l'AME. (transmis en part AMC) 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% pour les patients relevant des « relations internationales », • 0% pour les bénéficiaires de l'AME 	Finess géographique + spécialité du médecin urgentiste salarié	À blanc	<ul style="list-style-type: none"> • A blanc pour les patients relevant des « relations internationales », • N pour les bénéficiaires de l'AME 	
	Assuré social	-	-	-	-	En valorisation Atih
SUM : « <i>Supplément d'Urgences Mode d'arrivée</i> »			Un seul supplément par facture.			
Contexte	Bénéficiaires concernés	Taux PEC	Exécutant	Domaine Activité	Qualif dépense	Type 4 CP
ex-DG <u>hors</u> « FIDES URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> • Patients relevant des « relations internationales », • Bénéficiaires de l'AME. (transmis en part AMC) 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% pour les patients relevant des « relations internationales », • 0% pour les bénéficiaires de l'AME 	Finess géographique + spécialité du médecin urgentiste salarié	À blanc	<ul style="list-style-type: none"> • A blanc pour les patients relevant des « relations internationales », • N pour les bénéficiaires de l'AME 	
	- Assuré social	-	-	-	-	En valorisation Atih
SIM : « <i>Supplément imagerie conventionnelle</i> » SIC : « <i>Supplément imagerie en coupe</i> »			Un seul supplément par facture. Pas de cumul SIM et SIC.			
Contexte	Bénéficiaires concernés	Taux PEC	Exécutant	Domaine Activité	Qualif dépense	Type 4 CP
ex-DG <u>hors</u> « FIDES URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> • Patients relevant des « relations internationales », • Bénéficiaires de l'AME. (transmis en part AMC) 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% pour les patients relevant des « relations internationales », • 0% pour les bénéficiaires de l'AME 	Finess géographique + spécialité du radiologue salarié	À blanc	<ul style="list-style-type: none"> • A blanc pour les patients relevant des « relations internationales », • N pour les bénéficiaires de l'AME 	
	Assuré social	-	-	-	-	En valorisation Atih
SUB : « <i>Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°1 0 < 16 an</i> »			Un seul supplément par facture.			

SB2 : « Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°2 16 < 45 ans » SB3 : « Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°3 + 45 ans »			Pas de cumul SUB et SB2 et SB3.			
Contexte	Bénéficiaires concernés	Taux PEC	Exécutant	Domaine Activité	Qualif dépense	Type 4 CP
ex-DG hors « FIDES URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> Patients relevant des « relations internationales », Bénéficiaires de l'AME. (transmis en part AMC) 	<ul style="list-style-type: none"> 100% pour les patients relevant des « relations internationales », 0% pour les bénéficiaires de l'AME 	Finess géographique + spécialité laboratoire	A blanc	<ul style="list-style-type: none"> A blanc pour les patients relevant des « relations internationales », N pour les bénéficiaires de l'AME 	
	Assuré social	-	-	-	-	En valorisation Atih
SAS : « Supplément avis de spécialiste »			Plusieurs suppléments autorisés par facture. Un seul supplément par spécialité d'exécutant.			
Contexte	Bénéficiaires concernés	Taux PEC	Exécutant	Domaine Activité	Qualif dépense	Type 4 CP
ex-DG hors « FIDES URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> Patients relevant des « relations internationales », Bénéficiaires de l'AME. (transmis en part AMC) 	<ul style="list-style-type: none"> 100% pour les patients relevant des « relations internationales », 0% pour les bénéficiaires de l'AME 	Finess géographique + spécialité du spécialiste salarié	À blanc	<ul style="list-style-type: none"> A blanc pour les patients relevant des « relations internationales », N pour les bénéficiaires de l'AME 	
	Assuré social	-	-	-	-	En valorisation Atih

6.2.2 Exemples de facturation pour un passage « complexe aux urgences pour les établissements hors » « FIDES URGENCES »

6.2.2.1 Exemple n°3 - Bénéficiaire de l'AME de plus de 75 ans

Bénéficiaire de soins relevant de l'AME de plus de 75 ans, arrivé en ambulance dans un établissement ex-DG hors FIDES « Urgences », dont l'état relève de la classe 3 de la CCMU.

L'avis de deux spécialistes différents a été requis, des examens de biologie ont été réalisés, un scanner (acte d'imagerie en coupe) a été réalisé.

L'établissement est titulaire de l'autorisation du scanner.

Type 2 norme CP → code nature d'assurance Maladie : 10 – Code exo : 0

Type	MT	DMT	Acte	PU	Qt é	Coef. MCOO	Base rembt	Taux PEC	Mt AMO	Mt total dépense	Qualif dépense	Mt AMC	DCS	Exécutant	Spé
3	00	000	FPU	16,00	1	0.0000	0	0%	0,00	16,00	N	16,00	-	-	-
	19	035	FTN	93,03	1	0.0000	0	0%	0,00	93,03	N	93,03	-	-	-
4	00	000	FU4	64,00	1		0	0%	0,00	64,00	N	64,00	-	Finess	01
	00	000	SU3	20,00	1		0	0%	0,00	20,00	N	20,00	-	Finess	01
	00	000	SUM	20,00	1		0	0%	0,00	20,00	N	20,00	-	Finess	01
	00	000	SB3	80,00	1		0	0%	0,00	80,00	N	80,00	-	Finess	38
	00	000	SIC	60,00	1		0	0%	0,00	60,00	N	60,00	-	Finess	06
	00	000	SAS	25,00	1		0	0%	0,00	25,00	N	25,00	-	Finess	08
00	000	SAS	25,00	1		0	0%	0,00	25,00	N	25,00	-	Finess	04	

DCS = Domaine d'activité. Il ne doit pas être renseigné dans le cas d'établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES ».

6.2.2.2 Exemple n°4 - Bénéficiaire relevant des « Relations Internationales » de 42 ans

Bénéficiaire de soins relevant des « Relations Internationales » de 42 ans, arrivé en ambulance dans un établissement ex-DG hors « FIDES URGENCES » et dont l'état relève de la classe 3 de la CCMU.

L'avis de deux spécialistes a été requis, des examens de biologie ont été effectués, et un acte d'imagerie conventionnelle a été réalisé.

Type 2 norme CP → code nature d'assurance Maladie : 10 – Code exo : 0

Type	MT	DMT	Acte	PU	Qté	Coef. MCOO	Base rembt	Taux PEC	Mt AMO	Mt total dépense	Qualif dépense	Mt AMC	DCS	Exécutant	Spé
3	00	000	FPU	16,00	1	0.0000	16,00	0%	0,00	16,00	N	0,00	-	-	-
4	00	000	FU2	45,00	1		45,00	100%	45,00	45,00	-	0,00	-	Finess	01
	00	000	SU3	20,00	1		20,00	100%	20,00	20,00	-	0,00	-	Finess	01
	00	000	SUM	20,00	1		20,00	100%	20,00	20,00	-	0,00	-	Finess	01
	00	000	SB2	80,00	1		80,00	100%	80,00	80,00	-	0,00	-	Finess	38
	00	000	SIM	60,00	1		60,00	100%	60,00	60,00	-	0,00	-	Finess	06
	00	000	SAS	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-	0,00	-	Finess	08
	00	000	SAS	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-	0,00	-	Finess	04

DCS = Domaine d'activité. Il ne doit pas être renseigné dans le cas d'établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES ».

6.2.2.3 Exemple n°5 - Bénéficiaire de la C2S en ALD

Assuré social bénéficiaire de la C2S en ALD, âgé de plus de 16 ans et moins de 44 ans, arrivé par ses propres moyens dans un établissement ex-DG hors « FIDES URGENCES » et dont l'état relève de la classe 2 de la CCMU.

Un avis de spécialiste a été requis, des examens de biologie ont été réalisés, un scanner (acte d'imagerie en coupe) a été réalisé.

L'établissement est titulaire de l'autorisation du scanner.

Type 2 norme CP → code nature d'assurance Maladie : 10 – Code exo : 4

Type	MT	DMT	Acte	PU	Qté	Coef. MCOO	Base rembt	Taux PEC	Mt AMO	Mt total dépense	Qualif dépense	Mt AMC	DCS	Exécutant	Spé
3	00	000	FPV	10,00	1	0.0000	10,00	0%	0,00	10,00	N	10,00	-	-	-

DCS = Domaine d'activité. Il ne doit pas être renseigné dans le cas d'établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES ».

6.3 Facturation lors d'un passage « simple ou complexe » aux urgences, de « nuit » ou « en soirée » ou « un samedi après-midi » ou un « dimanche » ou un « jour férié »

6.3.1 Les principes de facturation

Pour les établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES », les suppléments ci-après sont facturés à l'assurance maladie obligatoire dans les seules situations suivantes :

- En part obligatoire, lorsque le bénéficiaire de soins relève des « Relations Internationales ».
- En part complémentaire, lorsque le bénéficiaire de soins relève de l'AME.

Dans les autres situations, pour ces établissements, ces forfaits sont valorisés par l'Atih.

Si le passage aux urgences se déroule en soirée ou un samedi après-midi ou un dimanche ou un jour férié ou en nuit profonde, des suppléments forfaitaires pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire peuvent être facturés en sus de ce qui est facturé pour un passage complexe aux urgences.

- Le supplément forfaitaire de « *Nuit profonde* » des urgentistes (**SUN**).
- Le supplément forfaitaire de « *Nuit* » (**SSN**) pour les spécialistes et radiologues.
- Le supplément forfaitaire de « *Soirée / samedi après-midi / dimanche / jour férié* » (**SUF**) pour les médecins urgentistes.
- Le supplément forfaitaire « *Dimanche ou Jour Férié* » (**SSF**) pour les spécialistes et radiologues.
- Ces suppléments forfaitaires sont facturés en type 4 de la norme B2 CP. Ils sont exclus du parcours de soins.
- Les suppléments **SUN** et **SUF** sont obligatoirement associés à un forfait **FUx**.
- Les suppléments **SSN** et **SSF** sont obligatoirement associés à supplément **SIM**, **SIC** ou **SAS**. Ils peuvent être facturés une fois par exécutant.

Par médecin urgentiste, on entend le médecin qui prend en charge le patient au sein de la structure des urgences autorisée, de l'évaluation initiale jusqu'à son orientation finale, et ce dans le respect des conditions techniques de fonctionnement concernant les compétences des médecins des structures des urgences autorisées (articles D6124-1 à D6124-26-10 du code de la santé publique).

L'exécutant est un salarié en établissement, il convient d'indiquer le Finess géographique de l'établissement ex-DG comme numéro d'exécutant et la spécialité du médecin urgentiste.

SUN : « Supplément nuit profonde » du médecin urgentiste SUF : « Supplément soirée / samedi après-midi / dimanche / jour férié » du médecin urgentiste			Un seul supplément autorisé			
Contexte	Bénéficiaires concernés	Taux PEC	Exécutant	Domaine Activité	Qualif dépense	Type 4 CP
ex-DG hors « FIDES Urgences »	<ul style="list-style-type: none"> • Patients relevant des « relations internationales » • Bénéficiaires de l'AME. (transmis en part AMC) 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% pour les patients relevant des « relations internationales », • 0% pour les bénéficiaires de l'AME 	Finess géographique + spécialité du médecin urgentiste salarié	À blanc	<ul style="list-style-type: none"> • A blanc pour les patients relevant des « relations internationales », • N pour les bénéficiaires de l'AME 	
	Assuré social	-	-	-	-	En valorisation

						Atih
SSN : « Supplément nuit » du spécialiste ou du radiologue SSF : « Supplément dimanche / jour férié » du spécialiste ou du radiologue			Un seul supplément autorisé par exécutant			
Contexte	Bénéficiaires concernés	Taux PEC	Exécutant	Domaine Activité	Qualif dépense	Type 4 CP
ex-DG hors « FIDES Urgences »	<ul style="list-style-type: none"> • Patients relevant des « relations internationales » • Bénéficiaires de l'AME. (transmis en part AMC) 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% pour les patients relevant des « relations internationales », • 0% pour les bénéficiaires de l'AME 	Finess géographique + spécialité du radiologue ou du spécialiste salarié	À blanc	<ul style="list-style-type: none"> • A blanc pour les patients relevant des « relations internationales », • N pour les bénéficiaires de l'AME 	
	- Assuré social	-	-	-	-	En valorisation Atih

6.3.2 Exemples de facturation pour un passage complexe aux urgences de nuit ou un dimanche

6.3.2.1 Exemple n°6 – Bénéficiaires de soins relevant des Relations Internationales de 55 ans

Bénéficiaire de soins relevant des relations internationales de 55 ans arrivé par ses propres moyens la nuit dans un établissement ex-DG hors « FIDES URGENCES » et dont l'état relève de la classe 2 de la CCMU.

L'avis de deux spécialistes différents a été requis, des examens de biologie ont été effectués.

Type 2 norme CP → code nature d'assurance Maladie : 10 – Code exo : 0

Type	MT	DMT	Acte	PU	Qté	Coef. MCOO	Base rembt	Taux PEC	Mt AMO	Mt total dépense	Qualif dépense	Mt AMC	DCS	Exécutant	Spé
3	00	000	FPU	16,00	1	0.0000	16,00	0%	0,00	16,00	N	0,00	-	-	-
4	00	000	FU3	53,00	1		53,00	100%	53,00	53,00	-	0,00	-	Finess	83
	00	000	SUN	16,00	1		16,00	100%	8,00	16,00	-	0,00	-	Finess	83
	00	000	SU2	15,00	1		15,00	100%	15,00	15,00	-	0,00	-	Finess	83
	00	000	SB3	80,00	1		80,00	100%	80,00	80,00	-	0,00	-	Finess	30
	00	000	SAS	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-	0,00	-	Finess	32
	00	000	SSN	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-	0,00	-	Finess	32
	00	000	SAS	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-	0,00	-	Finess	04
	00	000	SSN	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-	0,00	-	Finess	04

DCS = Domaine d'activité. Il ne doit pas être renseigné dans le cas d'établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES ».

6.3.2.2 Exemple n°7 – Bénéficiaire du régime local Alsace Moselle en ALD de moins de 16 ans

Bénéficiaire de soins relevant du régime local Alsace-Moselle en ALD âgé de moins de 16 ans arrivé un dimanche en ambulance dans un établissement Ex-DG « hors FIDES URGENCES » et dont l'état relève de la classe 2 de la CCMU.

L'avis d'un spécialiste a été requis, un acte d'imagerie conventionnelle a été réalisé.

Type 2 norme CP → code nature d'assurance Maladie : 13 – Code exo : 4

Type	MT	DMT	Acte	PU	Qté	Coef. MCOO	Base rembt	Taux PEC	Mt AMO	Mt total dépense	Qualif dépense	Mt AMC	DCS	Exécutant	Spé
3	00	000	FPM	10,00	1	0.0000	10,00	100%	10,00	10,00	-	0,00	-	-	-

DCS = Domaine d'activité. Il ne doit pas être renseigné dans le cas d'établissements ex-DG hors « FIDES URGENCES ».

7 SYNTHÈSE : MODALITÉS DE FACTURATION – ZONES NORME B2-CP

		ETABLISSEMENTS EX- DG <u>HORS</u> « FIDES URGENCES »
Assurés sociaux		Forfaits et suppléments valorisés par l'Atih. Pas de facturation en B2 vers l'AMO.
Bénéficiaire de la C2S	Type 3 CP	<p>FPU en part AMC (qualificatif de la dépense à N et taux de remboursement à 0%) Ou FPV en part AMC (qualificatif de la dépense à N et taux de remboursement à 0%) <i>Nota : CFU éventuel et forfaits âges et suppléments non facturés car valorisés par l'Atih.</i></p>
Bénéficiaire du RLAM	Type 3 CP	<p>FPL en part AMO (qualificatif de la dépense à blanc et taux de remboursement à 100%) Ou FPM en part AMO (qualificatif de la dépense à blanc et taux de remboursement à 100%) <i>Nota : CFU éventuel et forfaits âges et suppléments non facturés car valorisés par l'Atih.</i></p>
Relations Internationales	Type 3 CP	<p>FPU pour information (qualificatif de la dépense à N et taux de remboursement à 0%). Ou FPV pour information (qualificatif de la dépense à N et taux de remboursement à 0%) + CFU à 100% en part AMO.</p>
	Type 4 CP	<p>FU1, FU2, FU3, FU4, SUM, SAS, SU2, SU3, SIM, SIC, SUB, SB2, SB3, SUN, SUF, SSN, SSF en part AMO (qualificatif de la dépense à blanc et taux de remboursement à 100%).</p>
Bénéficiaires de l'AME	Type 3 CP	<p>FPU en part AMC (qualificatif de la dépense à N et taux de remboursement à 0%)</p>
	Type 4 CP	<p>FU1, FU2, FU3, FU4, SUM, SAS, SU2, SU3, SIM, SIC, SUB, SB2, SB3, SUN, SUF, SSN, SSF en part AMC (qualificatif de la dépense à N et taux de remboursement à 0%).</p>