

Historique Mises à Jour

Date Création : 02/12/2010

Référent technique : CNAMTS

Version	Date MaJ	Détails Mises à Jour
V0.1	03/02/2016	

Références réglementaires

Décret n°2009-213 du 23 février 2009 publié au JO du 24 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

Circulaire ministérielle DGOS/PF1 n° 2010-314 du 19 août 2010 relative aux modalités de facturation des forfaits ATU, FFM et SE par les établissements ex dotation globale.

Décret n°2015-887 du 21 juillet 2015 relatif aux règles de facturation et de prise en charge des prestations hospitalières sans hospitalisation.

Décision du 17 septembre 2015 publiée au JO du 6 octobre 2015 fixant le taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale pour les prestations hospitalières sans hospitalisation et les actes et consultations qui y sont associés.

Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits 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.

Références

Cahier des Charges B2 disponible sur Ameli.fr

Cahier des charges des règles de facturation des actes et consultations externes (ACE) disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fides-les-cahiers-des-charges,11595.html>

Guide de facturation disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/la-facturation-les-regles.html>

Objectif

Cette fiche a pour objectif d'exposer les règles de facturation des forfaits ATU, FFM, SE et APE pour

- Les migrants, les bénéficiaires AME les tickets modérateurs des bénéficiaires de la CMUc/AMEc.
- Les assurés sociaux

1. Généralités – conditions de facturation

Par décision du 17 septembre 2015, l'UNCAM a fixé la participation de l'assuré à 20 % pour les forfaits ATU/FFM/SE/APE et les actes et consultations associés, ce qui se traduit par un taux de prise en charge par l'assurance maladie de ces prestations et des prestations associées à hauteur de 80%.

Cette décision publiée au JO du 6 octobre 2015 prend effet le 7 octobre 2015.

Attention :

Pour les assurés sociaux, les forfaits ATU/FFM/SE/APE et les actes et consultations associés restent valorisés par l'ATIH sur la base du taux fixé par la décision de l'UNCAM. La date de démarrage de la facturation directe sur ce champ sera fixée ultérieurement. La présente fiche définit les modalités de facturation à mettre en œuvre dans la perspective de la facturation directe.

1.1. Forfait ATU

Le forfait accueil et traitement des urgences (ATU) est facturé dès lors que des soins non programmés sont délivrés au patient par une structure des urgences disposant d'une autorisation délivrée par l'ARS et que ces soins ne sont pas suivis d'une hospitalisation en service MCO ou en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)

1.2. Forfait FFM

Le forfait petit matériel (FFM) est facturé par les établissements ne disposant pas d'autorisation à exercer l'activité de médecine d'urgence dès lors que des soins réalisés sans anesthésie nécessitant la consommation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation sont délivrés au patient et que les actes réalisés sont inscrits sur la liste fixée en annexe 10 de l'arrêté du 19/02/15 relatif aux forfaits 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.

Lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement, les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un FFM.

1.3. Forfait SE

Le forfait sécurité et environnement hospitalier (SE) couvrent les dépenses résultantes des soins non suivis d'une hospitalisation et nécessitant la mise à disposition des moyens nécessaires à la réalisation d'actes requérant l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier.

Il existe quatre forfaits SE qui peuvent être facturés selon les actes délivrés aux patients :

- **SE 1** : pour les actes d'endoscopies sans anesthésie générale ou loco régionale, inscrits sur la liste 1 de l'annexe 11 de l'arrêté du 19/02/15 aux forfaits 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
- **SE 2** : pour les actes sans anesthésie générale ou loco régionale inscrits sur la liste 2 de l'annexe 11 du même arrêté
- **SE 3** : pour les actes de la liste 3 de l'annexe 11 du même arrêté.
- **SE 4** : pour les actes de la liste 4 de l'annexe 11 du même arrêté

Lorsque deux ou plusieurs actes inscrits sur des listes différentes de l'annexe 11 sont réalisés, deux forfaits SE peuvent être facturés mais le montant du forfait facturé le moins élevé est minoré de 50%.

Lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement ou qu'il est pris en charge dans un service d'urgences, les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un SE.

1.4. Forfait APE

Le forfait « administration de produits et prestations en environnement hospitalier » est facturé dès lors que l'un des produits et prestations mentionnés à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.162-22-7 du même code est administré au patient.

La prestation APE est donc facturable dès lors que l'un des produits présent sur la liste des produits facturables en sus d'un GHS (PII ou PME) est délivré au patient en dehors d'une hospitalisation.

Lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement, les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un APE.

2. Règles de facturation

Dates d'effet :

- Pour les assurés sociaux : voir remarque supra.
- Pour les bénéficiaires de l'AME (Aide Médicale Etat), la facturation est effective depuis le 25 février 2009. La décision de l'UNCAM est sans incidence sur les modalités de facturation actuelles.
- Pour les migrants et pour les tickets modérateurs des bénéficiaires de la CMUC, : la facturation prend effet au 7 octobre 2015.

Principe de facturation :

- Pour les bénéficiaires de l'AME, les migrants et pour les tickets modérateurs des bénéficiaires de la CMUC, la facturation suit les principes indiqués dans la circulaire ministérielle DGOS/PF1 n° 2010-314 (valorisation des disciplines et modes de traitements).
- Pour les assurés sociaux la facturation suit les règles mentionnées dans le cahier des charges Actes et Consultations Externes FIDES

2.1. Assurés migrants, bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat et bénéficiaires de la CMUC

Ce paragraphe indique les modalités de facturation pour :

- les assurés relevant des conventions internationales (migrants)
- les bénéficiaires de l'AME
- les bénéficiaires de la CMUC : facturation du ticket modérateur uniquement pour les établissements n'ayant pas démarré en facturation directe. Les établissements ayant démarré en facturation directe devront traiter les forfaits d'urgences et d'environnement selon les modalités indiquées dans le paragraphe 2. (assurés sociaux)

Voir aussi le cahier des charges des règles de facturation des actes et consultations externes (ACE) disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fides-les-cahiers-des-charges.11595.html>

URS-002 :

Les forfaits ATU / FFM / SE / APE facturés aux non assurés sociaux (« migrants » et bénéficiaires de l'AME) le sont à partir d'un tarif « régional » calculé par l'ARS (sur la base du tarif nominal corrigé, le cas échéant, d'un coefficient géographique)

Norme B2 : Discipline médico-tarifaire/Mode de traitement utilisés :

- **ATU** : 406/10
- **FFM** : 137/19
- **SE** : 958/19
- **APE** : 958/19

NB : Le coefficient géographique est déjà intégré aux tarifs inscrits dans les référentiels de l'assurance maladie. Il convient donc de ne pas l'appliquer une deuxième fois sur la facture.

2.2. Assurés sociaux

Ce paragraphe indique les modalités de facturation **pour les établissements ayant démarré en facturation directe**. Les bénéficiaires concernés sont :

- les assurés sociaux
- et notamment les bénéficiaires de la CMU de base & complémentaire (1 seule facture pour la part AMO et la part AMC)

Voir aussi le cahier des charges des règles de facturation des actes et consultations externes (ACE) disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fides-les-cahiers-des-charges.11595.html>

URS-001 et URS-004 : Application des coefficients correcteurs

Pour les **assurés sociaux**, des coefficients correcteurs peuvent, selon la prestation, s'appliquer afin de moduler la base de remboursement de l'assurance maladie :

Les différents coefficients correcteurs :

- coefficient de transition
- coefficient géographique
- coefficient prudentiel

Application aux forfaits ATU/FFM/SE/APE et actes associés :

- Les forfaits ATU/FFM/SE, supportent l'application des coefficients de transition, prudentiel et géographique (voir règle URS-001 du CDC FIDES)
- Les forfaits APE supportent l'application des coefficients prudentiel et géographique.
- Les consultations et actes facturés en sus de ces forfaits ne supportent que le coefficient de transition (voir règle URS-004 du CDC FIDES)

NB : Contrairement au point 2.1 (règles pour les migrants, AME, CMUc), pour les assurés sociaux, les coefficients géographique et prudentiel ne sont pas intégrés dans les tarifs des forfaits ATU, FFM, SE et APE. Il convient donc de les faire apparaître dans la facture afin qu'ils modulent le tarif des forfaits.

Calcul et valorisation du coefficient correcteur global :

- Si un seul coefficient s'applique, il doit être valorisé tel quel dans la zone coefficient MCO en type 3 (position 71-75) pour les forfaits et en type 4S (position 66-70) pour les prestations associées.
- Si deux ou trois coefficients s'appliquent, leur produit doit être valorisé dans la zone coefficient MCO en type 3 (position 71-75) pour les forfaits.

Précisions concernant le coefficient de transition :

- Compte tenu des dispositions de l'arrêté ministériel du 1er mars 2011 fixant les éléments tarifaires applicables aux établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, l'ensemble des coefficients de transition des établissements ont été fixés à 1 à effet du 1er mars 2011.
- Sur le plan technique, étant donné que les systèmes d'information des établissements, des régimes obligatoires, ainsi que le CDC FIDES prennent en compte ce coefficient de transition, il doit, sur le plan technique, être égal à 1. C'est la raison pour laquelle ce coefficient continue à être mentionné dans ce

document ainsi que dans les autres documents opposables (CDC FIDES, CDC B2 ...)

Ex : lorsque les coefficients prudentiel et géographique ne s'appliquent pas (pour les actes associés aux forfaits par exemple), le coefficient MCO valorisé dans la facture doit intégrer la composante correspondant au coefficient de transition et doit donc être valorisé à 1.

URS-009 :

Les forfaits ATU/FFM/SE/APE ainsi que les actes associés sont exclus du parcours de soins coordonné. Il convient de valoriser l'indicateur parcours de soins à « U » (urgence).

Domaine court séjour :

Renseigner le domaine court séjour (Type 3 position 121)

Disciplines et Modes de Traitement :

Pas de discipline ni de mode de traitement (valorisation à 000 et 00 en B2)

3. Synthèse

	Migrants, ticket modérateur CMU, AME				Assurés sociaux				Conditions de facturation
	DMT	MT	Taux AMO	Application de coefficients ¹	DMT	MT	Taux AMO	Application de coefficients ²	
ATU	406	10	80% (0% pour les AME)	Coefficient géographique	Non	Non	80%	Coefficients géographique, prudentiel et de transition	Autorisation d'activité délivrée par l'ARS
FFM	137	19	80% (0% pour les AME)	Coefficient géographique	Non	Non	80%	Coefficients géographique, prudentiel et de transition	annexe 10 de l'arrêté du 19/02/15
SE1	958	19	80% (0% pour les AME)	Coefficient géographique	Non	Non	80%	Coefficients géographique, prudentiel et de transition	liste 1 de l'annexe 11 de l'arrêté du 19/02/15
SE2	958	19	80% (0% pour les AME)	Coefficient géographique	Non	Non	80%	Coefficients géographique, prudentiel et de transition	liste 2 de l'annexe 11 de l'arrêté du 19/02/15
SE3	958	19	80% (0% pour les AME)	Coefficient géographique	Non	Non	80%	Coefficients géographique, prudentiel et de transition	liste 3 de l'annexe 11 de l'arrêté du 19/02/15
SE4	958	19	80% (0% pour les AME)	Coefficient géographique	Non	Non	80%	Coefficients géographique, prudentiel et de transition	liste 4 de l'annexe 11 de l'arrêté du 19/02/15
APE	958	19	80% (0% pour les AME)	Coefficient géographique	Non	Non	80%	Coefficients géographique et prudentiel	Liste LPP en sus

¹ Les tarifs notifiés aux établissements tiennent déjà compte de ces coefficients (ne pas appliquer ces coefficients une seconde fois).

² Les tarifs indiqués notifiés aux établissements ne tiennent pas compte des coefficients géographique et prudentiel (il convient de les intégrer dans la facture). Le coefficient de transition a été abrogé mais doit, techniquement, prendre la valeur 1.

4. Règles communes

Ce paragraphe décrit les règles communes aux points 2.1 et 2.2.

Voir aussi le cahier des charges des règles de facturation des actes et consultations externes (ACE) disponible dans <http://www.sante.gouv.fr/fides-les-cahiers-des-charges,11595.html>

URS-003 :

Les consultations et actes facturés en sus supportent le même taux de prise en charge que les forfaits (propagation du taux)

NB : L'autorisation de facturation pour les assurés sociaux et les migrants est effective depuis le 07 octobre 2015.

Prestations Forfait	Migrants et assurés sociaux (dont CMUistes)		AME	
	Taux AMO prestations forfait	Taux AMO prestations associées	Taux AMO prestations forfait	Taux AMO prestations associées
ATU	80%	80%	0% ³	0% ³
SEx	80%	80%	0% ³	0% ³
FFM	80%	80%	0% ³	0% ³
APE	80%	80%	0% ³	0% ³

URS-005 :

Un forfait ATU / FFM / SE / APE ne peut se cumuler avec un GHS sur une même facture.

URS-006 :

Les forfaits ATU / FFM / SE / APE sont incompatibles entre eux

URS-007 :

Lorsque l'état de santé du patient conduit à la réalisation de deux ou plusieurs actes inscrits sur des listes différentes de l'annexe 11 de l'arrêté du 19 février 2009, 2 forfaits SE peuvent être facturés, le forfait le moins élevé devant être minoré de 50% (coefficient de l'acte).

URS-008 :

Les forfaits urgence et sécurité sont soumis au TMF 18 € selon la valeur de l'acte
Le TMF 18 € est déduit de l'ATU, du FFM, du SE ou de l'APE.

Cas particulier pour une facture avec 2 SE :

Le 1^{er} SE doit être renseigné avec une exonération C, le code participation assuré doit être valorisé (type 3 position 117), le montant AMO doit être minoré du montant de la participation assuré.

Le cas échéant, le 2^{ème} SE doit être renseigné avec une exonération 3 (afin de ne pas générer une 2^{ème} participation assuré), le code participation assuré ne doit pas être valorisé.

³ L'intégralité des dépenses est prise en charge au titre de l'AME et non au titre de l'AMO.

URS-010 :

Les médicaments onéreux et dispositifs de la liste L.162-22-7 ne sont pas facturés en sus des forfaits d'urgence et de sécurité.

Exonération liée à un ou plusieurs actes CCAM :

Les règles d'exonération CCAM pour les factures comprenant des forfaits d'environnement et de sécurité, sont celles liées à une hospitalisation :

- Les actes thérapeutiques ou les actes diagnostiques "invasifs" : si leur base de remboursement, ou le cumul de leur base de remboursement (y compris celle du geste d'anesthésie) est supérieure au seuil, ils exonèrent l'ensemble des prestations de la facture (y compris les forfaits d'environnement de sécurité).
- En cas d'exonération liée à un acte CCAM>120€ (ou d'un acte NGAP avec un coefficient>60), la participation assuré doit être déduite du montant AMO du forfait environnement ou sécurité.

Forfaits de Sécurité Dermatologique (FSD) :

Les forfaits SE ne doivent pas être confondus avec le FSD, même si certains actes peuvent ouvrir droit à la facturation de chacun de ces forfaits. Cependant, ceux-ci n'étant pas cumulables, l'établissement doit facturer un FSD ou un FFM en fonction du contexte de réalisation de l'acte : soins programmés ou non, environnement spécifique mis à disposition ou non.