

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 ».
V2.2	06/12/2021	Correction de l'exemple en 6.2.2.1 du coefficient MCO du FTN en établissement ex-OQN qui doit être à 0.0000 Précision en annexe 7 de la valeur du champ [qualificatif de la dépense] sur les forfaits âge et suppléments valorisé « A blanc » sauf pour les AME où il est à « N ». 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	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 : <ul style="list-style-type: none"> • 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 à une entité tierce, • des actes d'imagerie ou de biologie sont réalisés dans le cadre d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation en établissement ex-OQN. En partie 8 : correction coquille sur le tableau de compatibilité entre forfaits.

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-OQN, et ex-DG DANS « FIDES URGENCES »**.

Pour les établissements ex-OQN, elle constitue **l'annexe du mode opératoire du S3404** pour la facturation des prestations d'urgences non suivi d'une hospitalisation.

Nota : les règles pour les établissements ex-DG non basculés 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, 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 OBJECTIFS

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

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

4 SOMMAIRE

1	Objet.....	1
2	Références réglementaires et contexte.....	2
3	Objectifs.....	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	Forfaits activité : à la charge de l'assurance maladie obligatoire	8
5.4	Les suppléments forfaitaires	9
5.4.1	Suppléments prise en charge spécifique état du patient CCMU	9
5.4.2	Supplément lié au mode d'arrivée du patient	9
5.4.3	Suppléments biologie	9
5.4.4	Suppléments imagerie.....	10
5.4.5	Supplément avis de spécialiste.....	11
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	12
5.5	Point d'attention sur les « Urgences Gynécologiques accueillies dans les services de gynécologie obstétrique ».....	12
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.....	12
5.6.1	FichSup en établissement ex-DG dans « Fides Urgences »	13
5.6.2	Facturation directe à part en établissements ex-OQN.....	13
6	Règles de facturation.....	15
6.1	Facturation lors d'un passage simple aux urgences.....	16
6.1.1	Les principes de facturation	16
6.1.2	Facturation du forfait « <i>patient urgences nominal</i> »	16
6.1.3	Facturation du forfait « <i>patient urgences minoré</i> »	18
6.1.4	Facturation du forfait activité socle en fonction de l'âge.	20
6.1.5	Exemples de facturation pour un passage simple aux urgences.....	21

6.2	Facturation lors d'un passage complexe aux urgences.....	22
6.2.1	Les principes de facturation	22
6.2.2	Exemples de facturation pour un passage complexe aux urgences	26
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 »	28
6.3.1	Les principes de facturation	28
6.3.2	Exemples de facturation pour un passage complexe aux urgences de nuit ou un dimanche.....	30
7	Synthèse : Modalites de facturation	32
8	Synthèse : Modalités de facturation – Cumul des forfaits.....	38
9	Synthèse : Modalités de facturation – Zones norme B2-CP.....	40

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 a 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 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 dans le cadre des évolutions portées en LFSS pour 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 L.162-22-11-1 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.

Il reporte ce code **FPU** (à minima pour information) dans la facture adressée à l'Assurance maladie obligatoire (pour un assuré relevant d'un régime de sécurité sociale français ou pour un ressortissant des « Relations Internationales »).

Pour un bénéficiaire de la C2S le code **FPU** est porté en part complémentaire dans la facture adressée à l'assurance maladie obligatoire 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 urgences nominal est adressé à l'assurance maladie obligatoire pour prise en charge au titre de l'AME. Le code **FPU** est porté en part complémentaire dans la facture adressée à l'assurance maladie obligatoire.

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.16-10-1 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 ne réalise pas de facture auprès du patient ou de sa complémentaire et utilise le code **FPX** « Forfait Patient Urgences Régime Obligatoire (RO) » dans la facture adressée 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 (pour un assuré relevant d'un régime de sécurité sociale français ou pour un ressortissant des « Relations Internationales »).

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

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 « minoration » et régime local Alsace-Moselle) est pris en charge par le régime local Alsace-Moselle :

- Le forfait patient urgences nominal est facturé à l'assurance maladie obligatoire avec le code **FPL** « *Forfait Patient urgences nominal Régime Local* ».
- Le forfait patient urgences minoré est facturé à l'assurance maladie obligatoire avec le code **FPM** « *Forfait Patient urgences minoré Régime Local* ».

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**.

5.3 Forfaits activité : 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.

5.4 Les suppléments forfaitaires

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.**

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.

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.

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

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 9077, 9078 et 9079 correspondant aux suppléments biologie SUB, SB2 et SB3 des établissements ex-OQN et 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 laboratoires 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, ils sont facturables à part 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 facturation 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 dans « 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 dans « Fides Urgences » qui prend en charge le patient aux urgences, peut facturer directement à l'assurance maladie obligatoire un supplément SUB, SB2 ou SB3 en sus du forfait âge FUx.

Il 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 peuvent pas 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.

- Dans un établissement de santé ex-OQN, dans le cas où des actes de biologies médicales sont réalisés :
 - Un supplément SUB, SB2 ou SB3 est facturé en sus du forfait âge FUx par le laboratoire d'analyse de biologie médicale (LABM), uniquement via le bordereau de facturation S3404 établi par l'établissement ex-OQN (avec l'identifiant assurance maladie du LABM en tant qu'exécutant de l'acte en partie basse du S3404 et en type 4 de la norme B2-CP).

Les LABM ne sont pas autorisés, dans cette situation, à facturer directement à l'assurance maladie obligatoire les actes de biologie, que ce soit en NABM ou sous forme de suppléments SUB, SB2 ou SB3, via leur propre feuille 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 dans « 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 à une entité tierce :
 - Seul l'établissement ex-DG dans « Fides Urgences » qui prend en charge le patient aux urgences, peut facturer directement à l'assurance maladie obligatoire un supplément SIM ou SIC.

Il ne doit pas en revanche facturer 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* »).

- Dans un établissement de santé ex-OQN, dans le cas où des actes d'imagerie sont réalisés :
 - Un supplément SIM ou SIC, et le cas échéant le ou les forfaits techniques, sont facturés par les PS libéraux et le titulaire de l'autorisation de l'EML en sus du forfait âge FUX uniquement via le bordereau de facturation S3404 établi par l'établissement ex-OQN (avec l'identifiant assurance maladie du PS libéral ou de l'entité titulaire de l'autorisation tant qu'exécutant de l'acte en partie basse du S3404 et en type 4 de la norme B2-CP).
 - Les PS libéraux ne sont pas autorisés dans cette situation à facturer directement à l'assurance maladie obligatoire les actes d'imagerie que ce soit en CCAM ou sous forme de suppléments SIM, SIC, via leurs propres feuilles de soins.

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.

Nota : Les tests antigéniques (TAG) ne sont pas facturables directement à l'assurance maladie obligatoire et sont financés sur la base d'une valorisation FichSup pour les établissements ex-OQN et ex-DG.

Les modalités de facturation des tests PCR réalisés lors d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation sont les suivantes :

5.6.1 FichSup en établissement ex-DG dans « Fides Urgences »

Les tests PCR restent valorisés via une alimentation des FICHSUP même si l'établissement est basculé dans FIDES sur le volet des Actes et Consultations Externes (ACE).

5.6.2 Facturation directe à part en établissements ex-OQN

Les tests PCR donnent lieu à une facturation directe vers l'assurance maladie obligatoire sur la base d'un bordereau S3404 et d'une facture en norme B2-CP **spécifiques, à part** du bordereau S3404 et de la facture en norme B2-CP comportant les forfaits âges FUX et les éventuels suppléments rémunérant le passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

A l'occasion d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation :

- Dans le cas où des actes de biologie médicale autres que RT-PCR sont réalisés ainsi qu'un test RT-PCR, l'établissement établit :
 - une facture B2 / S3404 avec le forfait âge et le supplément biologie SUB ou SB2 ou SB3.
 - une facture B2 / S3404 distincte avec les seuls actes du RT-PCR.
- Dans le cas où seul un test RT-PCR est réalisé, sans autre acte de biologie médicale, l'établissement :
 - ne facture pas de supplément biologie SUB ou SB2 ou SB3 dans la facture B2 / S3404 porteuse du forfait âge.
 - établit une facture B2 / S3404 distincte avec les seuls actes du RT-PCR.

La facturation à part de tests RT-PCR vers l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation ne donne pas lieu à facturation d'un second Forfait Patient Urgence nominal ou minoré.

Lorsqu'il facture un test RT-PCR vers l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation, l'établissement établit un bordereau S3404 spécifique et une facture ad hoc en norme B2-CP avec :

- **En parties hautes et médianes du S3404 et en type 3 de la norme B2-CP :**
 - Aucune prestation.
- **En partie basse et en type 4 de la norme B2-CP :**
 - Les actes du test RT-PCR,
 - Avec les cotations et codifications NGAP ou NABM de l'acte, en vigueur à la date des soins.
 - Les données de l'exécutant.

Pour les actes dont le taux intrinsèque n'est pas de 100% (prélèvement par exemple) et lorsqu'il n'existe aucune situation de prise en charge à 100% pour le bénéficiaire des soins, l'établissement applique un taux de 100% et valorise dans la facture B2 le motif d'exonération avec la valeur « 3 ».

6 REGLES DE FACTURATION

Pour chaque passage non programmé aux urgences non suivi d'une hospitalisation, la recette de l'établissement ex-OQN, ou ex-DG dans Fides Urgences repose ainsi dans le cas général sur :

- Une facture adressée au patient ou à sa complémentaire santé :
 - Porteuse du seul forfait patient urgences nominal ou minoré.
- Une facture adressée à l'organisme d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire des soins avec :
 - Le report du forfait « *patient urgences nominal* » ou forfait « *patient urgences minoré* » pour information.
 - Le complément du forfait « *patient urgences minoré* » facturé au taux de remboursement de 100% dans le cas d'un forfait « *patient urgences minoré* ».
 - Le forfait activité socle en fonction de l'âge du patient au taux de remboursement de 100%.
 - Et le cas échéant des suppléments forfaitaires au taux de remboursement de 100%.

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 donnent plus lieu à la facturation du forfait « ATU » et des actes nomenclaturés à la NGAP, à la NABM ou à la CCAM.

Note : 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.

Le forfait patient urgences et le complément au forfait patient urgences sont facturés en partie haute du bordereau S3404 et en type 3 de la norme B2 CP.

Les forfaits activité et les suppléments forfaitaires sont facturés en partie basse du bordereau S3404 et en type 4 de la norme B2 CP.

La suite du présent document illustre les modalités de facturation pour :

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

6.1 Facturation 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 un avis de 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 »

- Pour un assuré d'un régime de sécurité sociale français ou relevant des « relations internationales »³, si le forfait « patient urgences nominal » n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, alors celui-ci reste à la charge du patient ou de sa complémentaire santé le cas échéant. 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 la **situation médico - administrative du patient donne lieu à une prise en charge du forfait « patient urgences nominal » par l'assurance maladie obligatoire** alors ce forfait est facturé via le code **FPX**.

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

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

- 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 ».

Note : le code **FPL** doit être porté avec une nature d'assurance à 13 en type 2 de la norme B2 CP.

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 ⁴	Taux PEC	Qualif. dépense	DCS
<ul style="list-style-type: none"> « Ressortissants des relations internationales » (FPU transmis « pour information ») Bénéficiaires 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 ³	Taux PEC	Qualif. dépense	DCS
Bénéficiaires de l'AME (transmis « en part complémentaire »)	10	0		0%	N	A blanc
FPX : « Forfait patient urgences régime obligatoire » pris en charge par l'assurance maladie obligatoire						
Bénéficiaires concernés	Nat. ass	Exo en type 2	Code petit Régime ³	Taux PEC	Qualif. dépense	DCS
Maternité	30	0		100%	À blanc	À Blanc pour les ex-OQN ou M pour ex-DG dans FIDES « Urgences »
Victimes d'un acte de terrorisme	10	5				
Soins aux nouveau-nés	10	3				
Soins aux mineurs victimes de sévices sexuels	10	4				
Situations de risque sanitaire grave et exceptionnel	Selon consignes					
Donneurs d'organes	10	3				
Personnes écrouées	10	5				
Titulaires d'une pension d'invalidité (dans le cadre des évolutions portées en LFSS pour 2022)	10	5	120			
Titulaires d'une pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail (dans le cadre des évolutions portées en LFSS pour 2022)	10	5	530			
Titulaires d'une rente ou d'une allocation AT/MP (dans le cadre des évolutions portées en LFSS pour 2022)	10	5	150			
Titulaires d'une pension militaire d'invalidité (ex article L. 115) (dans le cadre des évolutions portées en LFSS pour 2022)	10	5	124-125			
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 ³	Taux PEC	Qualif. dépense	DCS
Bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle	13	0		100%	À blanc	À Blanc

Type 3
CP

/

Partie
haute
S3404

DCS = Domaine d'activité ou Domaine Court Séjour

⁴ Le code petit régime est une information du référentiel interne à l'assurance maladie. Il n'est pas porté sur la facture transmise par l'établissement.

6.1.3 Facturation du forfait « patient urgences minoré »

Lorsque la situation médico administrative le justifie, le montant du forfait patient urgences fait l'objet d'une minoration.

- 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 ou de sa complémentaire santé le cas échéant. 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 ALD et régime local Alsace Moselle par exemple), alors le forfait « *patient urgences minoré* » 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 ».

Quelle que soit la situation de prise en charge du forfait « *patient urgences minoré* », l'établissement facture systématiquement le forfait « *complément du forfait patient urgence 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 : 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 / Partie haute S3404
Bénéficiaires concernés	Nat ass	Exo en type 2	Code petit Régime ⁵	Taux PEC	Qualif. dépense	Domaine d'activité	
<ul style="list-style-type: none"> Assuré social et reconnu atteint d'une ALD (FPV transmis « <i>pour information</i> »). « Ressortissant des relations internationales » et reconnu atteint d'une ALD (FPV transmis « <i>pour information</i> »). 	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)	41	0					

⁵ Le code petit régime est une information du référentiel interne à l'assurance maladie. Il n'est pas porté sur la facture transmise par l'établissement.

pour 2022) (FPV transmis « pour information »).							
FPV : « Forfait patient urgences minoré » pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au titre de la C2S							Type 3 CP / Partie haute S3404
Bénéficiaires concernés	Nat ass	Exo en <u>type 2</u>	Code petit Régime ⁶	Taux PEC	Qualif. dépenses	Domaine d'activité	
Bénéficiaire reconnu atteint d'une ALD et bénéficiaire de la C2S (Montant part complémentaire renseigné)	10	4					
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) et bénéficiaire de la C2S (Montant part complémentaire renseigné)	41	0		0%	N	Blanc	
FPM : « Forfait patient urgences minoré » pris en charge au titre du régime local Alsace Moselle							Type 3 CP / Partie haute S3404
Bénéficiaires concernés	Nat ass	Exo en <u>type 2</u>	Code petit Régime ⁵	Taux PEC	Qualif. dépenses	Domaine d'activité	
Bénéficiaire du régime local Alsace Moselle et reconnu atteint d'une ALD	13	4					
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 2022 (dans le cadre des évolutions portées en LFSS pour 2022)	41	0		100%	À blanc	Blanc	
CFU : « Forfait complément du forfait patient urgences minoré » pris en charge par l'assurance maladie obligatoire							Type 3 CP / Partie haute S3404
Bénéficiaires concernés	Nat ass	Exo en <u>type 2</u>	Code petit Régime ⁵	Taux PEC	Qualif. dépenses	Domaine d'activité	
Bénéficiaire reconnu atteint d'une ALD	10 ou 13 (si bénéficiaire RLAM)	4		100%	À blanc	Blanc pour ex-OQN ou M pour ex-DG dans FIDES « Urgences »	
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)	41	0		100%	À blanc	Blanc pour ex-OQN Ou M pour ex-DG dans FIDES « Urgences »	

⁶ Le code petit régime est une information du référentiel interne à l'assurance maladie. Il n'est pas porté sur la facture transmise par l'établissement.

6.1.4 Facturation du forfait activité socle en fonction de l'âge.

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 partie basse du bordereau S3404 et 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.

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

Pour les établissements ex-OQN, si l'exécutant est un médecin libéral, alors le numéro d'exécutant doit être renseigné avec son numéro de gestion assurance maladie (n° AM).

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 CP correspond à la date de début de la prise en charge par le médecin urgentiste.

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	Type 4 CP / Partie basse S3404
ex-OQN	<ul style="list-style-type: none"> • Assurés sociaux, 	100%	Finess géographique + spécialité du médecin urgentiste si salarié ou n° AM si libéral	A blanc	
ex-DG DANS « FIDES URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> • Patients relevant des « relations internationales », • Bénéficiaires de la C2S, • Bénéficiaires de l'AME. 	100% (sauf AME 0% et part AMC valorisée)	Finess géographique + spécialité du médecin urgentiste salarié	M Ou A blanc pour : <ul style="list-style-type: none"> • les patients relevant des « relations internationales », • les bénéficiaires de l'AME. 	

6.1.5 Exemples de facturation pour un passage simple aux urgences

Le tarif des forfaits urgences est présent au fichier des tarifs nationaux (DMT/MT à zéro).

Pour un établissement démarré en FIDES, le forfait activité de consultation de base doit être renseigné avec un domaine d'activité (Domaine court séjour) valorisé à M.

Le numéro de gestion AM ne peut être renseigné que pour les établissements ex-OQN lorsque l'exécutant médecin urgentiste est un libéral.

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

6.1.5.1 Assuré social non exonéré

Exemple facturation d'un passage aux urgences pour un patient âgé de 16 à 45 ans

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

Type	Acte	PU	Qté	Coef. MCO	Base rembt	Taux PEC	Mt AMO	Mt total dépense	Qualif dépense	Exécutant	Spé
3	FPU	16,00	1	0.0000	16,00	0%	0,00	16,00	N		
4	FU2	45,00	1		45,00	100%	45,00	45,00		Finess ou n°AM	01

6.1.5.2 Assuré social exonéré

Exemple facturation d'un passage aux urgences pour un mineur victime de sévices sexuels. Etablissement Ex-OQN

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 dépense	Exécutant	Spé
3	FPX	16,00	1	0.0000	16,00	100%	16,00	16,00			
4	FU1	35,00	1		35,00	100%	35,00	35,00		Finess ou n°AM	12

6.1.5.3 Assuré C2S bénéficiaire d'une ALD

Exemple facturation d'un passage aux urgences pour un patient âgé de 45 à 75 ans avec une ALD. Etablissement Ex-OQN

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	Exé	Spé
3	FPV	10,00	1	0.0000	10,00	0%	0,00	10,00	N	10,00		
3	CFU	6,00	1	0.0000	6,00	100%	6,00	6,00		0		
4	FU3	53,00	1		53,00	100%	53,00	53,00		0	Finess ou n°AM	83

6.2 Facturation lors d'un passage complexe aux 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**

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 partie basse du bordereau S3404 et 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.

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

Pour les établissements ex-OQN, si l'exécutant est un médecin libéral, alors le numéro d'exécutant doit être renseigné avec son numéro de gestion assurance maladie (n° AM).

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-OQN ou ex-DG dans « FIDES URGENCES » est titulaire de l'autorisation de l'appareil, il facture en partie haute du S3404 (établissements ex-OQN) et en type 3 de la norme B2 CP les forfaits techniques **FTN**, **FTR** correspondant au type d'imagerie réalisé.
- si l'établissement ex-DG dans « 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 l'entité tierce titulaire de l'autorisation via le bordereau ad hoc (« *Titre Forfait Technique* »).
- si l'établissement ex-OQN est utilisateur mais non titulaire, il facture les forfaits techniques **FTN**, **FTR** correspondant au type d'imagerie réalisé en partie basse du S3404 (établissements ex- OQN) et en type 4 de la norme B2 CP.

Note : Pour les établissements ex-DG dans « FIDES URGENCES », titulaires de l'autorisation de l'appareil, il convient de renseigner en type 3 de la norme B2-CP le « coefficient MCO » à **1,0000** 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	Type 4 CP / Partie basse S3404
ex-OQN	<ul style="list-style-type: none"> Assurés sociaux, Patients relevant des « relations internationales », Bénéficiaires de la C2S, Bénéficiaires de l'AME. 	100%	Finess géographique + spécialité du médecin urgentiste si salarié ou n° AM du médecin urgentiste si libéral	A blanc	
ex-DG DANS « FIDES URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> Patients relevant des « relations internationales », Bénéficiaires de la C2S, Bénéficiaires de l'AME. 	100% (sauf AME 0% et part AMC valorisée)	Finess géographique + spécialité du médecin urgentiste salarié	M Ou A blanc pour : <ul style="list-style-type: none"> les patients relevant des « relations internationales », les bénéficiaires de l'AME. 	
SUM : « <i>Supplément d'Urgences Mode d'arrivée</i> »			Un seul supplément par facture.		
Contexte	Bénéficiaires concernés	Taux PEC	Exécutant	Domaine Activité	Type 4 CP / Partie basse S3404
ex-OQN	<ul style="list-style-type: none"> Assurés sociaux, Patients relevant des « relations internationales », Bénéficiaires de la C2S, Bénéficiaires de l'AME. 	100%	Finess géographique + spécialité du médecin urgentiste si salarié ou n° AM du médecin urgentiste si libéral	A blanc	
ex-DG DANS « FIDES URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> Patients relevant des « relations internationales », Bénéficiaires de la C2S, Bénéficiaires de l'AME. 	100% (sauf AME 0% et part AMC valorisée)	Finess géographique + spécialité du médecin urgentiste salarié	M Ou A blanc pour : <ul style="list-style-type: none"> les patients relevant des « relations internationales », les bénéficiaires de l'AME. 	
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	Type 4 CP / Partie basse S3404
ex-OQN	<ul style="list-style-type: none"> Assurés sociaux, 	100%	Finess géographique + spécialité du	A blanc	

	<ul style="list-style-type: none"> Patients relevant des « relations internationales », Bénéficiaires de la C2S, 		radiologue si salarié ou n° AM du radiologue si libéral		
ex-DG DANS « FIDES URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> Bénéficiaires de l'AME. 	100% (sauf AME 0% et part AMC valorisée)	Finess géographique + spécialité du radiologue salarié	M Ou A blanc pour : <ul style="list-style-type: none"> les patients relevant des « relations internationales », les bénéficiaires de l'AME. 	
SUB : « Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°1 0 < 16 an » 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 »			Un seul supplément par facture. Pas de cumul SUB et SB2 et SB3.		
Contexte	Bénéficiaires concernés	Taux PEC	Exécutant	Domaine Activité	Type 4 CP / Partie basse S3404
ex-OQN		100%	N° AM du laboratoire	A blanc	
ex-DG DANS « FIDES URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> Assurés sociaux, Patients relevant des « relations internationales », Bénéficiaires de la C2S, Bénéficiaires de l'AME. 	100% (sauf AME 0% et part AMC valorisée)	Finess géographique de l'établissement + spécialité laboratoire	M Ou A blanc pour : <ul style="list-style-type: none"> les patients relevant des « relations internationales », les bénéficiaires de l'AME. 	
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	Type 4 CP / Partie basse S3404
ex-OQN	<ul style="list-style-type: none"> Assurés sociaux, Patients relevant des « relations internationales », 	100%	Finess géographique + spécialité du spécialiste si salarié ou n° AM du spécialiste si libéral	A blanc	
ex-DG DANS « FIDES URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> Bénéficiaires de la C2S, Bénéficiaires de l'AME. 	100% (sauf AME 0% et part AMC valorisée)	Finess géographique + spécialité du spécialiste salarié	M Ou A blanc pour : <ul style="list-style-type: none"> les patients relevant des « relations 	

				internationales », <ul style="list-style-type: none">• les bénéficiaires de l'AME.	
--	--	--	--	--	--

6.2.2 Exemples de facturation pour un passage complexe aux urgences

6.2.2.1 Exemple en établissement ex-OQN

Assuré social en nature assurance maladie, âgé de plus de 45 ans et moins de 75 ans, arrivé en ambulance dans un établissement ex-OQN 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 effectués, 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	Qté	Coef. MCOO	Base rembt	Taux PEC	Mt AMO	Mt total dépense	Qualif dépense	Exécutant	Spé
3	00	000	FPU	16,00	1	0.0000	16,00	0%	0,00	16,00	N	-	-
	19	035	FTN	93,03	1	0.0000	93,03	100%	93,03	93,03	-	-	-
4	00	000	FU3	53,00	1		53,00	100%	53,00	53,00	-	Finess ou n°AM	01
	00	000	SU3	20,00	1		20,00	100%	20,00	20,00	-	Finess ou n°AM	01
	00	000	SUM	20,00	1		20,00	100%	20,00	20,00	-	Finess ou n°AM	01
	00	000	SB3	80,00	1		80,00	100%	80,00	80,00	-	Finess ou n°AM	30
	00	000	SIC	60,00	1		60,00	100%	60,00	60,00	-	Finess ou n°AM	06
	00	000	SAS	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-	Finess ou n°AM	08
00	000	SAS	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-	Finess ou n°AM	04	

6.2.2.2 Exemple en établissement ex-DG DANS « FIDES URGENCES ».

Bénéficiaire de la C2S en ALD, âgé de plus de 16 ans et moins de 44 ans arrivé en ambulance dans un établissement ex-DG démarré DANS « 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 effectués, 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		-	-
	00	000	CFU	6,00	1	0.0000	6,00	100%	6,00	6,00	-		M	-	-
	19	035	FTN	93,03	1	1.0000	93,03	100%	93,03	93,03	-		M		
4	00	000	FU2	45,00	1		45,00	100%	45,00	45,00	-		M	Finess	01
	00	000	SU2	15,00	1		15,00	100%	15,00	15,00	-		M	Finess	01
	00	000	SUM	20,00	1		20,00	100%	20,00	20,00	-		M	Finess	01
	00	000	SB2	65,00	1		65,00	100%	65,00	65,00	-		M	Finess	38
	00	000	SIC	60,00	1		60,00	100%	60,00	60,00	-		M	Finess	06
	00	000	SAS	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-		M	Finess	04

DCS = Domaine d'activité ou Domaine Courts Séjour

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

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 simple (« *Forfait consultation de base tranche d'âge* »,) ou d'un passage complexe aux urgences (« *suppléments* »).

- 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 partie basse du bordereau S3404 et 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).

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

Pour les établissements ex-OQN, si l'exécutant est un médecin libéral, alors le numéro d'exécutant doit être renseigné avec son numéro assurance maladie (n° AM).

SUN : « <i>Supplément nuit profonde</i> » du médecin urgentiste SUF : « <i>Supplément soirée / samedi après-midi / dimanche / jour férié</i> » du médecin urgentiste				Un seul supplément autorisé	
Contexte	Bénéficiaires concernés (en fonction de la tranche d'âge)	Taux PEC	Exécutant	Domaine Activité	Type 4 CP / Partie basse S3404
ex-OQN	<ul style="list-style-type: none"> • Assurés sociaux, • Patients relevant des « relations internationales », • Bénéficiaires de la C2S, 	100%	Finess géographique + spécialité du médecin urgentiste si salarié ou n° AM du médecin urgentiste si libéral	A blanc	
ex-DG DANS « FIDES	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaires de l'AME. 	100% (sauf AME 0% et part AMC valorisée)	Finess géographique + spécialité du médecin	M Ou	

URGENCES »			urgentiste salarié	A blanc pour : <ul style="list-style-type: none"> les patients relevant des « relations internationales », les bénéficiaires de l'AME. 	
SSN : « <i>Supplément nuit</i> » du spécialiste ou du radiologue SSF : « <i>Supplément dimanche / jour férié</i> » du spécialiste ou du radiologue				Un seul supplément autorisé par exécutant	
Contexte	Bénéficiaires concernés (en fonction de la tranche d'âge)	Taux PEC	Exécutant	Domaine Activité	Type 4 CP / Partie basse S3404
ex-OQN	<ul style="list-style-type: none"> Assurés sociaux, Patients relevant des « relations internationales », 	100%	Finess géographique + spécialité du spécialiste ou du radiologue si salarié ou n° AM du spécialiste ou du radiologue si libéral	A blanc	
ex-DG DANS « FIDES URGENCES »	<ul style="list-style-type: none"> Bénéficiaires de la C2S, Bénéficiaires de l'AME. 	100% (sauf AME 0% et part AMC valorisée)	Finess géographique + spécialité du spécialiste ou du radiologue salarié	M Ou A blanc pour : <ul style="list-style-type: none"> les patients relevant des « relations internationales », les bénéficiaires de l'AME. 	

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

6.3.2.1 Exemple en établissement ex-OQN

Assurée sociale en nature d'assurance maternité âgée de plus de 16 ans et moins de 44 ans arrivée en ambulance et prise en charge à 3h du matin dans un établissement ex-OQN et 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 effectués

Type 2 norme CP → code nature d'assurance Maladie : 30 – Code exo : 0

Type	MT	DMT	Acte	PU	Qté	Coef. MCOO	Base rembt	Taux PEC	Mt AMO	Mt total dépense	Qualif dépense	Exécutant	Spé
3	00	000	FPX	16,00	1	0.0000	16,00	100%	16,00	16,00	-	-	-
4	00	000	FU2	45,00	1		45,00	100%	45,00	45,00	-	Finess ou n°AM	83
	00	000	SUN	16,00	1		16,00	100%	16,00	16,00	-	Finess ou n°AM	83
	00	000	SU3	20,00	1		20,00	100%	20,00	20,00	-	Finess ou n°AM	83
	00	000	SUM	20,00	1		20,00	100%	20,00	20,00	-	Finess ou n°AM	83
	00	000	SB2	65,00	1		65,00	100%	65,00	65,00	-	Finess ou n°AM	30
	00	000	SAS	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-	Finess ou n°AM	32
	00	000	SSN	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-	Finess ou n°AM	32
	00	000	SAS	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-	Finess ou n°AM	04
	00	000	SSN	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-	Finess ou n°AM	04

6.3.2.2 Exemple en établissement ex-DG DANS « FIDES URGENCES ».

Bénéficiaire du régime local Alsace-Moselle en ALD âgé de moins de 16 ans arrivé un dimanche en ambulance dans un établissement Ex-DG démarré dans FIDES URGENCES et dont l'état relève de la classe 2 de la CCMU et réalisation d'actes inscrits sur une liste fermée d'actes CCAM.

Un avis de spécialiste a été demandé et 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	-			-	-
	00	000	CFU	6,00	1	0.0000	6,00	100%	6,00	6,00	-		M	-	-
4	00	000	FU1	35,00	1		35,00	100%	35,00	35,00	-		M	Finess	01
	00	000	SUF	8,00	1		8,00	100%	8,00	8,00	-		M	Finess	01
	00	000	SU2	15,00	1		15,00	100%	15,00	15,00	-		M	Finess	01
	00	000	SUM	20,00	1		20,00	100%	20,00	20,00	-		M	Finess	01
	00	000	SIM	30,00	1		30,00	100%	30,00	30,00	-		M	Finess	06
	00	000	SSF	19,00	1		19,00	100%	19,00	19,00	-		M	Finess	06
	00	000	SAS	25,00	1		25,00	100%	25,00	25,00	-		M	Finess	04
	00	000	SSF	19,00	1		19,00	100%	19,00	19,00	-		M	Finess	04

DCS = Domaine d'activité ou Domaine Courts Séjour

7 SYNTHÈSE : MODALITÉS DE FACTURATION

TYPE PASSAGE	CODE ACTE	ZONE B2 / ZONE S3404	DEFINITION	CONDITION DE FACTURATION	DATE D'EXECUTION	PRESENCE OBLIGATOIRE	TAUX PEC	QUALIF DEPENSE	EXECUTANT
Passage « simple »	FPU	Type 3 B2 CP / partie haute S3404	<p>Forfait « <i>Patient urgences nominal</i> » à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire dont C2S et à la charge de l'AMO au titre de l'AME.</p> <p>Dans les conditions de l'article 51 de la LFSS pour 2021 et des évolutions portées en LFSS pour 2022, lorsque le patient bénéficie d'une prise en charge complète au sein de la structure des urgences, c'est-à-dire à l'exclusion des expérimentations de réorientation ou des cas patients partis sans attendre le début de leur prise en charge.</p> <p>La situation médico administrative du patient est déterminée en date de début de la prise en charge par l'urgentiste.</p>	Forfaits exclusifs et un seul forfait par facture selon la situation médico-administrative du patient	Date du début de prise en charge par le médecin urgentiste	Oui	0%	N	Sans objet
	FPL		<p>Forfait « <i>Patient urgences nominal</i> » pour les assurés du régime local Alsace-Moselle.</p> <p>Dans les conditions de l'article 51 de la LFSS pour 2021 et des évolutions portées en LFSS pour 2022, lorsque le patient bénéficie d'une prise en charge complète au sein de la structure des urgences, c'est-à-dire à l'exclusion des expérimentations de réorientation ou des cas patients partis sans attendre le début de leur prise en charge.</p> <p>La situation médico administrative du patient est déterminée en date de début de la prise en charge par l'urgentiste.</p>				100%	À blanc	
	FPX		<p>Forfait « <i>Patient urgences nominal</i> » à la charge du régime obligatoire.</p> <p>Dans les conditions de l'article 51 de la LFSS pour 2021 et des évolutions portées en LFSS pour 2022, lorsque le patient bénéficie d'une prise en charge complète au sein de la structure des urgences, c'est-à-dire à l'exclusion des expérimentations de réorientation ou des cas patients partis sans attendre le début de leur prise en charge.</p> <p>La situation médico administrative du patient est déterminée en date de début de la prise en charge par l'urgentiste.</p>				100%	À blanc	

TYPE PASSAGE	CODE ACTE	ZONE B2 / ZONE S3404	DEFINITION	CONDITION DE FACTURATION	DATE D'EXECUTION	PRESENCE OBLIGATOIRE	TAUX PEC	QUALIF DEPENSE	EXECUTANT
Passage « simple » suite	FPV		<p>Forfait « <i>Patient urgences minoré</i> » pour les assurés sociaux dont C2S.</p> <p>Dans les conditions de l'article 51 de la LFSS pour 2021 et des évolutions portées en LFSS pour 2022, lorsque le patient bénéficie d'une prise en charge complète au sein de la structure des urgences, c'est-à-dire à l'exclusion des expérimentations de réorientation ou des cas patients partis sans attendre le début de leur prise en charge.</p> <p>La situation médico administrative du patient est déterminée en date de début de la prise en charge par l'urgentiste.</p>	Forfaits exclusifs et un seul forfait par facture selon la situation médico - administrative du patient	Date du début de prise en charge par le médecin urgentiste	Oui	0%	N	Sans objet
	FPM	<p>Forfait « <i>Patient urgences minoré</i> » pour les assurés du régime local Alsace-Moselle.</p> <p>Dans les conditions de l'article 51 de la LFSS pour 2021 et des évolutions portées en LFSS pour 2022, lorsque le patient bénéficie d'une prise en charge complète au sein de la structure des urgences, c'est-à-dire à l'exclusion des expérimentations de réorientation ou des cas patients partis sans attendre le début de leur prise en charge.</p> <p>La situation médico administrative du patient est déterminée en date de début de la prise en charge par l'urgentiste.</p>	100%				À blanc		
	CFU	<p>Forfait « <i>Complément de forfait patient urgences minoré</i> » à la charge de l'assurance maladie obligatoire.</p> <p>Pour que la situation médico administrative du patient n'entraîne pas d'effet sur le niveau des recettes des établissements, un « complément de forfait patient urgence » doit pouvoir être facturé par l'établissement dans les cas d'application d'une participation assurée minorée.</p>	Si code « FPV » ou « FPM » facturé	Date du début de prise en charge par le médecin urgentiste	Non	100%	À blanc		

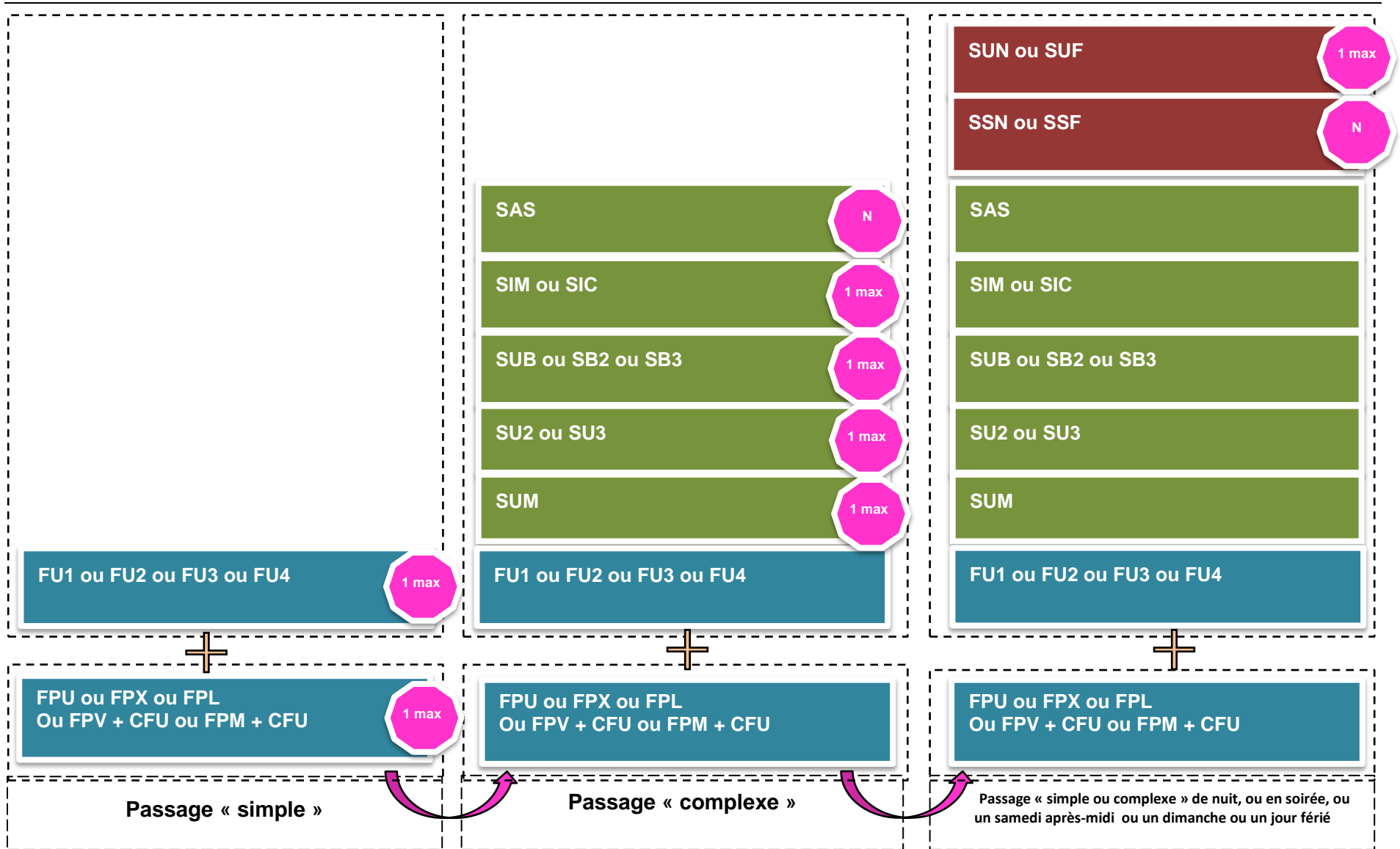
TYPE PASSAGE	CODE ACTE	ZONE B2 / ZONE S3404	DEFINITION	CONDITION DE FACTURATION	DATE D'EXECUTION	PRESENCE OBLIGATOIRE	TAUX PEC	QUALIF DEPENSE	EXECUTANT
Passage « simple » suite	FU1	Type 4 B2 CP / partie basse S3404	<p>Forfait « <i>Consultation socle tranche d'âge n°1 0 - < 16 ans</i> » du médecin urgentiste.</p> <p>Si le patient bénéficie d'une prise en charge complète au sein de la structure des urgences, c'est à dire 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.</p> <p>L'âge est déterminé à la date du début de prise en charge par le médecin urgentiste.</p>	Forfaits exclusifs et un seul par facture en fonction de l'âge du patient.	Date du début de prise en charge par le médecin urgentiste	Oui	100%	« À blanc » Sauf bénéficiaire de l'AME où il est à « N »	FINESS géographique (ex-OQN ou ex-DG) + spécialité du médecin urgentiste si salarié ou n° AM du médecin urgentiste si libéral (si ex-OQN)
	FU2		<p>Forfait « <i>Consultation socle tranche d'âge n°2 16 < 45 ans</i> » du médecin urgentiste.</p> <p>Si le patient bénéficie d'une prise en charge complète au sein de la structure des urgences, c'est à dire 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.</p> <p>L'âge est déterminé à la date du début de prise en charge par le médecin urgentiste.</p>						
	FU3		<p>Forfait « <i>Consultation socle tranche d'âge n°3 45 < 75 ans</i> » du médecin urgentiste.</p> <p>Si le patient bénéficie d'une prise en charge complète au sein de la structure des urgences, c'est à dire 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.</p> <p>L'âge est déterminé à la date du début de prise en charge par le médecin urgentiste.</p>						
	FU4		<p>Forfait « <i>Consultation socle tranche d'âge n°4 75 ans et plus</i> » du médecin urgentiste.</p> <p>Si le patient bénéficie d'une prise en charge complète au sein de la structure des urgences, c'est à dire 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.</p> <p>L'âge est déterminé à la date du début de prise en charge par le médecin urgentiste.</p>						

TYPE PASSAGE	CODE ACTE	ZONE B2 / ZONE S3404	DEFINITION	CONDITION DE FACTURATION	DATE D'EXECUTION	PRESENCE OBLIGATOIRE	TAUX PEC	QUALIF DEPENSE	EXECUTANT
Passage « complexe » (Actes facturables en plus des actes facturables lors d'un passage « simple »)	SU2	Type 4 B2 CP / partie basse S3404	Forfait « <i>Supplément prise en charge spécifique CCMU 2+</i> » du médecin urgentiste Si l'état du patient correspond à CCMU 2 et s'il y a réalisation d'actes inscrits sur une liste fermée d'actes CCAM.	Suppléments exclusifs et un seul par facture	Date du début de prise en charge par le médecin urgentiste	Non	100%	« À blanc » Sauf bénéficiaire de l'AME où il est à « N »	FINESS géographique (ex-OQN ou ex-DG) + spécialité du médecin urgentiste si salarié ou n° AM du médecin urgentiste si libéral (si ex-OQN)
	SU3		Forfait « <i>Supplément prise en charge spécifique CCMU 3, 4, 5</i> » du médecin urgentiste Si l'état du patient correspond à CCMU 3 ou 4 ou 5.						
	SUM	Type 4 B2 CP / partie basse S3404	Forfait « <i>Supplément d'Urgence Mode d'arrivée</i> » du médecin urgentiste Si le patient est arrivé en ambulance ou VSAV ou SMUR ou Hélicoptère.	Un seul par facture		Non	100%	« À blanc » Sauf bénéficiaire de l'AME où il est à « N »	FINESS géographique (ex-OQN ou ex-DG) + spécialité du médecin urgentiste si salarié ou n° AM du médecin urgentiste si libéral (si ex-OQN)
	SUB	Type 4 B2 CP / partie basse S3404	Forfait « <i>Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°1 0 - < 16 ans</i> » Si réalisation d'au moins un acte de biologie médicale L'âge est déterminé à la date du 1 ^{er} acte de biologie médicale réalisé.	Suppléments exclusifs et un seul par facture	Date du 1 ^{er} acte de biologie médicale réalisé.	Non	100%	« À blanc » Sauf bénéficiaire de l'AME où il est à « N »	n° AM du laboratoire (si ex-OQN) ou FINESS géographique + spécialité laboratoire (si ex-DG)
	SB2		Forfait « <i>Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°2 16 - < 45 ans</i> » L'âge est déterminé à la date du 1 ^{er} acte de biologie médicale réalisé.						
	SB3		Forfait « <i>Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°3 + 45 ans</i> » L'âge est déterminé à la date du 1 ^{er} acte de biologie médicale réalisé.						

TYPE PASSAGE	CODE ACTE	ZONE B2 / ZONE S3404	DEFINITION	CONDITION DE FACTURATION	DATE D'EXECUTION	PRESENCE OBLIGATOIRE	TAUX PEC	QUALIF DEPENSE	EXECUTANT
Passage « complexe » (Actes facturables en plus des actes facturables lors d'un passage « simple ») suite	SIM	Type 4 B2 CP / partie basse S3404	Forfait « <i>Supplément Imagerie conventionnelle</i> » (radiographie, échographie) Si réalisation d'au moins un acte d'imagerie standard ou d'échographie par un radiologue uniquement.	Suppléments exclusifs et un seul par facture	Date du 1 ^{er} acte d'imagerie réalisé	Non	100%	« À blanc » Sauf bénéficiaire de l'AME où il est à « N »	FINESS géographique (ex-OQN ou ex-DG) + spécialité du radiologue si salarié ou n° AM du radiologue si libéral (si ex-OQN)
	SIC		Forfait « <i>Supplément Imagerie en coupe</i> » Si réalisation d'au moins un acte d'imagerie en coupe par un radiologue uniquement. Le forfait intègre également le financement d'autres actes imagerie conventionnelle ou échographie réalisés pour le même passage.						
	FTN, FTR etc.	Type 3 B2 CP / partie haute S3404 Ou Type 4 B2 CP / partie basse S3404	Forfait technique d'imagerie	Facturable uniquement si supplément SIC Plusieurs FT peuvent être facturés dans le respect des règles de la CCAM	Date du 1 ^{er} acte d'imagerie réalisé	Non	100%	« À blanc » Sauf bénéficiaire de l'AME où il est à « N »	Exploitant de l'appareil d'imagerie
	SAS	Type 4 B2 CP / partie basse S3404	Forfait « <i>Supplément d'Avis de Spécialiste</i> » du médecin spécialiste Si le patient est vu physiquement par le spécialiste dans un box. Pédiatre : ce supplément ne peut pas être facturé s'il joue le rôle d'urgentiste dans une SU. Il est facturé seulement s'il intervient en complément de l'urgentiste pour avis spécialisé.	Plusieurs suppléments autorisés mais un seul par spécialité d'exécutant	Date de réalisation de l'avis spécialiste	Non	100%	« À blanc » Sauf bénéficiaire de l'AME où il est à « N »	FINESS géographique (ex-OQN ou ex-DG) + spécialité du spécialiste si salarié ou n° AM du spécialiste si libéral (si ex-OQN)

TYPE PASSAGE	CODE ACTE	ZONE B2 / ZONE S3404	DEFINITION	CONDITION DE FACTURATION	DATE D'EXECUTION	PRESENCE OBLIGATOIRE	TAUX PEC	QUALIF DEPENSE	EXECUTANT
Passage « simple ou complexe » de nuit, ou un soiré, ou un samedi après-midi ou un dimanche ou un jour férié (Actes facturables en plus des actes facturables lors d'un passage « complexe »)	SUN	Type 4 B2 CP / partie basse S3404	Forfait « <i>Supplément nuit profonde</i> » du médecin urgentiste En fonction de la date / heure de début de prise en charge médicale du patient par l'urgentiste. La plage horaire ouvrant droit au supplément nuit est définie par l'arrêté prestations urgences.	Suppléments exclusifs et un seul par facture	Date du début de prise en charge par le médecin urgentiste	Non	100%	« À blanc » Sauf bénéficiaire de l'AME où il est à « N »	FINESS géographique (ex-OQN ou ex-DG) + spécialité du médecin urgentiste si salarié ou n° AM du médecin urgentiste si libéral (si ex-OQN)
	SUF		Forfait « <i>Supplément soirée/ samedi après-midi / dimanche / jour férié</i> » du médecin urgentiste En fonction de la date / heure de début de prise en charge médicale du patient par l'urgentiste. La plage horaire ouvrant droit au supplément « soirée/ samedi après-midi / dimanche / jour férié » est définie par l'arrêté prestations urgences.						
	SSN	Type 4 B2 CP / partie basse S3404	Forfait « <i>Supplément nuit</i> » du médecin spécialiste ou du radiologue En fonction de la date / heure de début de prise en charge médicale du patient par le radiologue ou le spécialiste. La plage horaire ouvrant droit au supplément nuit est définie par l'arrêté prestations urgences.	Plusieurs suppléments autorisés mais un seul par spécialité d'exécutant	Date du 1 ^{er} acte de biologie médicale réalisé	Non	100%	« À blanc » Sauf bénéficiaire de l'AME où il est à « N »	FINESS géographique (ex-OQN ou ex-DG) + spécialité du spécialiste ou du radiologue si salarié ou n° AM du spécialiste ou du radiologue si libéral (si ex-OQN)
	SSF		Forfait « <i>Supplément dimanche / jour férié</i> » du médecin spécialiste ou du radiologue En fonction de la date / heure de début de prise en charge médicale du patient par le radiologue ou le spécialiste. La plage horaire ouvrant droit au supplément dimanche / jour férié est définie par l'arrêté prestations urgences.						

8 SYNTHÈSE : MODALITÉS DE FACTURATION – CUMUL DES FORFAITS



		Passage complexe ou passage simple de nuit, ou un dimanche / jour férié																					
		Passage complexe										Médecin urgentiste		Laboratoire		Radiologue		Spécialiste	Médecin urgentiste		Spécialiste, Imagerie		
		Passage simple : Médecin urgentiste										Médecin urgentiste		Laboratoire		Radiologue		Spécialiste	Médecin urgentiste		Spécialiste, Imagerie		
Ages		-16 -45 -75 +75										-16 -45 +45											
Catégorie de tarif		Catégorie 1					Catégorie 2					Catégorie 4			Catégorie 3		Catégorie 2		Catégorie 3				
Nb par facture		1					1					1			1		n		1		n		
Passage complexe ou passage simple de nuit, ou un dimanche / jour férié	Passage simple : Médecin urgentiste	FPU			X	X																	
		FPX	X																				
		FPL			X	X																	
		FPM	X	X	X	X	X																
		FPV	X	X	X	X	X																
		CFU	X																				
	FU1																						
	FU2	1		✓		✓		✓		✓		X			✓		✓		✓		X		
	FU3																						
	FU4																						
	Médecin urgentiste	SU2	1		✓		✓		✓		✓		X			✓		✓		✓		X	
		SU3	1		✓		✓		✓		✓		X			✓		✓		✓		X	
		SUM	1		✓		✓		✓		✓		X			✓		✓		✓		X	
	Laboratoire	SUB																					
		SB2	1		✓		✓		✓		✓		X			✓		✓		X		X	
		SB3																					
	Radiologue	SIM	1		✓		✓		✓		✓		X			✓		✓		X		✓	
		SIC																					
Spécialiste	SAS	n		✓		✓		✓		✓		X			✓		✓		X		✓		
Médecin urgentiste	SUN	1		∅		∅		∅		✓		✓		X			X		X		X		
	SUF																						
Spécialiste, Imagerie	SSN	n		∅		∅		∅		X		X		X			✓		✓		X		
	SSF	n		∅		∅		∅		X		X		X			✓		✓		X		

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

		ETABLISSEMENTS EX OQN ET ETABLISSEMENT EX- DG <u>DANS</u> « FIDES URGENCES »
Assuré sociaux	Type 3 CP	FPU pour information (qualificatif de la dépense à N taux de remboursement à 0%) Ou FPV pour information (qualificatif de la dépense à N / taux remboursement à 0%) et CFU en part AMO à 100% Ou FPX en part AMO à 100%
	Type 4 CP	FU1, FU2, FU3, FU4, SUM, SAS, SU2, SU3, SIM, SIC, SUB, SB2, SB3, SUN, SUF, SSN, SSF en part AMO à 100%
Bénéficiaire de la C2S	Type 3 CP	FPU en part AMC ou FPV en part AMC et CFU en part AMO à 100% ou FPX en part AMO à 100%
	Type 4 CP	FU1, FU2, FU3, FU4, SUM, SAS, SU2, SU3, SIM, SIC, SUB, SB2, SB3, SUN, SUF, SSN, SSF en part AMO à 100%
Bénéficiaire du RLAM	Type 3 CP	FPL en part AMO à 100% ou FPM et CFU en part AMO à 100% ou FPX en part AMO à 100%
	Type 4 CP	FU1, FU2, FU3, FU4, SUM, SAS, SU2, SU3, SIM, SIC, SUB, SB2, SB3, SUN, SUF, SSN, SSF en part AMO à 100%
Relations Internationales	Type 3 CP	FPU pour information (qualificatif de la dépense à N taux de remboursement à 0%) Ou FPV pour information (qualificatif de la dépense à N / taux remboursement à 0%) et CFU en part AMO à 100% Ou FPX en part AMO à 100%
	Type 4 CP	FU1, FU2, FU3, FU4, SUM, SAS, SU2, SU3, SIM, SIC, SUB, SB2, SB3, SUN, SUF, SSN, SSF en part AMO à 100%
Bénéficiaire de l'AME	Type 3 CP	FPU en part AMC (100% de la dépense part AMC)
	Type 4 CP	FU1, FU2, FU3, FU4, SUM, SAS, SU2, SU3, SIM, SIC, SUB, SB2, SB3, SUN, SUF, SSN, SSF (100% de la dépense part AMC)