

HISTORIQUE MISES A JOUR

Version	Date	Détails Mises à Jour
V1.0	30/11/2021	Version initiale.
V1.1	06/12/2021	Prise en compte de retours des éditeurs : - Correction en cas n°1 (C2S) de l'exemple n°3 : ajout de la ligne « FJC. » - Correction en cas n°3 (AME) de la règle de valorisation des données [Montant de la dépense] et [Montant remboursable AMC] en SSR et PSY et de l'exemple n°2 : au niveau de l'acte PJ : le montant de la dépense et le montant remboursable AMC doivent être valorisés à 100% BR + sommes de forfaits journaliers hors jour de sortie. L'exemple n°2 sur l'AME a été modifié en ce sens.

1 OBJET

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

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

2 REFERENCES REGLEMENTAIRES ET CONTEXTE

2.1 Réforme du financement des activités de Psychiatrie (PSY)

L'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale 2020 définit un nouveau modèle de financement des activités de psychiatrie (PSY) sous la forme de dotations.

Cette réforme prend effet au 1^{er} janvier 2022.

2.2 Tarification Nationale Journalière des Prestations (TNJP) en MCO et PSY

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

- la nature des soins délivrés.
- le niveau de l'activité de l'établissement.

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

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

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

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

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

Pour les établissements ex-DG, le Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) n'inclut pas le Forfait Journalier.

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

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

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

La facturation est fondée sur ces tarifs pondérés.

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

A partir du 1^{er} janvier 2022, dans la continuité des évolutions mises en place en 2016 sur le domaine MCO, la part prise en charge par le régime local Alsace Moselle **des séjours et séances** est établie :

- **En SSR :**
 - sur la base de 20% des actuels Tarifs Journaliers de Prestations (TJP) et sur la base d'une facturation directe vers l'organisme d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire des soins.
- **En PSY :**
 - sur la base de 20% des nouveaux Tarifs Nationaux Journaliers de Prestations (TNJP) et sur la base d'une facturation directe vers l'organisme d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire des soins.

3 SOMMAIRE

1	Objet.....	1
2	Références réglementaires et contexte	1
2.1	Réforme du financement des activités de Psychiatrie (PSY).....	1
2.2	Tarifcation Nationale Journalière des Prestations (TNJP) en MCO et PSY	1
2.3	Prise en charge de la participation de l'assuré pour les bénéficiaires du régime local Alsace – Moselle	2
3	Sommaire	3
4	Date d'application et établissements concernés	4
5	Synthèse de la facturation « hors fides » en MCO, SSR et PSY par les établissements ex-DG.....	4
5.1	Les points clefs	4
5.2	Cas n°1 - Assuré social bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S).....	5
5.3	Cas n°2 - Assuré social relevant du Régime Local Alsace Moselle (RLAM).....	5
5.4	Cas n°3 - Bénéficiaire de l'Aide Médicale d'Etat (AME)	5
5.5	Cas n°4 - Ressortissant des Relations Internationales.....	6
6	Prestations facturables.....	7
6.1	Liste des codes actes facturables	7
6.2	Par code acte, synthèse des situations ouvrant droit à la facturation B2.....	9
7	MCO, SSR et PSY : Détail des modalités de facturation B2	10
7.1	Cas n°1 - Assuré Social bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S).....	10
7.2	Cas n°2 - Assuré social ressortissant du Régime Local d'Alsace-Moselle (RLAM).....	13
7.3	Cas n°3 - Bénéficiaire de l'Aide Médicale D'Etat (AME)	16
7.4	Cas n°4 - Ressortissant des « Relations Internationales ».....	19

4 DATE D'APPLICATION ET ETABLISSEMENTS CONCERNES

Les règles de facturation décrites dans la présente fiche concernent **les établissements ex-DG sur les champs MCO, SSR et PSY** mentionnés au a°), b°), c°) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

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

5 SYNTHÈSE DE LA FACTURATION « HORS FIDES » EN MCO, SSR ET PSY PAR LES ETABLISSEMENTS EX-DG

5.1 Les points clefs

- Au 1^{er} janvier 2022, introduction des nouveaux Tarifs Nationaux Journaliers de Prestations (TNJP) pour la facturation des Tickets Modérateurs des séjours MCO et PSY et des frais de séjours pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou des ressortissants des « Relations Internationales »¹.
- Pour les séjours à cheval sur les exercices 2021 et 2022, ils feront l'objet d'une facturation segmentée sans interruption administrative du séjour du patient :
 - pour les soins dispensés antérieurement au 1^{er} janvier 2022, facturation du ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations arrêtés par le directeur général de l'ARS pour l'année 2021
 - pour les soins dispensés postérieurement au 1^{er} janvier 2022, facturation du ticket modérateur sur la base des nouveaux Tarifs Nationaux Journaliers de Prestations de prestations arrêtés par le directeur général de l'ARS pour l'année 2022
- Reconstitution en 2022 des modalités actuelles de facturation « Hors Fides » définies dans le cadre du protocole national inter-partenaires de juin 2006 en termes d'infrastructure, de circuits et de codes prestations.
- Pour les bénéficiaires du régime local Alsace Moselle, à partir du 1^{er} janvier 2022, extension aux séjours de SSR et de PSY des modalités de facturation introduites en octobre 2016 en MCO :
 - Facturation directe du Ticket Modérateur établi :
 - sur la base de 20% des actuels Tarifs Journaliers de Prestations (TJP) en SSR.
 - sur la base de 20% des nouveaux Tarifs Nationaux Journaliers de Prestations (TNJP) en PSY.

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

- **Cas n°1 - Assuré social bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S).**
- **Cas n°2 - Assuré social relevant du régime local Alsace Moselle (RLAM).**
- **Cas n°3 - Bénéficiaire de l'Aide Médicale de l'Etat (AME).**
- **Cas n°4 - Ressortissant des « Relations Internationales ».**

¹ Patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (« migrants permanents » et « migrants de passage »).

5.2 Cas n°1 - Assuré social bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

- **Ticket modérateur des séjours en MCO et PSY :**
 - Facturés en seule part complémentaire en type 3 de la norme B2 CP sur la base du nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP).
- **Ticket modérateur des séjours en SSR :**
 - Facturés en seule part complémentaire en type 3 de la norme B2 CP sur la base de l'actuel Tarif Journalier de Prestation (TJP).
- **Forfaits journaliers et forfait journalier du jour de sortie :**
 - Facturés en seule part complémentaire en type 3 de la norme B2 CP.
- **Participation assuré forfaitaire (24€) en cas d'actes coûteux supérieurs à 120€ :**
 - Facturée en part complémentaire en type 3 de la norme B2 CP.

5.3 Cas n°2 - Assuré social relevant du Régime Local Alsace Moselle (RLAM)

- **Ticket modérateur des séjours en MCO et PSY :**
 - Facturés en part obligatoire en type 3 de la norme B2 CP sur la base du nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP).
- **Ticket modérateur des séjours en SSR :**
 - Facturés en part obligatoire en type 3 de la norme B2 CP sur la base de l'actuel Tarif Journalier de Prestation (TJP).
- **Forfaits journaliers et forfait journalier du jour de sortie :**
 - Facturés en part obligatoire en type 3 de la norme B2 CP.
- **Participation assuré forfaitaire (24€) en cas d'actes coûteux supérieurs à 120€ :**
 - Facturée en part obligatoire en type 3 de la norme B2 CP.

5.4 Cas n°3 - Bénéficiaire de l'Aide Médicale d'Etat (AME)

- **Séjours en MCO :**
 - Facturés en part complémentaire sur la base de 20% du nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP) en type 3 de la norme B2 CP.
- **Séjours en PSY :**
 - Facturés en part complémentaire sur la base de 100% du nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP) en type 3 de la norme B2 CP.
- **Séjours en SSR :**
 - Facturés en part complémentaire sur la base de 100% du Tarif Journalier de Prestation (TJP) en type 3 de la norme B2 CP.
- **Participation assuré forfaitaire (24€) en cas d'actes coûteux > 120€ :**
 - Facturée en seule part complémentaire en type 3 de la norme B2 CP.
- **Forfait journalier du jour de sortie :**
 - Facturé intégralement en part complémentaire en type 3 de la norme B2 CP.

5.5 Cas n°4 - R ressortissant des Relations Internationales

- **Séjours en MCO et PSY :**
 - Facturés en part obligatoire en type 3 de la norme B2 CP sur la base du nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP).
- **Séjours en SSR :**
 - Facturés en part obligatoire en type 3 de la norme B2 CP sur la base de l'actuel Tarif Journalier de Prestation (TJP).
- **Participation assuré forfaitaire (24€)** en cas d'actes couteux > 120€ :
 - Facturée en part obligatoire en type 3 de la norme B2 CP.
- **Forfait journalier du jour de sortie** (pour information)
 - Porté pour « information » en type 3 de la norme B2 CP.

6 PRESTATIONS FACTURABLES

6.1 Liste des codes actes facturables

Les règles de facturation en MCO, SSR et PSY auprès des organismes d'assurance maladie obligatoire se basent sur les codes actes déjà existants suivants :

- **PJ** code prestation utilisé à partir du 1^{er} janvier 2022 pour la facturation des séjours des bénéficiaires de l'AME en SSR ou PSY et des séjours des ressortissants des « relations internationales » en MCO, SSR et PSY sur la base :
 - du **nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP)** en MCO et PSY.
 - de l'actuel **Tarif Journalier de Prestation (TJP)** en SSR.

Note : La valeur du **prix unitaire** portée dans la facture pour le code acte **PJ** doit être égale au Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) en MCO et PSY ou au Tarif Journalier de Prestation (TJP) en SSR et le **taux de remboursement** porté dans la facture doit être égal à 0% pour un bénéficiaire de l'AME et à 80% pour un ressortissants des « relations internationales » (hors situation d'exonération du TM).

- **PJC** code prestation utilisé pour la facturation du Ticket Modérateur des séjours en MCO, SSR ou PSY pour les bénéficiaires de la C2S ou pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et sur la base :
 - du **nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP)** en MCO et PSY.
 - de l'actuel **Tarif Journalier de Prestation (TJP)** en SSR.

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

- **PJL** code prestation utilisé depuis 2016 pour la facturation du Ticket Modérateur des séjours en MCO sur la base du Tarif Journalier de Prestation pour les bénéficiaires relevant du Régime Local Alsace Moselle (RLAM) et dont l'utilisation est étendue à partir du 1^{er} janvier 2022 à la facturation du Ticket Modérateur des séjours en SSR et PSY. A partir du 1^{er} janvier 2022, le « **PJL** » est établi sur la base :
 - du **nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP)** en MCO et PSY.
 - de l'actuel **Tarif Journalier de Prestation (TJP)** en SSR.

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

- **FJC** code prestation utilisé pour la facturation du forfait journalier hors jour de sortie des bénéficiaires de la C2S.

- **FJA** code prestation utilisé pour la facturation du forfait journalier du jour de sortie des assurés sociaux relevant de la CS2, de l'AME et, porté « *pour information* » pour les ressortissants des « Relations Internationales ».
- **FJL** code prestation utilisé pour la facturation du forfait journalier des bénéficiaires de soins relevant du RLAM.
- **FRL** code prestation utilisé pour la facturation du forfait journalier de sortie des bénéficiaires de soins relevant du RLAM.
- **PAH** code prestation utilisé pour la facturation de la participation assuré forfaitaire de 24€ en cas d'actes > 120€, facturée dans le cas de bénéficiaires de la C2S.
- **PAJ** code prestation utilisé pour la facturation de la participation assuré forfaitaire de 24€ en cas d'actes > 120€, facturée dans le cas de bénéficiaires de soins relevant du RLAM.



Les prestations doivent être facturées avec :

- la nouvelle valeur de DMT associée au nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP) en MCO et PSY.
- la valeur de DMT associée au Tarif Journalier de Prestation (TJP) en SSR.

6.2 Par code acte, synthèse des situations ouvrant droit à la facturation B2

	Cas n°1 : Bénéficiaire de la C2S	Cas n°2 : Bénéficiaire du RLAM	Cas n°3 : Bénéficiaire de l'AME	Cas n°4 : Relations Internationales
PJ			√ en SSR et PSY	√ en MCO, SSR et PSY
PJC	√ en MCO, SSR et PSY		√ en MCO	
PJL		√ en MCO, SSR et PSY		
FJC	√			
FJA	√		√	√
FJL		√		
FRL		√		
PAH	√			
PAJ		√		

7 MCO, SSR ET PSY : DETAIL DES MODALITES DE FACTURATION B2

! Lorsque la situation donne lieu à facturation directe de prestations vers l'assurance maladie obligatoire, l'établissement émet un flux B2 CP valorisé selon les modalités ci-après (Il n'y a pas de remise en cause des circuits ou de l'infrastructure technique d'échanges en messagerie sécurisée définis dans le cadre du protocole national inter-partenaires de juin 2006).

! Les données de début d'hospitalisation, date d'entrée et date de sortie doivent toujours être valorisées dans le type 2 de la norme B2 CP selon les modalités de facturation préexistantes aux réformes.

! A l'exception des séjours des bénéficiaires du régime local Alsace Moselle (Cas n°2), les règles relatives au SSR sont inchangées.

7.1 Cas n°1 - Assuré Social bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

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

- Peuvent être facturés au titre de la C2S

- En l'absence de situation d'exonération, le **ticket modérateur du séjour en MCO, SSR ou PSY** est facturable dans ce cas via le code acte **PJC** avec en type 3 de la norme B2 CP :
 - Un [Prix Unitaire] égal à :
 - 20% du nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) en MCO et PSY
 - 20% du Tarif Journalier de Prestations (TJP) en SSR.
 - Une [Quantité] égale à au nombre de jours de présence.
 - Une [Base de Remboursement] égale à 0.
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant Total de la dépense] égal à [Prix Unitaire] x [Quantité]
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité]
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] associés au TNJP en MCO et PSY ou au TJP en SSR.
- En cas d'exonération du ticket modérateur, les **forfaits journaliers** hors forfait journalier du jour de sortie sont facturables dans ce cas via le code acte **FJC** avec en type 3 de la norme B2 CP :
 - Un [Prix Unitaire] égal à 20€ en MCO et SSR et à 15€ en PSY à ce jour.
 - Une [Quantité] égale à au nombre de jours de présence.

- Une [Base de Remboursement] égale à 0.
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant Total de la dépense] égal à [Prix Unitaire] x [Quantité]
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité]
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés.
- Le **forfait journalier du jour de sortie** est facturable dans ce cas via le code acte **FJA** avec en type 3 de la norme B2 CP :
- Un [Prix Unitaire] égal à 20€ en MCO et SSR et à 15€ en PSY à ce jour.
 - Une [Quantité] égale à 1.
 - Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant Total de la dépense] égal à la [Base de Remboursement].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égale à [Base de Remboursement].
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés (celle du PJC si celui-ci est facturé).
- En cas d'exonération pour acte coûteux > 120€, la **participation assurée forfaitaire de 24€** est facturable dans ce cas via le code acte **PAH** avec en type 3 de la norme B2 CP :
- Un [Prix Unitaire] égal à 24€ à ce jour.
 - Une [Quantité] égale à 1.
 - Une [Base de Remboursement] égale à 0.
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant Total de la dépense] égal à la [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].

- Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés.

➔ Exemple n°1 de facturation B2 : Ticket Modérateur > Somme des Forfaits Journaliers

Exemple d'un séjour MCO de 16 jours non pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire pour un bénéficiaire de l'ACS, tel que Ticket Modérateur > Sommes de Forfaits Journaliers

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

Type 3															
Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qt	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab MCO	15/01/22	30/01/22	PJC	03	234	80	16	1	0	0	0	1280 (cf. *)	N	1280	-
Etab MCO	31/01/22	31/01/22	FJA	03	234	20	1	1	20	0	0	20	N	20	-

Note : Dans cet exemple, la comparaison entre le Ticket Modérateur et la somme des Forfaits Journaliers fait ressortir un TM supérieur à la somme des Forfaits Journaliers : l'établissement facture un PJC.

(*) Note : Pour les bénéficiaires de la C2S : on utilise un code prestation « PJC » spécifique. La valeur du prix unitaire du PJC correspond à 20% de la valeur du nouveau Tarif National Journalier de Prestation fixé par l'ARS. Ainsi dans cet exemple d'un séjour dont le nouveau Tarif National Journalier de Prestation a été fixé par l'ARS à 400€ le prix unitaire facturé du PJC est égal à 80€. Pour un séjour de 16 jours, le montant total de la dépense et le montant remboursable AMC du PJC seront égaux à $80 \times 16 = 1280\text{€}$. Le taux de remboursement est à 0, la base de remboursement est à 0.

➔ Exemple n°2 de facturation B2 : Ticket Modérateur ≤ Somme des Forfaits Journaliers

Exemple d'un séjour SSR de 16 jours non pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire pour un bénéficiaire de la C2S, tel que Ticket Modérateur ≤ Sommes de Forfaits Journaliers :

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

Type 3															
Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qt	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab SSR	15/01/22	30/01/22	FJC	03	172	20	16	1	0	0	0	320	N	320	-
Etab SSR	31/01/22	31/01/22	FJA	03	172	20	1	1	20	0	0	20	N	20	-

Note : Dans cet exemple, la comparaison entre le Ticket Modérateur et la Somme des Forfaits Journaliers fait ressortir un Ticket Modérateur inférieur ou égal à la somme des Forfaits Journaliers : l'établissement facture un FJC.

➔ Exemple n°3 de facturation B2 : TMF 24€ suite à un ou plusieurs actes CCAM > 120€

Exemple d'un séjour en MCO de 16 jours pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire pour un motif d'actes couteux > 120€ pour un bénéficiaire de la C2S :

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

Type 3															
Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab MCO	30/01/22	30/01/22	PAH	03	234	24	1	1	0	0	0	24	N	24	-
Etab MCO	15/01/22	30/01/22	FJC	03	234	20	16	1	0	0	0	320	N	320	-
Etab MCO	31/01/22	31/01/22	FJA	03	234	20	1	1	20	0	0	20	N	20	-

Note : La participation assuré forfaitaire de 24€ est déduite du séjour en MCO (sur le GHS lors de la valorisation par l'Atih). Elle est à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire. Pour les bénéficiaires de la C2S, elle est facturée à l'assurance maladie obligatoire via le code PAH facturé en part AMC.

Note 2 : Facturation du séjour en type 3 de la norme B2 CP des seuls Tickets Modérateurs et forfaits journaliers en part complémentaire au titre de la C2S. Pas de valorisation des taux et montants remboursables AMO.

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

7.2 Cas n°2 - Assuré social ressortissant du Régime Local d'Alsace-Moselle (RLAM)

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

- **Peuvent être facturés au titre du régime local Alsace Moselle :**
 - **Le ticket modérateur en l'absence de situation d'exonération du ticket modérateur de droit commun** (soins en lien avec une ALD par exemple) est pris en charge au titre du régime local Alsace Moselle sur la base du nouveau tarif Journalier National de Prestation (TNJP) en MCO et PSY et sur la base du Tarif Journalier de Prestation (TJP) en SSR. Il est facturable dans ce cas via le code acte **PJL** avec en type 3 de la norme B2 CP :
 - Un [**Prix Unitaire**] égal à :
 - la valeur du nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) en MCO et PSY,
 - la valeur du Tarif Journalier de Prestations (TJP) en SSR.
 - Une [**Quantité**] égale au nombre de jours de présence.

- Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].
- Un [Taux de remboursement] égal à 20%.

Nota : les règles de valorisation du PU et du taux du PJJ sont différentes de celles à appliquer pour le PJC décrites précédemment en partie 7.1.

- Un [Montant remboursable AMO] égal à [Base de Remboursement] x [Taux de remboursement].
 - Un [Montant Total de la dépense] égal à [Base de Remboursement].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à blanc.
 - Un [Montant remboursable AMC] égale à 0.
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] associés au TNJP en MCO et PSY ou au TJP en SSR.
- Dans les situations d'exonération du Ticket Modérateur (ALD par exemple), l'acte PJJ n'est **pas facturable** mais les **forfaits journaliers hors forfait journalier du jour de sortie** sont dans ce cas facturables via le code acte **FJL** avec en type 3 de la norme B2 CP :
- Un [Prix Unitaire] égal à 20€ en MCO et SSR et à 15€ en PSY à ce jour.
 - Une [Quantité] égale au nombre de jours de présence.
 - Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0%.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à [Base de Remboursement].
 - Le [Montant Total de la dépense] égal à la [Montant remboursable AMO].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à blanc.
 - Un [Montant remboursable AMC] égale à 0.
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés.
- Le **forfait du jour de sortie** est facturable dans ce cas via le code acte **FRL** avec en type 3 de la norme B2 CP :
- Un [Prix Unitaire] égal à 20€ en MCO et SSR et à 15€ en PSY à ce jour.
 - Une [Quantité] égale à 1.
 - Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Taux de remboursement] égal à 100% pour FRL.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à [Base de Remboursement] x [Taux de remboursement].
 - Le [Montant Total de la dépense] égal à la [Base de Remboursement].

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

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

➔ **Exemple n°1 de facturation B2 : Participation assuré forfaitaire 24€ suite à un acte CCAM > 120€**

Exemple d'un séjour SSR pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire pour un motif d'actes coûteux > 120€ et pour un bénéficiaire du régime local Alsace Moselle :

Dans cet exemple, les prestations suivantes sont facturées directement à l'assurance maladie obligatoire :

- Forfaits journaliers : **FJL** et **FRL** (jour de sortie).
- Participation assurée 24€ : **PAJ**.

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

Type 3															
Part. de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dép.	Mt remb. AMC	Exo
Etab SSR	30/01/22	30/01/22	PAJ	03	172	24	1	1	24	100	24	24	-	0	-

Etab SSR	15/01/22	30/01/22	FJL	03	172	20	16	1	320	0	320	320	-	0	-
Etab SSR	31/01/22	31/01/22	FRL	03	172	20	1	1	20	100	20	20	-	0	-

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

➔ Exemple n°2 de facturation B2 : séjour non exonéré

Exemple d'un séjour PSY sans exonération du TM pour un bénéficiaire du Régime Local Alsace Moselle.

Dans cet exemple, les prestations suivantes sont facturées directement à l'Assurance Maladie :

- Un Ticket Modérateur via le code acte **PJL**.
- Forfait journalier du jour de sortie : **FRL**.

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

Type 3															
Part. de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qté	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dép.	Mt remb. AMC	Exo
Etab Psy	15/01/22	30/01/22	PJL	03	830	200	16	1	3200	20	640	3200	-	0	-
Etab Psy	31/01/22	31/01/22	FRL	03	830	15	1	1	15	100	15	15	-	0	-

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

7.3 Cas n°3 - Bénéficiaire de l'Aide Médicale D'Etat (AME)

Les règles de facturation à l'assurance maladie pour ce type de bénéficiaires ne changent pas par rapport à celles en vigueur aujourd'hui.

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

- **Peuvent continuer à être facturées pour les bénéficiaires l'Aide Médicale d'Etat (AME) :**
 - **En MCO, 20% du séjour établi sur la base du nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP)** via le code acte **PJC**, avec en type 3 de la norme B2 CP :
 - Un [Prix Unitaire] égal à 20% du nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP).
 - Une [Quantité] égale à au nombre de jours de présence.
 - Une [Base de Remboursement] égale à 0.
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant Total de la dépense] égal à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.

- Un [Montant remboursable AMC] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] associés au TNJP.
- Nota : En MCO, pour un bénéficiaire de l'AME, 80% du séjour est financé sur la base du GHS valorisé par l'Atih.
- **En PSY 100% du séjour établi sur la base du nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP)** via le code acte **PJ** avec en type 3 de la norme B2 CP :
 - Un [Prix Unitaire] égal à au nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP).
 - Une [Quantité] égale à au nombre de jours de présence.
 - Une [Base de Remboursement] égale à 0.
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant Total de la dépense] égal à [Prix Unitaire] x [Quantité] + [Somme des forfaits journaliers hors du jour de sortie]
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité] + [Somme des forfaits journaliers hors du jour de sortie]
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] associés au TNJP.
 - **En SSR, 100% du séjour établi sur la base du Tarif Journalier de Prestation (TJP)** via le code acte **PJ** avec en type 3 de la norme B2 CP :
 - Un [Prix Unitaire] égal au Tarif Journalier de Prestations (TJP).
 - Une [Quantité] égale à au nombre de jours de présence.
 - Une [Base de Remboursement] égale à 0.
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Un [Montant Total de la dépense] égal à [Prix Unitaire] x [Quantité] + [Somme des forfaits journaliers hors du jour de sortie]
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité] + [Somme des forfaits journaliers hors du jour de sortie]
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] associés au TJP.

- En **MCO, SSR ou PSY**, le **forfait journalier du jour de sortie** est facturable dans ce cas via le code acte **FJA** avec en type 3 de la norme B2 CP :
 - Un [Prix Unitaire] égal à 20€ en MCO et SSR et à 15€ en PSY à ce jour.
 - Une [Quantité] égale à 1.
 - Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité] (avec quantité toujours égale à 1 pour le FJA).
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Le [Montant Total de la dépense] égal à la [Base de Remboursement].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égale à [Base de Remboursement].
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés (celle du PJC si celui-ci est facturé).

➔ Exemple n°1 de facturation B2 :

Exemple d'un séjour en MCO de 16 jours pour un bénéficiaire de l'AME.

Dans cet exemple, les frais de séjours sont valorisés à 80% par l'ATIH sur la base du GHS et intégrés dans l'arrêté mensuel de versement d'activité et les prestations suivantes sont facturées directement à l'Assurance Maladie :

- Un Ticket Modérateur via le code acte **PJC**.
- Forfait journalier du jour de sortie : **FJA**.

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

Type 3																
Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qt	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo	
Etab MCO	15/01/22	30/01/22	PJC	03	234	80	16	1	0	0	0	1280	N	1280	-	
Etab MCO	31/01/22	31/01/22	FJA	03	234	20	1	1	20	0	0	20	N	20	-	

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

➔ Exemple n°2 de facturation B2 :

Exemple d'un séjour en PSY de 16 jours pour un bénéficiaire de l'AME.

Dans cet exemple, les frais de séjours sont facturés à l'assuré maladie en part complémentaire :

- Le séjour via le code acte **PJ**.
- Forfait journalier du jour de sortie : **FJA**.

Type 2				
Partenaire de santé	Date de début d'hospitalisation	Date d'entrée	Date de sortie	Nature d'assurance
Etab PSY	15/01/2022	15/01/2022	30/01/2022	10

Type 3															
Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qt	Coef	Base rembt	Tx	Mt rem b. AM O	Mt total dép.	Qualif dépen se	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	15/01/22	30/01/22	PJ	03	816	400	16	1	6400	0	0	6640 = 6400 + 16 x 15	N	6640 = 6400 + 16 x 15	-
Etab PSY	31/01/22	31/01/22	FJA	03	816	15	1	1	15	0	0	15	N	15	-

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

7.4 Cas n°4 - Ressortissant des « Relations Internationales »

Les règles de facturation à l'assurance maladie pour ce type d'assuré ne changent pas par rapport à celles en vigueur aujourd'hui en MCO, SSR et PSY. Les règles ci-après sont simplement données à titre de rappel.

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

- **Peuvent continuer à être facturées pour les ressortissants des « Relations Internationales »**
 - o La **part obligatoire du séjour qui est facturable dans ce cas via le code acte PJ**, avec en type 3 de la norme B2 CP :
 - Un [Prix Unitaire] égal à :
 - la valeur du nouveau Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) en MCO et PSY,
 - la valeur du Tarif Journalier de Prestation (TJP) en SSR.
 - Une [Quantité] égale au nombre de jours de présence.
 - Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Taux de remboursement] égal à 80% sauf situation d'exonération (ALD par exemple).
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à :
 - Lorsque le séjour n'est pas pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire :
 - o [Base de Remboursement] x [Taux de remboursement] + [Sommes des forfaits journaliers hors du jour de sortie]
 - Lorsque le séjour est pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire :
 - o [Base de Remboursement] x [Taux de remboursement]

- Le [Montant Total de la dépense] égal à la [Base de Remboursement].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à blanc.
 - Un [Montant remboursable AMC] égale à 0.
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] correspondant au TNJP en MCO et PSY et au TJP en SSR.
- Le **forfait journalier du jour de sortie** qui est porté dans la facture « *pour information* » via le code acte **FJA** avec en type 3 de la norme B2 CP :
- Un [Prix Unitaire] égal à 20€ en MCO ou SSR et 15€ en PSY à ce jour.
 - Une [Quantité] égale à 1.
 - Une [Base de Remboursement] égale à [Prix Unitaire] x [Quantité].
 - Un [Taux de remboursement] égal à 0.
 - Un [Montant remboursable AMO] égal à 0.
 - Le [Montant Total de la dépense] égal à la [Base de Remboursement].
 - Un [Qualificatif de la dépense] égal à N.
 - Un [Montant remboursable AMC] égale à 0.
 - Le [Mode de Traitement (MT)] & la [Discipline Médico Tarifaire (DMT)] valorisés avec la MT / DMT du PJ facturé.

➔ **Exemple n°1 de facturation B2 :**

Exemple d'un séjour PSY de 16 jours non exonéré pour un ressortissant des « Relations Internationales » :

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

Type 3															
Partenaire de santé	Date début	Date fin	Acte	MT	DMT	PU	Qt	Coef	Base rembt	Tx	Mt remb. AMO	Mt total dép.	Qualif dépense	Mt remb. AMC	Exo
Etab PSY	15/01/22	30/01/22	PJ	03	816	400	16	1	6400	80	80% x 6400 +16 x 15 = 5360	6400	-	0	-
Etab PSY	31/01/22	31/01/22	FJA	03	816	15	1	1	15	0	0	15	N	0	-

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