

Règles de valorisation

RAFAEL

2018

| | | |
|----|-----------------------------------------------------------------|---|
| 1 | Lettres clé et Factures supprimées | 2 |
| 2 | Valorisation | 3 |
| a) | Calcul du Montant base de remboursement | 3 |
| b) | Calcul du Montant AM | 4 |
| c) | Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC) | 4 |



Les règles de valorisation de l'année N s'appliquent à compter du 1er mars. Pour les mois de janvier et février, il faut se référer aux règles de valorisation de l'année N-1.

1 Lettres clé et Factures supprimées

Ne sont pas valorisées :

- les factures hors période (année du RAFAEL B ou C différente de 2018)
- Les lettres clé n'appartenant pas à la liste autorisée
- Les ATU, FFM, FPI, SE, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23, AP2 et APE avec un prix unitaire différent du tarif BO
- Les ATU, FFM, FPI, SE, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23, AP2 et APE avec un montant BR différent de $PU \times \text{quantité} \times \text{coefficient} \times \text{coefficient MCO}$ (à partir du 1er Mars)
- Les ACE en sus d'une facture avec forfait dialyse
- Les majorations MCG (majoration coordination généraliste) et MCS (majoration coordination spécialiste) en sus d'une facture avec un ATU
- AMI en sus d'un forfait ATU, FFM, SE, FPI, AP2 ou APE (à compter d'octobre 2015)
- Les factures codées comme non facturables à l'AM ou en attente de droits. (Exception : les SE non facturables à l'AM renseignés avec l'acte CCAM correspondant et un motif de non facturation à l'AM égal à 6 Acte ou consultation externe réalisé dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier sont valorisés.)
- Les SE, FSD et FFM sans acte CCAM correspondant
- Les SE si plus de 2 SE se trouvent sur la même facture (réalisés à la même date) (sauf présence du SE5 ou SE6 sur l'une des deux factures)
- Les FSD si plusieurs FSD se trouvent sur la même facture
- Les ATU si plusieurs ATU se trouvent sur la même facture. Seul un ATU est valorisé dans ce cas-là.
- Pour les DM et MEDICAMENTS externes :
 - les codes LPP qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée sont supprimés
 - Si le montant BR renseigné dans le RSFB pour les codes prothèses (codes PII, PME, ETI) est différent du montant renseigné dans le RSFP (différence supérieure à 1 euro), les factures concernées sont supprimées
 - Les codes APE sans code DM ou MED associé sur la facture
 - Les codes de DM ou MED sans code APE associé sur la facture

- Forfait innovation I04: Etablissement non autorisé ou Facture avec acte ou consultation associé

- Fausse couche précoce: Facture avec acte ou consultation associé (hors ATU)

2 Valorisation

Les codes issus des RAFAEL B et C sont valorisés.

Les montants BR et remboursable sont recalculés, sauf pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM.

Pour les taux de remboursement différents de 20%, 30%, 35%, 40%, 45%, 50%, 60%, 65%, 70%, 75%, 80%, 85%, 90%, 100%, on applique un taux par défaut de 60% pour les factures sans forfait ATU, FFM, SE, FPI, AP2 ou APE .

Pour les factures avec ATU, FFM, SE, FPI, AP2 ou APE, on applique un taux par défaut de 80% pour les taux de remboursement différents de 80%, 100% et, pour les patients bénéficiaires du RLAM, un taux par défaut de 100% pour les taux de remboursement différents de 90%, 100%.

Le taux de remboursement appliqué pour les patients détenus est le taux moyen par code acte calculé sur la base N-1 des RAFAEL.

Création d'un code PAE (s'il n'existe pas) qui repère les factures auxquelles on doit enlever la participation assuré de 18 euros. Elle concerne les codes ACO, ADA, ADC, ADE, ATM, K (N/F), KC (N/F/U), SF (N/F), KE (N/F) d'un montant (= PU x quantité x coefficient) supérieur ou égal à 120 euros, hors cas d'exonération (régime local, maternité, accident du travail, prévention maladie, ALD, FSV...). La participation forfaitaire n'est déduite qu'une seule fois par facture. Le montant correspondant est déduit au niveau de la valorisation des codes NGAP

a) Calcul du Montant base de remboursement

Pour les ATU, FFM, FPI, SE : Prix unitaire* quantité * coefficient * coefficient géographique * coefficient de transition * coefficient prudentiel * **coefficient relatif aux allègements de charges**

Pour les APE, AP2 : Prix unitaire* quantité * coefficient * coefficient géographique * coefficient prudentiel * **coefficient relatif aux allègements de charges**

Pour les alternatives à la dialyse : Prix unitaire * quantité * coefficient * coefficient géographique * coefficient de transition * coefficient prudentiel * **coefficient relatif aux allègements de charges**

Pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM (si le coefficient de transition n'est pas intégré dans le RAFAEL) : Mnt BR₍₁₎ * coefficient de transition

(1) Montant BR du fichier de RAFAEL

Pour les forfaits techniques et codes NGAP : Prix unitaire * quantité * coefficient * coefficient de transition

Pour les forfaits innovations et fausse couche précoce : Prix unitaire * quantité * coefficient

Le coefficient de transition est appliqué uniquement pour la Guyane jusqu'au 28/02/2018 et n'est plus appliqué à partir du 1^{er} mars 2018.

b) Calcul du Montant AM

Pour les ATU, FFM, FPI, SE, APE, AP2 : $\text{Mnt BR} * \text{taux}$

Pour les alternatives à la dialyse : $\text{Mnt BR} * \text{taux}$

Pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM : $\text{Mnt BR} * \text{taux}$

Pour les forfaits techniques et codes NGAP : $\text{Mnt BR} * \text{taux}$

Pour les DM externes (codes PME, PII, ETI) : $\text{Mnt Facturé} + \text{Mnt total de l'écart indemnisable (variables du RSFP)}$

Pour les forfaits innovations et fausse couche précoce : Mnt BR

c) Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)

Cas général

Correspond au Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC) renseigné dans les RAFAEL B et C.

Pour les factures des patients détenus

Est calculé de la manière suivante : $\text{Montant BR} * (1 - \text{taux de remboursement})$.