

Règles de valorisation

Activité Externe

2022

1. Prestations supprimées de la valorisation	3
2. Calcul du taux de remboursement utilisé	4
3. Valorisation	5
a. Calcul du montant BR	5
b. Calcul du Montant AM.....	5
4. Montant remboursable pour l'organisme complémentaire	6
a. Cas général	6
b. Pour les séjours des patients détenus	6



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.

La valorisation du traitement RAFAEL sous OVALIDE permet de calculer les montants pour l'arrêté de versement pour les cas suivants :

- Forfait ATU
- Forfaits liés à la réforme Urgence
- Forfait APE
- Forfait FFM
- Forfaits SE
- Forfaits dialyse
- Forfait innovation
- Forfaits FTN
- Codes de regroupement CCAM
- Codes NGAP
- Médicaments
- DMI
- Le reste à charge des patients détenus.

Pour rappel, le financement sur OVALIDE via l'arrêté de versement s'applique uniquement sur :

- L'ensemble des factures avant passage à FIDES ;
- L'ensemble des factures avec ATU, URGENCE, FFM, SE, dialyse, APE ou forfait innovation après passage à FIDES ACE.
- L'ensemble des factures dialyse et forfait innovation et factures avec ATU, URGENCE, FFM, SE, APE des patients hors régime général et agricole après passage à FIDES FORFAIT ACE.

1. Prestations supprimées de la valorisation

Les critères de non valorisation des factures sont les suivants :

- Factures hors période (année du RAFAEL B ou C différente de l'année en cours)
- Prestations n'appartenant pas à la liste autorisée
- ATU, FFM, SE, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23 et APE avec un prix unitaire différent du tarif BO
- ATU, FFM, SE, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23 et APE avec un montant BR différent de $PU \times \text{quantité} \times \text{coefficient} \times \text{coefficient MCO}$ (à partir du 1er Mars)
- ACE en sus d'une facture avec forfait dialyse
- Majorations MCG (majoration coordination généralise) et MCS (majoration coordination spécialiste) en sus d'une facture avec un ATU
- AMI en sus d'un forfait ATU, FFM, SE ou APE (à compter d'octobre 2015)
- 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.)
- SE, FSD et FFM sans acte CCAM correspondant
- SE si plus de 2 SE se trouvent sur la même facture (réalisés à la même date)
- FSD si plusieurs FSD se trouvent sur la même facture
- 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 sans code APE associé sur la facture
- Pour forfait innovation :
 - Etablissement non autorisé
 - Facture avec acte ou consultation associé
- Facture de fausse couche précoce (FEF, FFE) avec prestations associées (hors ATU)
- Facture Télé-expertise (TE1, TE2) avec prestations associées
- Erreur dans les règles de cumul des forfaits urgences

2. Calcul du taux de remboursement utilisé

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 ou APE.

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

Les forfaits de fausse couche précoce (FEF, FFE), les forfaits innovation ainsi que les forfaits de télé-expertise (TE1, TE2) ont un taux de remboursement à 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.

3. 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), les actes CCAM ou les prestations de médicaments.

Cas du ticket modérateur forfaitaire (TMF) :

Création d'un code TMF (si non facturation PAE) qui repère les factures auxquelles on doit enlever la participation assurée de 24 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 BR

Pour ATU, FFM, SE, APE et forfait d'alternative à la dialyse

*Prix unitaire * quantité * coefficient * coefficient géographique * coefficient prudentiel * coefficient relatif
aux allègements de charges * coefficient Ségur*

Pour les autres prestations (y compris Forfaits de la réforme urgence)

*Prix unitaire * quantité * coefficient*

b. Calcul du Montant AM

Pour l'ensemble des prestations hors prestations DM

*Montant BR * Taux de remboursement*

Pour les DM externes (codes PME, PII, ETI)

Mnt Facturé + Mnt total de l'écart indemnisable (variables du RSFP)

4. Montant remboursable pour l'organisme complémentaire

a. Cas général

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

b. Pour les séjours des patients détenus

*Montant BR * (1 – taux de remboursement)*
