

Date : 05 juillet 2013



FICHES TECHNIQUES :

INFIRMIERS DE GUADELOUPE



Une adresse unique pour vos dossiers assurance maladie :

CGSS - ASSURANCE MALADIE
BP 9 – 97181 – LES ABYMES CEDEX

SOMMAIRE

| | |
|------------------------------------|----------|
| 1°) NOS COORDONNEES : | 3 |
|------------------------------------|----------|

| | |
|---|----------|
| 2°) FACTURATION : REGLES A RESPECTER | 5 |
|---|----------|

| | |
|---|----|
| Fiche Technique n°1 :ELABORATION DES FLUX | 6 |
| Fiche Technique n°2 :FACTURES ETBORDEREAUX..... | 10 |
| Fiche Technique n°3 :FACTURATION LIEE A LACMU-Complémentaire..... | 11 |
| Fiche Technique n°4 : FACTURATION LIEE A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT..... | 13 |
| Fiche Technique n°5 :FACTURATION LIEE A L'ACCIDENT DU TRAVAIL | 14 |
| Fiche Technique n°6 : CONDITIONNEMENT ET DEPOT | 15 |
| Fiche Technique n°7 : RECYCLAGES | 17 |
| Fiche Technique n°8 : SUIVI DES REMBOURSEMENTS : www.ameli.fr | 18 |
| Fiche Technique n°9 :RECLAMATIONS | 20 |
| Fiche Technique n°10 :INDUS | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 3°) RAPPEL DE LA REGLEMENTATION | 22 |
|--|-----------|

| | |
|--|----|
| Fiche n° 1 :Les Dispositions générales | 23 |
| Fiche n° 2 :Les frais de déplacement(<i>Article 13 NGAP</i>)..... | 24 |
| Fiche n° 3 : Les actes effectués la nuit ou le dimanche (<i>Article 14 NGAP</i>)..... | 25 |
| Fiche n° 4 :Les actes multiples au cours de la même séance(<i>Chap. 2 Article 5bis</i>) | 27 |
| Fiche n° 6 :Les soins infirmiers de pratique courante et spécialisés (<i>2^{eme} partie - Titre XVI NGAP</i>)..... | 28 |
| Fiche n° 7 : La démarche de soins infirmiers (<i>Article 11 NGAP</i>)..... | 29 |

1°) NOS COORDONNEES :

Le Responsable de l'unité Auxiliaires Médicaux reçoit sur rendez-vous.

POUR TOUT CONTACT :

↳ Par téléphone aux numéros suivant :

- Responsable de l'unité Nicole DOROTHEE - DAHOMAY : 05.90.23.99.47 (de 14 à 15h 30)
- Animateur d'équipe Simone LATCHAN-ATHANASE : 05.90.23.97. (de 9 à 11h)
- Secrétariat de la Direction de l'Assurance Maladie :
 - 05.90.23.98.13
 - 05.90.23.98.14
 - 05.90.23.98.15

↳ Par fax aux numéros suivant :

- Unité Auxiliaires Médicaux : 05.90.23.98.28 ;
- Secrétariat de la Direction de l'Assurance Maladie : 05.90.23.98.23.

↳ Par mail à l'adresse suivante :

- auxiliairesmedicaux@cgss-guadeloupe.fr

2°) FACTURATION : REGLES A RESPECTER

1- Saisie des données :

Dans le cadre d'un flux Sesam sécurisé avec CPS et Carte Vitale, l'auxiliaire médical :

- 1- Sélectionne le bénéficiaire des soins parmi ceux présents sur la Carte ;
- 2- Saisit les données relatives à l'acte médical ou à la prestation (*nature d'assurance, acte, tarif, exonération du ticket modérateur*) ;
- 3- Indique le destinataire de règlement.

Dans le cadre d'un flux Sesam en dégradé (ou non sécurisé) avec CPS sans Carte Vitale, l'auxiliaire médical :

- 1- Saisit les informations relatives à l'assuré par lecture de l'attestation papier ;
- 2- Saisit la cotation de l'acte, le montant des honoraires, le destinataire de règlement ;
- 3- Imprime une facture à signer par l'assuré et destinée à la CGSS.

Ce type de flux est réalisé en cas :

- de non présentation par l'assuré de sa carte vitale ;
- de défaillance technique ;
- d'absence, dans la carte vitale, d'ouverture de droits sur la part complémentaire CMU-C (*joindre l'attestation papier*) ;
- d'absence, dans la carte vitale, d'une exonération (*joindre l'attestation papier*) ;
- de recyclage des factures retournées par la CGSS (*cf. fiche technique n°7*).

2- Parallèlement au flux électronique, l'auxiliaire médical transmet à la CGSS dans un délai de 48 heures les documents suivants *cf. fiche technique n° 2*);

Dans le cadre d'un flux Sesam sécurisé avec CPS et Carte Vitale, l'auxiliaire médical :

- ↳ Le bordereau récapitulatif ;
- ↳ La prescription médicale. Éventuellement le volet n°2 de la Démarche de Soins Infirmiers (DSI) et la demande d'accord préalable (*lors de la première transmission*).

Dans le cadre d'un flux Sesam en dégradé (ou non sécurisé) avec CPS sans Carte Vitale, l'auxiliaire médical :

- ↳ Le bordereau récapitulatif ;
- ↳ La feuille de soin auxiliaire médical (e) intégralement complétée (*S3129d*) ;
- ↳ La prescription médicale. Éventuellement le volet n°2 de la DSI et la demande d'accord préalable ;
- ↳ L'attestation vitale du patient (*facultatif*).

Attention : le circuit papier traditionnel ne doit être utilisé qu'en cas de dysfonctionnement de votre équipement informatique.

Dans ce cas vous devez impérativement informer le responsable de l'unité Auxiliaires Médicaux et lui adresser ces feuilles de soins.

Vous avez la possibilité de consulter les droits des patients (*droits de base, exonération du ticket modérateur, C.M.U.C*) sur *ameli-professionnel de santé* » (www.ameli.fr). Il vous suffit de connaître le numéro de sécurité sociale de votre patient.

Pour vous procurer les feuilles de soins vous pouvez contacter le service Relation avec les Professionnels de Santé Accueil Quai Lefèvre :

- **Nom :** Monsieur TAILLEPIERRE Gilles
- **Téléphone :** 05.90. 23.96.38
- **Courriel :** rps@cgss-guadeloupe.fr

VALIDATION ET PAIEMENT

- 1- La CGSS procédera dès réception du flux électronique **sécurisé** à la validation et au paiement.
- 2- Sous réserve de la réception des pièces justificatives, la CGSS assure la validation et le paiement des **flux dégradés ou non sécurisés**.
- 3- Vous recevrez par retour NOEMIE (*ou R.S.P : Rejet, Signalement, Paiement*), les informations relatives au traitement. Ce fichier NOEMIE comprend les factures payées, rejetées et signalées.
- 4- Dès réception du fichier retour NOEMIE, **il est indispensable d'effectuer le rapprochement qui vous permet de solder toutes les factures payées**.

Vous disposez dans ce fichier de **l'ensemble des éléments relatifs au règlement d'une facture** dont : date de mandatement, numéro de facture, identification assuré et bénéficiaire, date des soins, nature de l'acte, montants facturés et remboursés, numéro d'organisme complémentaire.

↳ **Journée comptable** : ne correspond pas à la date de télétransmission, mais à l'ordre de virement à l'organisme financier.

↳ **Traitement Caisse** : facture rejetée, recyclée par la CGSS ; le dossier a fait l'objet d'un traitement particulier par l'organisme d'Assurance Maladie. Vous recevrez prochainement un retour NOEMIE précisant le résultat de ce nouveau traitement (*rejet ou paiement*).

- 5- Certaines factures faisant l'objet d'un signalement peuvent être rejetées en totalité par la CGSS dans le cas d'une demande de paiement CMU-C injustifiée.

Il vous appartiendra de procéder au recyclage :

↳ Soit sans la CMU-C ;

↳ Soit avec la CMU-C mais en nous adressant le justificatif.

Conformément au cahier des charges, le top mutuelle "M" ne doit pas être positionné si le remboursement n'est pas lié à la CMU-C (*vous devez prendre contact avec votre prestataire informatique « SSH »*).

- 6- Toutes les factures rejetées pour un motif qui vous incombe (*codage ou prix erroné, etc.*), vous seront retournées par la CGSS (*document « IRIS IMPRESSION FSE »*) accompagnées de toutes informations nécessaires au recyclage du rejet.

- 7- Si le motif du rejet incombe à notre Caisse (*erreur dans la BDO*...*), nous procéderons au recyclage direct (*cf. « traitement Caisse »*) ou au paiement manuel de la facture. Vous recevrez le retour NOEMIE relatif à ce paiement.
- 8- Les régularisations et les indus découlant des contrôles administratifs de la CGSS feront l'objet d'un traitement manuel.

Si vous rencontrez des difficultés d'ordre technique (*paramétrage logiciel, télétransmission...*) vous pouvez contacter la cellule Conseiller Informatique Services :

▪ **Nom :** Madame PERIAC Séverine
▪ **Téléphone :** 05.90.93.43.28 ou 06.90.34.01.36.
▪ **Télécopie :** 05.90.93.43.13
▪ **Courriel :** severine.periac@cgss-guadeloupe.fr

▪ **Nom :** Monsieur MELSE Joël
▪ **Téléphone :** 05.90.93.43.18 ou 06.90.38.08.93
▪ **Télécopie :** 05.90.93.43.13
▪ **Courriel :** joel.melse@cgss-guadeloupe.fr

▪ **Nom :** Madame BORDIN Myriam
▪ **Téléphone :** 05.90.93.43.21 ou 06.90.26.08.42
▪ **Télécopie :** 05.90.93.43.13
▪ **Courriel :** myriam.bordin@cgss-guadeloupe.fr

*BDO : Base de données Opérante (fichier de la gestion des bénéficiaires).

Lors d'un rejet issu d'un flux sécurisé, la CGSS vous retourne l'impression de la FSE

Lors d'un rejet issu d'un flux dégradé ou non sécurisé, la CGSS vous retourne la facture et l'ordonnance.

Tout rejet retourné doit être corrigé et refacturé en mode dégradé ou non sécurisé

Ces retours seront accompagnés de toutes informations utiles au recyclage du rejet.

Pour apurer votre comptabilité, pensez à exploiter votre retour NOEMIE ou à consulter « Mon compte ameli-professionnel de santé » (www.ameli.fr)

1- L'auxiliaire médical prépare le lot constitué :

- ↳ Du bordereau récapitulatif identique à celui décrit dans le cahier des charges B2 ;
- ↳ Des feuilles de soins auxiliaire médical (e) (S 3129d) dûment complétées et signées :
 - ☞ La facture télétransmise doit correspondre au document papier qui l'accompagne ;
 - ☞ Doivent y figurer les informations sur l'assuré et le bénéficiaire des soins ;
 - ☞ Elles doivent également comporter la signature de la personne recevant les soins sauf si elle n'est pas en état de signer. Dans ce cas, l'auxiliaire médical coche sur la feuille de soins : « impossibilité de signer ».
- ↳ De la photocopie de la prescription médicale et/ou de la DSI lors de la première transmission;
- ↳ Eventuellement, l'entente préalable.



Les prescriptions ne doivent être ni raturées, ni surchargées.

2- Les pièces justificatives doivent être classées dans l'ordre croissant des numéros de factures et dans le même ordre que sur le bordereau récapitulatif.

Lors de la transmission d'un flux sécurisé vous nous adressez :

- ☞ *Le bordereau récapitulatif ;*
- ☞ *La photocopie de la prescription médicale.*

Lors de la transmission d'un flux dégradé vous nous adressez :

- ☞ *Le bordereau récapitulatif ;*
- ☞ *La facture ;*
- ☞ *La photocopie de la prescription médicale ;*
- ☞ *Toutes pièces justificatives utiles au paiement (Attestation vitale).*

Ces pièces doivent être classées dans le même ordre que sur le bordereau.

Toute facturation non-conforme, incomplète et/ou raturée entraîne le non remboursement des soins.

1. Les justificatifs de droits à la C.M.U.Complémentaire :

Votre patient doit vous présenter sa carte vitale à jour. La mention « Date de fin de droits » qui y figure est une preuve de l'ouverture de droits à la C.M.U.Complémentaire, valides jusqu'à la date indiquée. Si votre patient n'a pas de carte vitale ou si elle n'est pas à jour, ou que vous n'êtes pas équipé en SESAM Vitale, demandez-lui de vous présenter l'un des documents suivants :

- Son attestation C.M.U.Complémentaire mentionnant la liste des bénéficiaires et les dates de début et fin de droits ;
- Sa carte d'adhésion à un organisme complémentaire privé avec l'indication «C.M.U ».

2. Facturation de la C.M.U.Complémentaire :

La **date d'exécution des actes** est celle qui est retenue comme **date d'appréciation** du droit à la C.M.U.Complémentaire.

Exemples :

| Date de prescript° | Date début des soins | Date fin des soins | Date début droits CMU-C | Date fin droits CMU-C | Prise en charge |
|--------------------|----------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 01/01/2013 | 05/01/2013 | 20/01/2013 | 01/01/2013 | 31/12/2013 | AMO+AMC |
| | | | 05/01/2013 | 04/01/2014 | AMO+ AMC |
| | | | 02/01/2012 | 01/01/2013 | AMO |
| | | | 06/01/2012 | 05/01/2013 | AMO + (AMC le 05/01/13) |
| | | | 01/12/2012 | 30/11/2013 | AMO+ AMC |
| | | | 01/01/2011 | 31/12/2012 | AMO |
| | | | 05/01/2012 | 04/01/2013 | AMO |
| | | | 03/01/2013 | 02/01/2014 | AMO + AMC |
| | | | 06/01/2013 | 05/01/2014 | AMO+ (AMC a/c 06/01/13) |
| | | | 02/01/2012 | 03/01/2013 | AMO |
| | | | 20/01/2012 | 19/01/2013 | AMO + (AMC jusqu'au 19/01/13) |

Dans le cadre d'un flux Sesam sécurisé avec CPS et Carte Vitale :

↳ Si la carte Vitale de votre patient est à jour :

Elle porte la mention des droits à la C.M.U. Complémentaire. Dans ce cas, le code 9999999 7 (pour la CGSS) ou 8888888 8 (pour les autres organismes) s'inscrit sur la feuille de soins électronique.

Certains logiciels se positionnent par défaut sur « Pas de tiers-payant ». Vous devez choisir le destinataire de paiement « Tiers-Payant » (T.P) sur « Part obligatoire (A.M.O) » et « Part complémentaire (A.M.C) ».

↳ **Si la carte Vitale de votre patient n'est pas à jour :**

Votre patient doit vous présenter son attestation papier avec ses droits en cours de validité.

Sélectionnez l'option « Tiers-Payant sur part obligatoire et sur part complémentaire » (ou « Tiers-payant sur A.M.O et A.M.C ») et saisissez manuellement le top mutualiste M.

Dans le cadre d'un flux Sesam dégradé avec CPS sans Carte Vitale:

Vous devez pratiquer le tiers-payant avec dispense d'avance de frais si votre patient vous présente un justificatif de droits à la C.M.U.Complémentaire. Sauf exigence de sa part, votre patient n'aura rien à vous régler et vous serez remboursé de vos honoraires directement par sa Caisse d'Assurance Maladie.

Cochez les cases « l'assuré n'a pas réglé la part obligatoire » et « l'assuré n'a pas réglé la part complémentaire » dans la zone « Règlement » de la feuille de soins.

1. Les justificatifs de droits à l'AME :

Votre patient doit vous présenter une attestation d'admission à l'AME.

2. Facturation de l'AME :

Uniquement dans le cadre d'un flux Sesam dégradé avec CPS sans Carte Vitale:

- ☞ Créez l'AME dans votre fichier : numéro inscrit sur l'attestation : 755000 17,
- ☞ Centre de traitement : 7281 ;
- ☞ Cochez uniquement « part complémentaire » ;
- ☞ Cochez « pas d'exonération ».

Sur la feuille de soins :

- ☞ Dans le champ « exonération du Ticket Modérateur » de la zone paiement, il est indispensable de bien cocher les deux cases « l'assuré n'a pas réglé la part obligatoire » et « l'assuré n'a pas réglé la part complémentaire ».
- ☞ Apposez la mention AME à côté de votre signature en bas de la feuille de soins

Les factures « Accident du Travail » télétransmises par l'auxiliaire médical mais rejetées pour un motif lié à l'AT seront transmises au service « Accident du Travail » pour saisie manuelle.

Quelques points pour améliorer la transmission de ces factures :

- ☞ Cochez les cases « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire » et la case « l'assuré n'a pas payé la part complémentaire » ;
- ☞ Cochez la case « AT/MP » si les actes que vous dispensez sont en rapport avec cet accident ou cette maladie ;
- ☞ Indiquez le numéro de l'accident ou de la maladie professionnelle ou la date à laquelle il est survenu ; ces éléments sont indiqués sur la feuille d'AT/MP.

Il n'existe pas de numéro fictif dans la réglementation Accident du Travail et Maladies Professionnelles. Toutefois, vous pouvez définir le numéro sinistre pour la télétransmission de votre facture en renseignant votre fichier de la manière suivante : **AAMMJJ971**.

(AA : année de l'AT / MM : mois de l'AT / JJ : jour de l'AT / 971 : Département)

Il est nécessaire que vous activiez l'AT lors de la facturation pour que nous puissions traiter ce dossier « AT » en interne.

Le centre de traitement reste le centre désigné lors de la lecture de la carte vitale ou sur l'attestation de l'assuré.

Il n'y a lieu de faire aucune particularité pour une transmission de dossier « Accident de Travail »

Vous pouvez joindre le Service « Accident du Travail » :

- **Nom :** Madame **POUMAROUX** Corinne
- **Téléphone :** 05.90.90.50.13
- **Télécopie :** 05.90.90.07.43
- **Courriel :** pole_atmp@cgss-guadeloupe.fr

L'auxiliaire médical doit transmettre à la Caisse les factures, les prescriptions médicales, éventuellement l'entente préalable et un bordereau récapitulatif comportant la liste des factures présentées au remboursement, classées en ordre croissant du numéro de facture.

1- La feuille de soins auxiliaire médical (e) acquittée fait apparaître :

- ↳ Le nom (nom patronymique), prénom, numéro d'immatriculation de l'assuré (*le cas échéant, les nom, prénom et date de naissance du bénéficiaire des soins*) ;
- ↳ La date des soins ;
- ↳ Le code des actes effectués ;
- ↳ Le montant des honoraires ;
- ↳ Les frais de déplacement éventuels ;
- ↳ La signature de l'auxiliaire médical certifiant exactes les mentions portées sur la feuille de soins.

2- Le bordereau d'accompagnement des pièces justificatives

Ce bordereau doit être le reflet du lot. Sa composition est la suivante :

↳ **En - tête :**

- Identification du partenaire de santé ;
- N° du lot - date de constitution du lot ;
- N° de l'organisme d'Assurance Maladie destinataire ;
- Type de destinataire de règlement (*partenaire de santé*).

↳ **Une ligne par facture :**

- N° de la facture ;
- N° d'immatriculation de l'assuré ;

- Nom et prénom de l'assuré ;
- Date de naissance du bénéficiaire ;
- Montant total de la facture ;
- Montant à la charge de l'Assurance Maladie ;
- Montant à la charge d'un organisme complémentaire.

Parallèlement aux flux électroniques les documents sont transmis à la CGSS.

Identifiez de vos plis en y apposant votre cachet professionnel.

3- Les lots sont transmis :

↳ Par voie postale à l'adresse suivante : → Assurance Maladie
BP 9
97181 LES ABYMES CEDEX

↳ Par dépôt aux adresses suivantes : → Parc d'activités de la Providence
Route de Perrin
97139 LES ABYMES
Boîte aux lettres disponible à toutes heures.
Format maximum de vos plis :
- largeur : 30 cm ;
- épaisseur : 3,5 cm.

→ Centre de Basse-Terre
1, rue Bossant
97100 BASSE-TERRE
(S'adresser au gardien de 6 h à 14 h)

→ Agence de Saint-Martin
Spring Concordia
BP.379 Marigot
97150 SAINT-MARTIN

→ Agence de Marie-Galante
Section Tivoli
BP 54
97112 Grand-Bourg
MARIE-GALANTE

→ Les antennes avancées
(En cas d'ouverture)

Les FSE rejetées et retournées par la CGSS doivent impérativement être recyclées et ne doivent pas être renvoyées comme une réclamation :

- 1- Vous devez **impérativement attendre le retour de la pièce rejetée** avant d'effectuer tout recyclage. Nous ne vous retournons que les FSE rejetées.
- 2- A réception de vos retours NOEMIE, vous conservez l'information relative aux rejets mais vous ne pouvez procéder au recyclage sans la pièce justificative.
- 3- En présence des informations issues de votre retour NOEMIE et des indications transmises par la CGSS, **vous corrigez les factures avant de procéder à une nouvelle transmission en mode dégradé**.
- 4- Les pièces relatives à ce nouvel envoi, accompagnés des documents « **IRIS IMPRESSION FSE** » doivent être transmises à la CGSS :

↳ Le bordereau récapitulatif ;

↳ La feuille de soins + IRIS IMPRESSION FSE si la facture rejetée provient d'un lot sécurisé

↳ La feuille de soins + la prescription médicale (lors de la 1^{ère} transmission) si la facture rejetée provient d'un lot dégradé

↳ Toutes pièces justificatives utiles au paiement (attestation de droits)

Ces pièces doivent être classées dans le même ordre que sur le bordereau.

Il est impératif d'attendre les retours de la CGSS avant tout recyclage.

Les factures rejetées et retournées par la CGSS doivent impérativement être recyclées en mode dégradé, et ne doivent pas être renvoyées comme une réclamation.

Les recyclages ne doivent en aucun cas, portés sur des demandes partielles (CMU-C, EXO).

1. Les services offerts :

1.1. Consulter ses informations personnelles :

- ☞ Informations administratives ;
- ☞ Coordonnées ;
- ☞ CPAM de rattachement.

Pensez à informer le **Service Relations avec les Professionnels de Santé** et joindre les pièces justificatives en cas de changement de situation (compte bancaire, adresse professionnelle, statut juridique de votre activité)

1.2. Consulter ses paiements :

- ☞ Tiers payant ;
- ☞ Aides à la télétransmission.

Les informations sont disponibles pendant **18 mois**. Elles sont classées par dates, bénéficiaires, numéro de lots et/ou de factures, organismes payeurs

1.3. Consulter / Commander des imprimés.

1.4. S'informer sur ses patients :

- ☞ Droits des patients ;
- ☞ Existence d'un médecin traitant.

1.5. Communiquer avec l'Assurance Maladie :

- ☞ Contacter les services administratifs ;
- ☞ Contacter le praticien conseil ;
- ☞ Contacter le support technique.

1.6. Recevoir une notification mensuelle de paiement par courrier électronique.

1.7. Consulter son profil d'activité.

2. Comment se connecter ?

2.1. Vous avez reçu un code confidentiel pour créer votre compte ameli. :

Munissez-vous de ce dernier et de votre numéro d'identifiant et connectez-vous sur ameli.fr (rubrique Professionnels de santé> Votre compte ameli) et laissez-vous guider.

2.2. Mise en place d'un support technique chargé de :

- La délivrance initiale du couple identifiant / mot de passe
- La délivrance d'un nouveau mot de passe en cas de perte
- La résolution des difficultés techniques de connexion de premier niveau

☎Hotline PS : 0811709 710

☎Adresse courriel : contactsupportps@cnamts.fr

Un rapprochement comptable rigoureux est indispensable avant de formuler toute réclamation. Cette opération permettra d'éviter de réclamer des factures ayant déjà fait l'objet d'un paiement.

Les factures considérées litigieuses ne doivent en aucun cas faire l'objet d'une nouvelle télétransmission.

Pour apurer votre comptabilité, pensez à exploiter votre retour NOEMIE ou à consulter « Mon compte ameli-professionnel de santé » (www.ameli.fr) pour solder vos factures

Comment formuler une réclamation (factures partiellement payées ou impayées) :

- 1- Vous nous adressez un bordereau récapitulatif accompagné de duplicata dans les 3 mois suivant la présentation de la feuille de soins

La réclamation portant sur un lot doit comporter :

- ↗ Votre numéro d'identifiant ;
- ↗ Le numéro du (des) lot(s) concerné(s) ;
- ↗ La date de transmission de ce(s) lot(s) ;
- ↗ Les numéros des factures concernées ;
- ↗ Le nombre de factures compris dans le(s) lot(s) ;
- ↗ Le montant réclamé

La réclamation portant sur des factures doit comporter :

- ↗ Votre numéro d'identifiant ;
- ↗ Les numéros des factures concernées ;
- ↗ Le montant réclamé
- ↗ Le duplicata des factures concernées

- 2- Les services de la CGSS procéderont aux vérifications et traitements nécessaires.
- 3- Selon les résultats de nos investigations, des régularisations seront effectuées dans le cadre d'un traitement manuel.
- 4- La CGSS vous transmettra un courrier récapitulatif le résultat des opérations réalisées.

Pour éviter tout indu, nous vous rappelons que :

- Un rapprochement comptable rigoureux est indispensable avant de retransmettre toute facture. Cette opération permettra d'éviter un double paiement des factures ayant déjà fait l'objet d'un règlement total ou partiel.
- Parallèlement aux flux électronique, l'auxiliaire médical transmet à la CGSS dans un **délai de 48 heures** les pièces justificatives.
- Le conditionnement des pièces justificatives des différents flux doit être conforme aux dispositions arrêtées.

Attention : conformément aux dispositions de l'article L133-4 du code de la Sécurité Sociale, un courrier vous sera transmis dans les 10 jours pour vous notifier une dette (*prestations indus*) dans les trois cas suivants :

- ☞ Double paiement (*facture ou lot*) ;
- ☞ Non transmission des pièces justificatives ;
- ☞ Pièces justificatives non conformes à la prescription.

Les indus seront notifiés lors :

- ***d'un double paiement***
- ***de la non transmission des pièces justificatives***
- ***pièces justificatives non conformes à la prescription (Flux sécurisé)***

Pour éviter tout indu, pensez à exploiter votre retour NOEMIE ou à consulter « Mon compte ameli-professionnel de santé » (www.ameli.fr) pour solder vos factures.

Respecter les délais d'acheminement de vos pièces justificatives.

Respecter scrupuleusement la prescription et le conditionnement.

3°) RAPPEL DE LA REGLEMENTATION

LES DISPOSITIONS GENERALES

1°) Les actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement :

Les actes ne sont remboursables par l'Assurance Maladie que sous deux conditions cumulatives :

- ☞ Ils doivent figurer dans la NGAP ;
- ☞ Ils doivent être prescrits par un médecin.

2°) L'entente préalable (Voir tableau annexe 1) :

Les actes pour lesquels cette obligation est indiquée par une mention particulière ou dont la valeur dans la nomenclature sont suivis de la lettre « E ».

En l'absence de réponse dans un délai de 15 jours après l'envoi, l'assentiment de la Caisse est réputé acquis.

LES FRAIS DE DEPLACEMENT (Article 13 NGAP)

1°) L'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) :

Se facture en plus des actes lorsque :

☞ La résidence du patient et le domicile professionnel de l'infirmier sont situés dans la même agglomération.

OU

☞ La distance qui les sépare est <2 km Plaine ou 1km Montagne.

Un seul déplacement doit être facturé quelque soit l'organisation de la tournée de l'infirmier (sauf mention sur la prescription médicale).

2°) L'indemnité kilométrique (IK) :

Doit être utilisé lorsque :

☞ La résidence du patient et le domicile professionnel de l'infirmier ne sont pas situés dans la même agglomération.

ET

☞ La distance qui les sépare est >2 km Plaine ou 1km Montagne.

Les conditions de calcul et de paiement de l'IK :

→ Retrait systématique de 2 km Plaine et 1 km Montagne à l'aller comme au retour.

→ (Calcul à partir du domicile professionnel conventionné **le plus proche** géographiquement du domicile du patient, y compris si cet infirmier n'était pas en mesure d'assurer les soins dans le cas où on le solliciterait.)

Exceptions : → Soins spécialisés (*exemple chimiothérapie*) ;
→ Cabinet secteur débordé.

Les IK ne peuvent être facturés qu'une seule fois « aller-retour » (le parcours le plus long) au cours d'un même déplacement lorsque l'infirmier effectue des actes à plusieurs patients domiciliés ensemble (même circonscription). Pour les autres patients, l'infirmier ne peut facturer que l'IFD.

* Les zones sont définies par arrêté préfectoral :

- IK = 1 correspond à l'IK plaine ;
- IK = 2 correspond à l'IK montagne.

LES ACTES EFFECTUES LA NUIT OU LE DIMANCHE (Article 14 NGAP)

Les actes de nuit effectués **entre 20H et 8H** donnent lieu à majoration que si la prescription du médecin indique la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne.

Règle : le prescripteur doit préciser l'heure.

Pas de majoration de nuit dans les cas suivants :

- ☞ Aucune notion d'heure n'est précisée sur la prescription ;
- ☞ La prescription indique « deux fois par jour » ;
- ☞ La prescription mentionne le terme « à jeun ».

Sauf pour les patients diabétiques insulino-dépendants ayant 3 injections par jour (*12 heures d'intervalle entre les injections*)

Jours fériés :

Pour les actes infirmiers répétés, la prescription médicale devra indiquer la non interruption du traitement.

En dehors des jours fériés nationaux, seul le 27 mai est pris en compte par la CNAMTS (*Voir : article L222-1 du code du travail*).

L'application du Férié se facture sur chaque déplacement (*et non sur chaque acte*).

LES ACTES MULTIPLES AU COURS DE LA MEME SEANCE (Article 11 NGAP)

Principe :

Lorsque plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués chez un même patient, par le même praticien, pendant la même séance :

- ☞ L'acte qui a le coefficient le plus important est inscrit avec son coefficient propre ;
- ☞ Le 2^{ème} acte est ensuite noté à 50% de son coefficient ;
- ☞ Les actes suivants sont gratuits ;
- ☞ La facturation doit porter le détail des coefficients appliqués à chacun des actes, et non pas un coefficient global.

Exceptions :

- Les actes de *l'article 5bis du chap.2* de la NGAP (*actes au patient diabétique insulino-traité*) constituent un seul acte.
- Certains actes en AMI se cumulent aux actes AIS et se cotent en entier par dérogation aux dispositions de *l'art.11B* :
 - ☞ Pansements cotés AMI 4 ;
 - ☞ Différents stades de perfusions ;
 - ☞ Certains actes de *l'art.5bis*.

LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE D'UN PATIENT INSULINO-TRAITE (Chap. 2 Article 5bis)

Tous les actes concernant la pathologie diabétique peuvent se cumuler **entre eux** à taux plein (*considéré comme un seul acte*).

Cependant les règles de cumul avec les autres actes de la nomenclature répondent à l'article 11B de la NGAP ; le premier est coté à taux plein, le deuxième est réduit de 50% et le troisième acte est non cotable.

*Pour le patient insulino-traité de **plus de 75 ans** :

↳ Séance hebdomadaire de surveillance d'une demi-heure doit être prescrite = **AMI4**

LES SOINS INFIRMIERS DE PRATIQUE COURANTE ET SPECIALISES (Deuxième partie - Titre XVI NGAP)

1°) Soins portant sur l'appareil respiratoire (Chap.1 Article 5) :

Lorsque l'infirmier effectue un lavage des deux sinus, le 2^{ème} lavage est considéré comme un second soin, donc il est diminué de 50%

2°) Les médicaments :

Chap.1 Article 10 NGAP : surveillance et observation d'un patient à domicile.

* Lors de la mise en place d'un traitement ou de la modification de celui-ci, le médecin peut prescrire l'**administration** médicamenteuse pendant 15 jours sauf pour le patient insulinotraité.

Dans le cas où une administration médicamenteuse est supérieure à 15 jours, il faut une nouvelle prescription pour 15 jours maximum.

Si le médecin prescrit l'administration de médicaments « 2 fois par semaine » = facturation pour 15 jours de traitement.

*Pour les patients présentant des troubles psychiatriques → L'administration et la surveillance thérapeutique est remboursable de plein droit pendant **1 mois**, puis sur EP= AMI 1 par passage.

La notion des actes n'existe pas dans la NGAP.

3°) Les pansements (Chap.1 Articles 2 et 3) :

La nature du pansement doit être précisée :

- ☞ Pansements courants ;
- ☞ Pansements lourds et complexes nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse
- ☞ Autres pansements : le pansement d'occlusion de l'œil 2 fois par jour pendant 15 jours suite à une intervention de la cataracte (*remboursable et codifié en AMI 2 sous réserve qu'il soit prescrit.*)

4°) Les perfusions (Voir annexe 2):

Par dérogation à l'article 11B des dispositions générales, tous les stades d'une perfusion se cumulent entre eux et avec les nursings :

- ☞ La phase de préparation ne concerne que les infuseurs, les pompes portables et les pousse-seringues. Dans tous les autres cas, la préparation n'est pas facturable.

Attention : vigilance particulière au risque d'erreur lié à la possible double facturation des frais accessoires (*déplacements, majorations nuits, dimanches et fériés*) en cas de cumul avec l' AIS : lors d'un passage chez un patient, quel que soit le nombre d'actes effectués, **seul un déplacement et le cas échéant, une majoration de nuit et/ou de dimanche ou de jour férié** sont facturables, **même s'il y a plusieurs prescriptions.**

Vérifier si votre logiciel n'a pas généré un déplacement au niveau de la perfusion.

LA DEMARCHE DE SOINS INFIRMIERS (Article 11 NGAP)

Tous les soins infirmiers cotés en AIS doivent faire l'objet d'une prescription de Démarche de Soins Infirmiers. Les médecins et les infirmiers sont dans l'obligation d'utiliser ces imprimés dans le cadre de soins infirmiers à domicile.

Prise en charge de **5 DSI** → Au maximum par période de 12 mois.
DSI de 2 x 3 mois avec prescription de 6 mois.

Durée de validité d'une DSI → **3 mois**.

↳ L'AIS 3- séance de soins infirmiers

Par dérogation à l'article 11B, l'AIS peut se cumuler avec un pansement lourd et complexe (*AMI4*) et tous les stades de la perfusion (*sauf si la prescription justifie que ces actes doivent être effectués à une autre heure*).

↳ L'AIS 3,1-mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée :

Correspond à une séance de 30 mn. Il est possible de facturer 2 séances consécutives, avec un maximum de 4 séances par jour.

↳ L'AIS 4- séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention :

Cet acte ne peut être coté qu'une fois par semaine.

PIECES JUSTIFICATIVES À JOINDRE :

- ☞ Copie du volet 2 de la prescription (*S 3740*) pour le remboursement de la Démarche de Soins Infirmiers (*DI 1,5 ou DI 1*) ;
- ☞ Copie de l'ordonnance traditionnelle en cas d'actes en AMI si facturation (exemple diabétique) ;
- ☞ Copie du volet 2 du résumé de la DSI (*S 3742*) pour le remboursement des actes prescrits.

Pas de cumul AIS avec :

- ☞ Prise de sang, dextro ;
- ☞ Injection d'insuline ;
- ☞ Les séances hebdomadaires de surveillance des patients diabétiques de plus de 75 ans.

Attention : Le soin d'hygiène infirmier n'est pas une toilette, celle-ci relève du domaine social même si le médecin l'a prescrit. Le patient doit présenter une pathologie évolutive, grave ou en état de dépendance avéré (*alité en permanence ou presque totalement, pathologies Alzheimer, HIV diagnostiquées et évoluées, appareillé...*).