l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Isère

MÉMO FACTURATION MÉDECIN :
POUR DIMINUER LA CHARGE ADMINISTRATIVE ET LIMITER LES REJETS

LES PRINCIPAUX MOTIFS DE REJETS

L'UTILISATION DE LA CARTE VITALE ET LA GARANTIE DE PAIEMENT

En cas de divergence entre les données transmises via la carte Vitale d'un assuré et la situation médico-administrative connue dans notre base de données, **l'Assurance Maladie s'engage à procéder au remboursement des soins si :**

- la facture est une **feuille de soins électronique sécurisée** : présence de votre carte CPS + Carte Vitale de l'assuré,
- la facture est en **tiers payant intégral,**
- en **l'absence de forçage des données** présentes sur la carte Vitale, par le professionnel de santé.

BONNE PRATIQUE : utilisation du rappel de rendez-vous par SMS, en intégrant un texte de type : « *Veuillez-vous présenter avec votre carte Vitale à jour* ».

ADRI : ACQUISITION DES DROITS INTÉGRÉE

ADRi est intégré au logiciel SESAM-Vitale et permet de **fiabiliser la récupération des droits des assurés**.

En obtenant les droits à jour de votre patient, vous **limitez le risque de rejets liés à leur situation médico-administrative** qui est l'un des **principaux motifs de refus de paiement.**

Les données disponibles sur ADRI concernent **l'ensemble de vos patients** (données Inter-régimes) ainsi que les assurés disposant d'un matricule provisoire (bénéficiaires de l'AME).

BONNE PRATIQUE : activez ADRI en mode automatique afin de faciliter la consultation des informations nécessaires à la facturation. Pour plus de précisions sur l'outil, **contactez votre Délégué Numérique en Santé** (ex. CIS) : dns.cpam-isere@assurance-maladie.fr

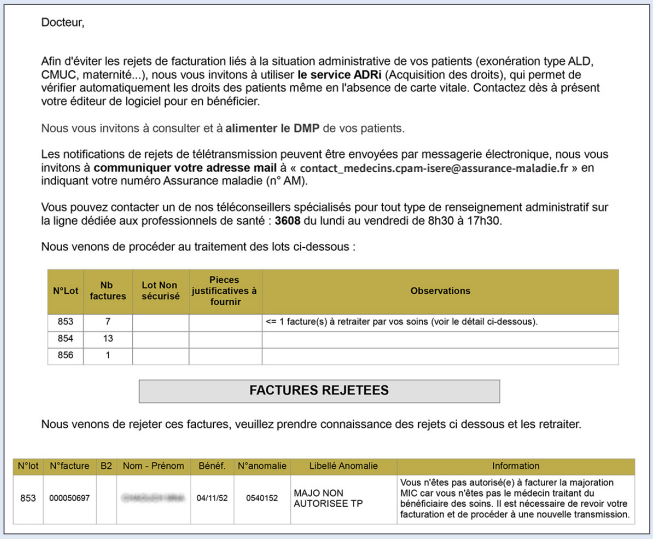
DIFFÉRENCIER NOTIFICATIONS DE REJETS ET RETOURS NOEMIE

NOTIFICATIONS DE REJETS

Des erreurs de cotation ou de tarification peuvent être la cause de rejets de facturation.

Dans ce cas, l'Assurance Maladie vous adresse **une notification de rejet par mail** pour vous expliquer le **motif du rejet** et **vous accompagner** dans votre nouvelle facturation.

> Notification envoyée sous 48h après la télétransmission.



Docteur,

Afin d'éviter les rejets de facturation liés à la situation administrative de vos patients (exonération type ALD, CMUC, maternité...), nous vous invitons à utiliser **le service ADRi** (Acquisition des droits), qui permet de vérifier automatiquement les droits des patients même en l'absence de carte vitale. Contactez dès à présent votre éditeur de logiciel pour en bénéficier.

Nous vous invitons à consulter et à **alimenter le DMP** de vos patients.

Les notifications de rejets de télétransmission peuvent être envoyées par messagerie électronique, nous vous invitons à **communiquer votre adresse mail** à « **contact_medecins.cpam-isere@assurance-maladie.fr** » en indiquant votre numéro Assurance maladie (n° AM).

Vous pouvez contacter un de nos téléconseillers spécialisés pour tout type de renseignement administratif sur la ligne dédiée aux professionnels de santé : **3608** du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30.

Nous venons de procéder au traitement des lots ci-dessous :

N°Lot	Nb factures	Lot Non sécurisé	Pièces justificatives à fournir	Observations
853	7			<= 1 facture(s) à retraiter par vos soins (voir le détail ci-dessous).
854	13			
856	1			

FACTURES REJETEES

Nous venons de rejeter ces factures, veuillez prendre connaissance des rejets ci dessous et les retraiter.

N°lot	N°facture	B2	Nom - Prénom	Bénéf.	N°anomalie	Libellé Anomalie	Information
853	000050697		[illegible]	04/11/52	0540152	MAJO NON AUTORISEE TP	Vous n'êtes pas autorisé(e) à facturer la majoration MIC car vous n'êtes pas le médecin traitant du bénéficiaire des soins. Il est nécessaire de revoir votre facturation et de procéder à une nouvelle transmission.

RETOURS NOEMIE

Le **retour NOEMIE ou RSP** (Rejets / Signalements / Paiements) reçu **sur votre logiciel de facturation**. Il vous informe d'un éventuel rejet de facturation, mais **sans aucun élément explicatif**.

Le retour NOEMIE est aussi généré pour :

- un remboursement de factures (papier ou électronique) émises en tiers payant ;
- un paiement de forfait divers ou une opération réalisée en CPAM.

> Notification envoyée sous 48h suite à la télétransmission (sous réserve de connexion au réseau de télétransmission).

BONNES PRATIQUES :

Une **boîte mail active** est la condition pour vous transmettre les rejets. Lors d'un prochain rendez-vous avec nos équipes, **demandez la vérification de votre adresse mail.**

Communiquez un changement d'adresse mail au plus tôt à : contact_medecins.cpam-isere@assurance-maladie.fr

Vérifiez que les envois de l'Assurance Maladie ne sont pas traités comme des **spams.**

LES SERVICES ET CONTACTS UTILES

AMELIPRO

Retrouvez un éventail de services d'**aide au suivi de l'activité** et de **démarches en ligne** : consultation des paiements effectués par l'Assurance Maladie, des droits de base de vos patients, commande de vos kits de dépistage, de vosTDR angine, de vos formulaires Cerfa, possibilité de nous contacter via votre messagerie…

CONTACTS UTILES

En cas d'erreur de saisie : règlement à l'assuré au lieu de tiers-payant, erreur de bénéficiaire des soins, de cotation…

- Si la feuille de soins électronique a déjà été télétransmise : demandez son annulation le jour même de la télétransmission **en appelant prioritairement le 3608** ou par défaut à l'adresse mail suivante : contact_medecins.cpam-isere@assurance-maladie.fr
- Si elle n'a pas encore été télétransmise, il vous suffit de l'annuler.

En cas de problème technique lié à la télétransmission ou de besoin d'assistance : contactez votre Délégué Numérique en Santé (ex : CIS) de secteur par téléphone ou par mail (dns.cpam-isere@assurance-maladie.fr).

À SAVOIR

Vous avez besoin de consulter l'attestation de droits de votre patient ? S'il dispose d'un smartphone et d'un compte ameli, il peut se connecter sur son application et pourra vous présenter un document à jour.

Votre patient doit effectuer des démarches auprès de l'Assurance Maladie ?
Grace à son service PASTEL : https://pastel.cpam-isere.fr/, la CPAM de l'Isère guide pas à pas les démarches en ligne de ses assurés (via PC et smartphone).

REJETS DE FACTURATION : EXPLICATIONS ET PRÉCONISATIONS

REJETS SUR LES DROITS DU PATIENT

Code rejet	Motif	Comment éviter le rejet ?
0250-050	Assuré absent de notre réferentiel assuré	• Facturer en Sesam Vitale sécurisé. • Consulter ADRI. • Eviter les forçages des données lues sur la CV (lève la garantie de paiement) en dehors des informations collectées sur ADRI.
0270-051	Bénéficiaire de prestations inconnu dans le référentiel assuré	
0450-054	Exoneration du ticket modérateur absente au référentiel	
0450-056	Exoneration du ticket modérateur connue au référentiel non transmise	
0480-054	Contrat C2S transmis différent de celui présent au référentiel	

REJETS SUR LES DOUBLES FACTURATIONS

Code rejet	Motif	Comment éviter le rejet ?
2900-001	Multiples factures médecin A J	• Consultation familiale : sélectionner chaque bénéficiaire • Consultation du même patient dans la même journée : facturer à chaque consultation et non de pas manière groupée. • Si demande de régularisation : faire une réclamation à la CPAM gestionnaire. Pas de nouvelle facturation. • En cas de doute sur la bonne réception de vos facturations : s'assurer auprès de la CPAM que ces lots n'ont pas déjà été traités avant de procéder à une nouvelle transmission. • Facture en mode dégradé : adresser rapidement à la CPAM de l'assuré les pièces justificatives : feuille de soins Cerfa et bordereau de télétransmission. Devront figurer le n° de lot et le n° de facture attribué par le logiciel. Pour vous éviter un double paiement, il est important d'identifier le pli en accolant sur l'enveloppe l'étiquette pré-identifiée* prévue à cet effet.
0180-051	Facture déjà en traitement IRIS	
2900-005	Facture déjà payée	
2900-010	Acte déjà télétransmis	

REJETS SUR LES ACTES CCAM, REJETS SUR LES PRIX UNITAIRES

Code rejet	Motif	Comment éviter le rejet ?
2600-850	Prix unitaire erroné	• S'assurer de la prise en compte de la dernière version de la base CCAM. • Ne pas forcer les données tarifaires issues de votre base CCAM. • Le montant des honoraires (montant de la dépense) peut éventuellement être modifié mais pas le prix unitaire (base de remboursement). • Tenir compte des messages d'erreur émis par votre logiciel de facturation. • Aide à la facturation www.ameli.fr (professionnel de santé > médecin > nomenclature et codage (NGAP, CCAM).
2600-650	Absence association non prévue	
2600-049	Code association transmis différent	
0561-050	Code modificateur incompatible	

* A commander à l'adresse suivante : accueil.imprimes.cpam-isere@assurance-maladie.fr

REJETS SUR LE PARCOURS DE SOINS ET LA COORDINATION, ACTES LIMITÉS AUX MÉDECINS TRAITANTS

Code rejet	Motif	Comment éviter le rejet ?
0540-210	Hors coord. soins sans MTT	• La facturation d'une majoration de coordination ne peut pas être facturée en l'absence de médecin traitant déclaré. • La facturation d'une majoration de coordination ne peut pas être facturée selon le parcours de soins du patient ou la spécialité du médecin consulté (non justifiée). • Certains actes sont soumis à une participation assuré en ville (PAV) • Attention les bénéficiaires de la C2S sont bien soumis à la PAV, la participation est prise en charge par l'organisme complémentaire. • Certaines prestations sont réservées au médecin traitant déclaré par le patient. • Seuls les honoraires sont modifiables, les prix unitaires des actes NGAP sont paramétrés en fonction des tarifs de responsabilités et ne doivent pas être ajustés. • Aide à la facturation www.ameli.fr (professionnel de santé, médecin, nomenclature et codage (NGAP, CCAM).
0540-202	Majoration non justifiée	
0566-066	Participation assurée non demandée	
0540-152	Majoration non autorisée	
0540-340	Prest. non effectuée par MT	
0540-310	Presta. incomp. avec âge bénéf.	
0650-063	PU demande#PU en cours	

FACTURATION EN MODE DÉGRADÉ POUR UN BÉNÉFICIAIRE DE L'AME ÉTAPE PAR ÉTAPE

Pour rappel, ces patients ne disposent pas d'une carte Vitale.

POUR UN TRAITEMENT PLUS RAPIDE, PRIVILÉGIEZ LA TÉLÉTRANSMISSION EN MODE DÉGRADÉ À LA FACTURATION PAPIER.

Créez le dossier de votre patient enregistrez les données administratives issues de la carte AME qui vous sera présentée. › Enregistrez le n° d'organisme complémentaire : 75500017 › Interrogez ADRI (en indiquant le NIR provisoire, nom/prénom, date de naissance et le n° de rang dans la famille quand cela est possible) pour valider et confirmer les données.

LORS DE LA FACTURATION

- N'indiquez aucune exonération ;
- la part assuré doit être égale à 0 € ;
- la part obligatoire (AMO) doit être égale à 0 € ;
- la part complémentaire (AMC) doit représenter 100 % des honoraires ;
- Transmettre à la Caisse de l'assuré les pièces justificatives correspondantes dans les meilleurs délais.

EN CAS DE CHANGEMENT DE NUMÉRO D'IDENTIFICATION

Assurez-vous auprès de votre caisse de rattachement de la date à partir de laquelle vous pouvez l'utiliser. Toute modification anticipée sur votre poste de travail ou utilisation de votre carte CPS avant la date indiquée entraînera des rejets de facturation.