

MÉMO FACTURATION INFIRMIERS :

LIMITER VOS REJETS POUR RÉDUIRE VOTRE CHARGE ADMINISTRATIVE ET SIMPLIFIER LA GESTION DE VOTRE CABINET

> RAPPELS SUR LES REGLES GENERALES DE COTATION

PRESCRIPTION OBLIGATOIRE

Tout acte doit être prescrit. Un acte prescrit n'est pas obligatoirement remboursable. Les actes non-inscrits à la NGAP sont facturables au patient mais non remboursables par l'Assurance Maladie. Par exemple, l'instillation de collyres, l'aspiration par sonde nasale, la pose de bas de contention, ne sont pas remboursables (liste non exhaustive).

LE CONTENU DE LA PRESCRIPTION

- Identification du prescripteur
- Nom et prénom du patient
- Date de rédaction de l'ordonnance :
- Type de soins : nombre de séances ou durée du traitement ou fréquence
- Le lieu de réalisation des soins
- Le rapport ou non du traitement avec une ALD (ordonnance bizonne)
- La signature du prescripteur

LES FRAIS DE DEPLACEMENT

Article 13 de la NGAP : le principe

La prescription doit préciser que les soins doivent être réalisés à domicile.

Les indemnités de déplacement sont remboursées en sus de la valeur de l'acte réalisé, selon des règles très précises : rendez-vous sur le site ameli.fr pour en connaître le détail, et notamment le calcul et les modalités de facturation des indemnités kilométriques.

Un protocole local sur la facturation des IK est en vigueur depuis le 01/01/2022.

Toutes les informations utiles dans la page « Près de chez vous » sur [Ameli.fr](https://ameli.fr)

LA FACTURATION DES MAJORATIONS DE NUIT/DIMANCHE/FERIE

Pour être facturable, la mention nuit/dimanche/férié doit être indiquée sur la prescription, lorsque l'acte est jugé urgent et justifié par l'état de santé du patient.

Cas particulier : prescription médicale indiquant « pansement un jour sur deux pendant 15 jours », la majoration « F » s'applique au pansement réalisé le dimanche de la première ou la deuxième semaine de soins.

Cf. guide pratique des infirmiers diffusé en 2024 (région AURA).



DIFFÉRENCIER NOTIFICATIONS DE REJETS ET RETOURS NOEMIE

NOTIFICATIONS DE REJETS ET RETOURS NOEMIE

Des erreurs de saisie ou de facturation peuvent être la cause de rejets.

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.*

Le **retour NOEMIE ou RSP** (Rejets / Signalements / Paiements) reçu **sur votre logiciel de facturation** 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)*

Nous vous invitons à privilégier la notification de rejet par mail émanant de nos services, celle-ci étant plus explicite.



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_auxiliaire.cpam-isere@assurance-maladie.fr

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



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.

Par conséquent, la garantie de paiement ne s'applique pas lorsque :

- Les factures sont réalisées en SESAM sans Vitale, en SESAM Dégradé (absence de la carte Vitale),
- les factures sont réalisées en B2 « classique » (absence de votre CPS et de la carte Vitale).

Nb : la garantie de paiement ne s'applique pas aux bénéficiaires de l'AME, ces derniers ne disposant pas de carte Vitale.

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).

Pour une réponse ADRI optimisée, il convient de saisir : **le NIR ouvrant droit, la date de naissance du bénéficiaire, le rang de naissance**. Ces informations étant présentes sur les attestations de droits et/ou les attestations 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** : dns.cpam-isere@assurance-maladie.fr



REJETS DE FACTURATION : EXPLICATIONS ET PRÉCONISATIONS



REJETS SUR LES N° DE PRESCRIPTEURS

IL S'AGIT DU PRINCIPAL MOTIF DE REJETS CONSTATÉ POUR LA CATÉGORIE DES IDE. COMMENT L'ÉVITER ?

- Bien vérifier le numéro de prescripteur inscrit sur la prescription
- Se référer à la liste des prescripteurs de l'Isère via le site ameli : <https://www.ameli.fr/isere/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/teletransmission-retour-noemie/tel%C3%A9transmission#presdechezvousimple>
- Mettre à jour régulièrement votre base des prescripteurs

(Cas particulier des prescriptions émanant des unités ou structures rattachées au Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI)/ le numéro de prescripteur à saisir obligatoirement est le suivant : 380000133).

Code rejet	Motif	Comment éviter le rejet ?
0460-053	L'établissement prescripteur est inconnu au fichier national des établissements	• Indiquer le numéro de l'établissement et non le numéro du médecin prescripteur. • Se référer au site finess.sante.gouv.fr ou la liste des prescripteurs de l'Isère via le site ameli • Indiquer le n°FINESS géographique de l'établissement et non le n°FINESS juridique • Mettre à jour votre base des prescripteurs en supprimant le numéro erroné.
0460-051	Prescripteur inconnu au fichier des professionnels de santé	• Se référer à la liste des prescripteurs de l'Isère via le site ameli • Corriger votre base des prescripteurs en fonction des informations communiquées dans la notification de rejets • Mettre à jour votre base des prescripteurs en supprimant le numéro erroné.



REJETS SUR LES DROITS DU PATIENTS

Code rejet	Motif	Comment éviter le rejet ?
0250-050	Assuré absent de notre référentiel assuré	1. IMPORTANT : mettre à jour la carte Vitale avant toute facturation 2. Facturer en Sesam Vitale sécurisé. 3. Consulter ADRI. 4. Eviter les forçages des données lues sur la carte Vitale (qui lèvent la garantie de paiement) en dehors des informations collectées sur ADRI.
0270-051	Bénéficiaire de prestations inconnu dans le référentiel assuré	
0450-054	Exonération du ticket modérateur absente au référentiel	
0450-056	Exonération du ticket modérateur connue au référentiel non transmise	
0480-054	Contrat C2S transmis différent de celui présent au référentiel	
0450-072	Situation d'exonération inconnue pour ce bénéficiaire	
0450-082	Exonération maternité connue de notre référentiel n'a pas été transmise	
0700-060	Taux de remboursement demandé est différent du taux de remboursement calculé en fonction de la situation du bénéficiaire des soins (AME, maternité, invalidité,...)	



REJETS SUR LES DOUBLES FACTURATIONS

Code rejet	Motif	Comment éviter le rejet ?
0180-051	Facture déjà en traitement IRIS	• 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 par l'Assurance Maladie ou par les organismes complémentaires : s'assurer préalablement que ces lots n'ont pas déjà été traités avant de procéder à une nouvelle transmission, en consultant ameli pro et vos retours NOEMIE.
2900-005	Facture déjà payée	

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.



ZOOM SUR LE BILAN DES SOINS INFIRMIERS (BSI)

Le BSI permet à l'infirmier, à la suite d'une prescription de soins pour dépendance, de **faire une évaluation** de l'état de santé du patient dépendant afin d'établir un **plan de soins infirmiers personnalisé**.

Depuis le 1er janvier 2020, le bilan de soins infirmiers (BSI) a remplacé la démarche de soins infirmiers (DSI) dans le suivi à domicile des patients dépendants.

Depuis le 03 octobre 2023, l'outil BSI est étendu à l'ensemble des patients dépendants, quel que soit leur âge.

Pour en savoir plus sur le BSI : Présentation et patients concernés – Le Téléservice BSI – Les avantages du BSI – La facturation... rendez-vous sur ameli.fr, [le téléservice dédié au bilan de soins infirmiers](#).



FOCUS SUR L'UTILISATION DU MOTIF D'EXONÉRATION DU TICKET MODÉRATEUR « SOINS PARTICULIERS EXONÉRÉS » [CODE EXO 3 DIV]

Ce motif d'exonération **ne peut être utilisé que dans certaines situations** :

- Soins réalisés dans le cadre de la procréation médicalement assistée (PMA) selon certaines conditions
- Examens de prévention réalisés dans le cadre des programmes de dépistage
- Soins liés aux dons d'organe
- Soins donnés aux prématurés
- Soins en établissements accueillant des nourrissons de moins de 30 jours
- Soins dans le cadre du suivi post ALD
- Certains actes liés à la contraception selon certaines conditions

A noter : l'acte AMI 5.6 correspondant à la mobilisation d'un infirmier par la régulation médicale du SAMU/SAS dans le cadre des soins non programmés, **n'est pas systématiquement pris en charge à 100 %** par l'Assurance Maladie. Il est pris en charge selon les règles de droit commun, en fonction de la situation médico-administrative du patient.



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 des patients, demande de paiement d'astreinte dématérialisée, commande des formulaires Cerfa, possibilité de nous contacter via notre messagerie...

CONTACTS UTILES

En cas d'erreur de saisie : erreur de bénéficiaire des soins, de facturation...

- Si la feuille de soins électronique a déjà été télétransmise : demandez son annulation le jour même de la télétransmission **en appelant prioritairement le 3608**
- 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 de secteur par téléphone ou par mail (dns.cpam-isere@assurance-maladie.fr).