

INFORMATION SUR LA FACTURATION DU FORFAIT DE 18 EUROS

A compter du 01 12 2007 le ticket modérateur forfaitaire, appelé « participation assuré » fixé à 18 euros est applicable aux actes ambulatoires

Cette disposition a des incidences sur votre facturation et le montant de vos remboursements en cas de Tiers Payant

La convention nationale des médecins libéraux (article 4.1.3.2. Actes et coefficients) prévoit que la dispense d'avance des frais peut s'appliquer aux actes de spécialités dont le coefficient inscrit à la NGAP est \geq à 50 ou pour des actes de la CCAM technique dont le seuil est \geq à 91 euros. Ces actes sont pris en charge à 100% par le régime obligatoire. Toutefois selon la situation il peut y avoir application de la « participation assuré ».

A quel moment la « participation assuré » est applicable ?

La « participation assuré » est appliquée dès lors qu'il y a dépassement du seuil d'exonération des actes médicaux d'un


- Montant \geq à 91 euros pour des actes ou cumul d'actes de CCAM
- Montant \geq à 91 euros pour un cumul d'actes NGAP et CCAM
- Coefficient des actes \geq à 50 pour des actes ou cumul d'actes NGAP

la « participation Assuré » s'effectue pour



La participation de l'assuré ne s'applique pas



<p>Actes</p>	<p>Actes concernés par la « participation assuré » Prestation NGAP de lettres clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ K, KC (hors actes dentaires, à titre transitoire) ⇒ KE ⇒ SF <p>avec coefficient \geq à 50</p> <p>CCAM prestation code de regroupement</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ ACO (Obstétrique) ⇒ ADA (Anesthésie) ⇒ ADC (Chirurgie) ⇒ ADE (Echographie) ⇒ ATM (acte technique Médicale) <p>D'un montant \geq à 91 euros</p>	<p>Actes exclus de la « participation assurés »</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ actes de radiologie(hors échographie) : Z, ZN, ADI ⇒ K, KC uniquement pour actes dentaires, à titre transitoire. <p>Codes ADI A noter que ces actes servent à l'évaluation du seuil d'exonération mais que la « participation assuré » ne leur est pas appliquée si tous les actes de la séances relèvent du code ADI</p>
<p>Patients</p>	<p>Tout patient (assuré ou bénéficiaire) Quel que soit son âge ou sa situation dans le parcours de soins, à l'exception des cas d'exclusion</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Cas particuliers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les bénéficiaires de la CMU-complémentaire sont soumis à la mesure, mais la « participation assuré » est prise en charge par l'organisme de protection complémentaire • De même pour l'AME complémentaire : la « participation assuré » est prise en charge par l'Etat. • Bénéficiaire du régime Alsace Moselle : la « participation assuré » est prise en charge par le régime local. • Bénéficiaire relevant de certains régimes spéciaux SNCF, Mines... couvre la « participation assuré » 	<ul style="list-style-type: none"> • Nature d'assurance : accident du Travail/ Maladie Professionnelle et Maternité • Bénéficiaires dits « exonérés » : pensionnés d'invalidité ou de guerre, titulaire d'une rente AT,... • Soins dans le cadre de ALD • Certains soins particuliers exonérés : traitement de la stérilité, soins aux prématurés, tests de dépistage du virus HIV. • Soins dispensés dans le cadre d'un programme national de prévention maladie. • Titulaire d'une allocation de solidarité aux personnes âgées.

Comment est pris en charge le forfait des 18 euros ?

Le forfait des 18 euros à charge de l'assuré peut être pris en charge totalement, partiellement ou pas du tout par les organismes complémentaires.

Les logiciels informatiques n'ont intégré cette fonctionnalité qu'à partir du cahier des charges version 1.40 addendum 2. A ce jour très peu de logiciels ont intégré cet addendum. Renseignez vous auprès de votre éditeur informatique ou sur le site du www.cnda-vitale.org logiciel agréé 1.40/ participation forfaitaire 18 euros.

Plusieurs cas de figure peuvent donc se présenter à vous selon votre mode de facturation

	Vous ne pratiquez pas le Tiers Payant	Vous pratiquez le Tiers Payant pour des patients ne faisant pas partie des cas d'exclusion.
Vous disposez d'une version de logiciel antérieure au cahier des charges 1.40 addendum 2 Attention vous devrez toutefois intégrer un code traçant code PAV si vous faites une FSE	Vous pouvez continuer à facturer en FSE quelque soit la situation de l'assuré puisqu'il s'acquitte de l'intégralité du montant de vos honoraires	Cas particulier des bénéficiaires de la CMU ou AME complémentaire, d'un assuré du régime local => Vous facturez en FSE , le forfait des 18 euros, vous sera versé en même temps que le paiement de la part obligatoire. Vous faites du Tiers payant uniquement sur la part obligatoire mais pas sur le forfait des 18 euros => Vous pouvez continuer à établir une FSE ; vous percevrez le montant du ou des actes pratiqués (base du tarif opposable) moins la somme des 18 euros de la part du régime obligatoire et votre patient doit s'acquitter directement du montant du forfait des 18 euros. Vous faites du Tiers payant sur l'ensemble des actes, forfait 18 euros compris => Vous pouvez continuer à établir une FSE en revanche vous devez réaliser une facture papier pour la complémentaire. Elle est téléchargeable sur le site www.ameli.fr rubrique professionnels de santé
Vous disposez d'une version de logiciel correspondant au cahier des charges 1.40 addendum 2	Vous pouvez facturer en FSE en quelque soit la situation de l'assuré puisqu'il s'acquitte de l'intégralité du montant de vos honoraires	Vous pouvez facturer en FSE quelque soit la situation

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez consulter le site www.sesam-vitale.fr et/ou télécharger la plaquette d'information complète [cliquer ici](#)