

Ainsi qu'il en était convenu avec Franck Robin, je vous informe que la Lettre Réseau relative à la mise en œuvre de la facturation des actes et consultations externes réalisés par les médecins salariés des établissements de santé relevant du d de l'article L162-26 du code de la sécurité sociale a été signée et diffusée hier au réseau assurance maladie.

Modalités de facturation des actes et consultations externes (ACE) réalisés par les médecins salariés des établissements privés.

L'article 41 de la LFSS pour 2014 introduit une modification de l'article L162-26-1 du code de la sécurité sociale qui autorise les établissements de santé privés à facturer les actes et consultations externes (ACE) réalisés par leurs médecins salariés

1. Périmètre de facturation

- **les** les établissements de santé ex-OQN et OQN contractualisé avec l'ARS qui exercent des activités de médecine (y compris la dialyse), chirurgie, obstétrique, de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie.

- Les professionnels concernés sont les médecins salariés par une clinique privée quelle que soit leur spécialité. La facturation des ACE ne concerne pas les autres professionnels et paramédicaux salariés des établissements privés (à l'exception des actes de monitoring fœtal du troisième trimestre réalisés par les sages-femmes salariées).

Il est rappelé que l'établissement est responsable de la cotation des actes et consultations externes réalisés par les médecins.

Afin de pouvoir identifier les médecins de manière exhaustive, les établissements concernés devront adresser à la CPAM - CCDP (Caisse Centralisatrice de Paiement) la liste exhaustive des médecins concernés ainsi que leurs spécialités selon un courrier type qui leur sera proposé par la CPAM.

- Le dispositif concerne les actes techniques et cliniques réalisés en externe (application de la CCAM et de la NGAP)

2. Tarifs applicables

Les tarifs applicables sont les tarifs conventionnels sans dépassement d'honoraires.

3. Modalités de facturation

Avec la facturation des ACE réalisés par les médecins salariés, les établissements doivent intégrer et appliquer les règles relatives au parcours de soins coordonné :

- Renseigner l'indicateur parcours de soins
- Appliquer la modulation du ticket modérateur

Pour rappel, les actes et consultations externes ne doivent pas être directement facturés aux assurés. Les établissements concernés doivent donc mettre en œuvre le tiers payant.

Le support de facturation est constitué par le bordereau S3404 qui devra contenir les informations suivantes :

- Le parcours de soins (partie haute) : nom et prénom du médecin traitant et renseignement de l'indicateur du parcours de soins (IPS)

- L'identification de l'établissement, la date des actes, le code des actes réalisés et les honoraires facturés au patient (partie basse).

Les consignes de remplissage de la facture électronique associée sont précisées dans l'annexe 24 de la norme B2. L'annexe 24 mise à jour sera mise en ligne sur AMELI dans les prochains jours.

4. Traitement des factures

Les établissements seront informés par la CPAM des modalités précises de déstockage des factures relatives aux ACE réalisés depuis le 1er janvier 2014.