



### Contacts :

+ Rapide : par courriel depuis votre espace « ameli.pro »

Par tél : 3608 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Par courrier : Assurance maladie de la Côte d'Or -CS 34548-21045 DIJON cedex

DATE : 15 JANVIER 2021

REFERENCE :

## Vaccination COVID-compléments d'information à la communication CNAM du 12 janvier 2021

### Facturation des actes

---

Vous avez la possibilité de choisir entre deux modes de rémunération :

- Une rémunération forfaitaire
- Une rémunération à l'acte

### Rémunération forfaitaire (à privilégier)

---

La rémunération est fixée à 220 € la demi-journée ou 55 € de l'heure si la vacation dure moins de 4 heures. Toute heure entamée est dûe.

Vous trouverez en pièces jointes deux bordereaux de vacation à compléter et à transmettre au directeur de l'établissement :

- L'un concerne les vaccinations en EHPAD
- L'autre concerne les vaccinations en centre dédié ou en établissements médico-sociaux hors EHPAD

Ces documents vous sont proposés sous deux formats : [pdf et excel](#).

Les bordereaux sont à adresser à l'adresse suivante par les établissements à une fréquence hebdomadaire : [responsables.pole.soins.ville.cpam-dijon@assurance-maladie.fr](mailto:responsables.pole.soins.ville.cpam-dijon@assurance-maladie.fr)

Les paiements seront identifiés sous le code VIR.

### Rémunération à l'acte

---

Les actes de vaccination doivent être facturés sans dépassement et en tiers payant intégral. Ces actes sont pris en charge à 100%, que le parcours de soins soit ou non respecté.

Vous devez saisir le code EXO 3 .

Aucune participation forfaitaire ou franchise n'est retenue à l'assuré.

Pour les actes réalisés en EHPAD : le code VAC peut être facturé avec la majoration AMI 2.7 et les indemnités de déplacements (IDF+IK dans la limite de trois déplacements)

En attendant la mise à jour de vos logiciels, vous pouvez coter la consultation ou la visite comme habituellement.

L'injection seule peut être facturée AMI1+1.



Retrouvez toutes les informations utiles à votre profession sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr)



Contexte facturation		équivalence NGAP	Code(s) acte facturé(s)	Tarif métropole (en Euros)
Vaccination seule (hors consultation)	Médecin au cabinet	K5	VAC	9,60
	Médecin en visite	K5 + MD	VAC + MD	9,60 + 10
	Médecins en visite w-e	K5 +MDD	VAC + MDD	9,6+22,60
	Médecin en cabinet w-e	K5 + complément F (9,60€ + 19,06€)	VAC	28,66
	Infirmier en EHPAD, résidence service...	AMI1+ AMI1	VAC	6,30
	Infirmier en EHPAD, résidence service... w-e	AMI1+ AMI1+ complément F (6,30 € + 8,50€)	VAC	14,80
Consultation pré vaccinale seule	Consultation	Consultation à 25€	VAC	25
	Consultation w-e	Consultation à 25€ + complément F (25€ +19,06€)	VAC	44,06
	Visite médecin	Visite à 25€ + MD	VAC + MD	25+10
Ou Consultation pré vaccinale et vaccination	Visite Généraliste w-e	Visite à 25€ + MDD	VAC + MDD	25+22,60
	Visite Spécialiste w-e	Visite à 25€ + complément F (25€ +19,06€)	VAC	44,06

**A noter que le code VAC admet plusieurs valeurs.**

NIR fictif à utiliser quand la personne n'est pas identifiée dans les bases de l'Assurance Maladie donc à titre très exceptionnel : 1 55 55 55 211 023 / 94 – date de naissance 31/12/1955

## Rémunération de la saisie dans le téléservice Vaccin COVID

Chaque saisie dans le téléservice sera rémunérée 5,40 €.

Les paiements seront traités par l'Assurance Maladie une fois par mois (aux alentours du 15 de chaque mois pour le mois précédent).

Ils seront identifiés par le code VCO.



Retrouvez toutes les informations utiles à votre profession sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr)

Cet imprimé est spécifiquement réservé à la facturation des vacations réalisées dans le cadre des opérations de vaccination COVID. Il est à envoyer par courriel à la caisse du lieu d'implantation de la structure, selon les modalités qui seront communiquées par la caisse de rattachement de l'établissement.

<b>Identification de la structure où les vacations ont eu lieu</b>		<b>Cachet de la structure</b>
<b>Semaine du</b>	<b>au</b>	<b>Nom et signature du Responsable de la structure :</b>

Identification des professionnels ayant réalisé les vacations				Détail des vacations effectuées				Nombre de patients vaccinés	Signature
Nom	Prénom	N° Assurance Maladie	Médecin / Infirmier	Date de la vacation	Heure de début de la vacation	Heure de fin de la vacation	Montant à rembourser par l'AM (*)		
				<b>Total</b>		Montant à rembourser			

## Notice

## Montant du remboursement

Médecin = 420 € pour 4 heures ou 105€ par heure si moins de 4 heures

Infirmier = 220 € pour 4 heures ou 55€ par heure si moins de 4 heures

## Montant du remboursement les samedi après-midi, dimanche et jours fériés

Médecin = 460 € pour 4 heures ou 115€ par heure si moins de 4 heures

Infirmier = 240 € pour 4 heures ou 60€ par heure si moins de 4 heures

## **Covid-19 : Facture des vacations horaires de dépistage des infirmiers libéraux vacataires (IDEL) en centres de vaccination ou en établissements médico-sociaux hors EHPAD**

Nous vous recommandons d'établir votre facture chaque fin de semaine et de l'adresser à votre caisse de rattachement chaque lundi.

Si toutefois ce rythme de facturation vous semble trop fréquent, nous vous laissons la possibilité de la renseigner pour des périodes plus longues.

C'est pour cette raison qu'il vous est demandé de renseigner la période sur laquelle porte votre facturation.

Pour chaque période de facturation, vous devez reporter la date et le nombre de vacations horaires effectuées.

**Covid-19 : Facture des vacances horaires de vaccination  
des infirmiers libéraux vacataires (IDEL) en centres de vaccination ou en établissements médico-sociaux hors EHPAD**

Nom et prénom du professionnel :

n° AM :

Date de facturation : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Cet imprimé est spécifiquement réservé à la facturation des vacances réalisées dans le cadre des opérations de vaccination COVID dans les centres de vaccination ou les établissements médico-sociaux hors EHPAD. Il est à envoyer par le professionnel à sa caisse de rattachement

Raison sociale de l'établissement ou indication sur le centre de vaccination (le cas échéant, établissement de santé de rattachement, collectivité organisatrice, adresse,...)	le cas échéant n° FINESS géographique : (9 chiffres)	Date de vacances : /__/___	Heure de début de la vacation	Heure de fin de la vacation	cachet de l'établissement ou du responsable du centre de vaccination

rénumération hors samedis après-midi, dimanches et jours fériés	nbre vacances horaires (toute heure commencée est due)	55	nbre vacances 1/2 journée (si au moins 4H)	220	
Tarif unitaire		0,00 €		0,00 €	
sous total à payer					
rénumération samedis après-midi, dimanches et jours fériés	nbre vacances horaires (toute heure commencée est due)	60	nbre vacances 1/2 journée (si au moins 4H)	240	
Tarif unitaire		0,00 €		0,00 €	
sous total à payer					
<b>TOTAL À PAYER</b>				<b>0,00 €</b>	

Signature du professionnel :