

EN DIRECT RÈGLEMENTAIRE

Infirmiers

Contact :

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 : 17 mai 2021

Points importants relatifs à la Facturation

Actes non pris en charge par l'Assurance Maladie

- Préparation et distribution de médicaments hors patients traités pour maladies psychiatriques
- Pose de bas ou bandes de contention
- Prise de tension
- Instillation collyre (sauf en cas d'intervention chirurgicale sur l'œil pendant 15 jours uniquement)

Notion sur la prescription médicale

Nous attirons l'attention de chaque professionnel concernant le respect des prescriptions médicales

- Notion ALD, AT, STE
- Notion de passage la nuit et indication d'horaire de passage
- Notion à domicile, à faire par une IDE
- Nombre de passages à effectuer
- Durée de la prescription médicale
- Interdiction d'écrire sur la prescription médicale ou de rajouter toutes notions (ALD, AT, STE)
- Date de la prescription médicale ainsi que le prescripteur
- Si plusieurs ordonnances, effectuer les actes au cours de la même séance si pas d'indication de passage ou d'horaire

Code exonération de facturation

- CODE EXONERATION 4 - notion ALD sur la prescription médicale ou partie haute de l'ordonnance bizonne (affection exonérante)
- CODE EXONERATION 5 - Régime exonérant
- CODE EXONERATION 3 DIVERS - STE (stérilité)
- CODE EXONERATION 3 DIVERS - test PCR / test antigénique
- AUCUN CODE EXONERATION à utiliser pour la C2S (CMU, ACS), AME, Maternité et AT
- CODE EXONERATION 8 - Régime Local à 90%
- CODE EXONERATION 9 - Fond National de Solidarité (FNS) à 80%



EN DIRECT RÈGLEMENTAIRE

Concernant vos télétransmissions en rapport avec une nature d'assurance AT ou Maternité, aucun code exonération est à transmettre. L'assurance doit être sélectionnée sur votre logiciel.

Pour la facturation de AME (Aide Médicale d'Etat), le règlement se fait à 100% part complémentaire en tiers payant intégral et vous devez indiquer en numéro de complémentaire **75500017**.

Article 11 B

Lorsque, au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la Nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre. Le deuxième acte est ensuite noté à 50 % de son coefficient. Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie.

ATTENTION : Suite aux modifications de cotations parues dans l'Avenant 6, la prise de sang peut être cotée coefficient plein si elle est positionnée en 2ème acte. Le prélèvement sanguin (AMI 1.5) peut être facturé à taux plein avec tout acte mais il ne peut pas être coté comme troisième acte.
Exemple : un pansement avec une prise de sang AMI 2 + AMI 1.5 // si 3ème acte il sera GRATUIT

Exception : les perfusions et la prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité, les actes se cumuleront à taux plein.

Demande d'Accord Préalable (DAP)

L'administration et la préparation d'un traitement est un acte non pris en charge par l'Assurance Maladie sauf exception :

Dans le cadre de la préparation et surveillance d'un traitement chez un patient ayant des troubles cognitifs et psychiatriques, une demande d'entente préalable doit être établie accompagnée d'une prescription médicale. Ces documents doivent être envoyés au Service Médical de la CPAM de Côte d'Or.

Sur la prescription médicale doit apparaître la notion de troubles cognitifs ou Article 10 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP – Chapitre 1 Soins de pratique courante). La DAP doit être établie au-delà du premier mois par passage.





EN DIRECT RÈGLEMENTAIRE

Démarche de Soins Infirmiers (DSI)

Les DSI doivent être établies tous les 3 mois et sont envoyées au Service Médical de la CPAM de Côte d'Or. Vous devez transmettre « **Démarche de soins infirmiers – Résumé volet S3742** ». C'est le volet avec la partie quantitative et qualitative.

nature qualitative et quantitative de la prescription			
séances de soins infirmiers (AIS 3) : Nombre par jour :		Nombre par semaine :	
répartis en	passage(s) par jour, pendant	semaine(s) ou	mois
dimanche/jour férié : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		nombre de séances par jour entre 20 h et 23 h	
entre 5 h et 8 h		programme d'aide personnalisée (AIS 3,1) : nombre par jour :	
répartis en		passage(s) par jour, pendant	
jours		dimanche/jour férié : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
surveillance clinique infirmière et de prévention (AIS 4) :			
pendant		semaine(s) ou	
mois, à partir du			
signature de l'infirmière		signature (à partir de la 2 ^e démarche de soins infirmiers) et/ou observations du médecin	
cachet de l'infirmière (2)	date :	cachet du médecin (2)	date :
	signature :		signature :
Avis du médecin-conseil :			

Bilan de Soins Infirmiers (BSI)

L'Avenant 6 prévoit la facturation d'un BSI initial (DI 2.5) et la facturation d'un ou deux BSI de renouvellement par an (DI 1). La détermination des forfaits journaliers est déterminée par le BSI. Les ordonnances ont **une durée de validité d'un an** à compter de la date de prescription.

L'indemnité de déplacement est dénommée **IFI** lorsqu'elle est associée à un acte codé en **BSI, BSA, BSB, BSC**. La lettre clé IFI doit toujours être portée dans la case « tarification des actes » et la case IF ne doit pas être renseignée.

IFI							
ACTES EFFECTUES							
date des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires	dépos.	taux de déplacement		
					IF	IFC	DD
					taux	montant	
02 0 1 2020		IFI	2,5 0		2	0,7 0	
02 0 1 2020	NE PAS UTILISER	IFI	2,5 0		2	0,7 0	
02 0 1 2020	EN ATTENTE	IFI	2,5 0		2	0,7 0	
0 2 0 1 2020	DU CODAGE	BSB	1 8,2 0				
J J M M A A J J A A	DES ACTES						
J J M M A A J J A A							
PAIEMENT							
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			2 8,7 0				



EN DIRECT RÈGLEMENTAIRE

VACCI-GRIPPE // TEST PCR

VACCI-GRIPPE :

Facturation pour l'injection destinée à la vaccination contre la grippe saisonnière :

- AMI 1 quantité 2 (AMI 1 + AMI 1) – taux 100% **ou** 60% selon la prise en charge ALD ou non, stipulée sur la prescription médicale
- Vous devez vous identifier en tant que prescripteur
- **Sauf patient mineur** : AMI 1 + MAU en indiquant le numéro du médecin prescripteur qui est stipulé sur la prescription médicale

TEST PCR :

- Prescripteur : vous devez indiquer lors de vos télétransmissions le numéro du médecin prescripteur qui a établi l'ordonnance. Si l'assuré n'a pas de prise en charge, vous devez saisir le numéro fictif **291 991 453**, si le patient n'est pas en capacité de désigner un médecin.
- CODE EXONERATION : code 3 DIVERS à 100%

Envoi des Pièces Justificatives

Le téléservice SCOR (SCannérisation des ORdonnances) permet au professionnel de santé, qui intervient sur ordonnance, de dématérialiser l'envoi des pièces justificatives papiers (ordonnances et feuilles de soins) aux régimes d'assurance maladie obligatoires.

Les pièces justificatives numérisées sont automatiquement classées et archivées en lots, de manière sécurisée, par le logiciel du professionnel de santé. Il n'y a plus de papier à gérer.

Cependant, si vous n'avez pas transmis vos pièces justificatives via l'outil SCOR, celles-ci sont à adresser à l'Assurance Maladie de Côte d'Or dans **un délai maximum d'un mois** à compter de la télétransmission du lot.

Afin de respecter ce délai, vous pouvez envoyer vos pièces justificatives dès télétransmission des lots.

