



# Organisation du processus de facturation hospitalière des établissements publics

Guide de lecture des indicateurs de rejet de facturation CNAMTS & MSA

**MeaH** Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

L'organisation au service de la qualité et de l'efficacité dans les hôpitaux et les cliniques



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ



MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE



**MeaH** Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

Organisation du processus de facturation hospitalière des établissements publics  
Guide de lecture des indicateurs de rejets de facturation CNAMTS & MSA

## Avant-propos

L'ampleur et l'impact des dysfonctionnements de la chaîne de facturation sur l'état global des finances hospitalières apparaissent aujourd'hui de façon évidente et flagrante. En effet, alors que le système de la dotation globale, et, notamment, les mécanismes de compensation des recettes manquantes n'invitait pas les établissements à se préoccuper de l'optimisation de la facturation des titres pour en améliorer le recouvrement, la T2A les oblige désormais à en faire une priorité.

Dans cette optique, les régimes CNAMTS et MSA mettent à disposition de chaque établissement de santé qui télétransmet ses factures selon la norme B2 ainsi que de son comptable public un tableau de bord des 15 principaux motifs de rejets de titres et pourcentages associés. Ce tableau est diffusé tous les 2 mois en fonction du déploiement des télétransmissions (1<sup>er</sup> semestre 2007 pour la CNAMTS).

Le présent guide de lecture a pour objectif de faciliter la compréhension par les professionnels de ce tableau de bord que les caisses auront produit. Ainsi, pour chaque type de rejet, le lecteur pourra en quelques lignes synthétiques identifier et localiser les points de vigilance sur lesquels il lui est conseillé de porter son attention. Il trouvera dans ce guide quelques actions correctrices à mettre en œuvre à la fois pour tenter de remédier au problème et pour prévenir sa réapparition.

## Remerciements

Pour leur précieuse collaboration, sont remerciés les organismes :

<u>Institutions :</u>	<u>Caisses :</u>	<u>Etablissements :</u>	<u>Sociétés de conseil :</u>
DHOS	CNAMTS	CH de Cannes	ATOS CONSULTING
MAINH	MSA	CH du Val d'Ariège	CNEH
MEAH		CHU de Caen	
DGCP		CH de Chartres	
		CHU de Toulouse	
		CH d'Annecy	
		CH de Melun	
		CH de Saint Denis	

### Sommaire

<b>1. Modèle de tableau de bord .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Anomalies / Droits et Exonération.....</b>	<b>5</b>
2.1. ASSURE ABSENT DE LA BDO.....	5
2.2. BENEFICIAIRE INCONNU DANS BDO .....	6
2.3. ETM NON TROUVEE EN BDO .....	7
2.4. ETM MAT EN BDO MAIS NON TRANSMISE .....	8
2.5. ETM CONNUE BDO NON TRANSMISE.....	9
2.6. ABSENCE CONTRAT 8X ET MUT FICTIVE.....	10
2.7. INCOMP MODULATION TRANSMISE / BDO .....	11
2.8. MTM NON TROUVEE BDO .....	12
<b>3. Anomalies / Valorisation des données.....</b>	<b>13</b>
3.1. MATRICULE DE L'ASSURE INCORRECT .....	13
3.2. CLE DU MATRICULE OBLIGATOIRE .....	14
3.3. COMPLEMENT FACTURE NON NUMERIQUE .....	15
3.4. SPECIALITE EXECUTANT ERRONEE .....	16
3.5. NATURE DE PRESTATION ERRONNEE.....	17
3.6. ECART TAUX DEMANDE / TAUX CALCULE .....	18
<b>4. Anomalies / Compatibilité des données.....</b>	<b>19</b>
4.1. REGIME MIG OU AME OBLIGATOIRE .....	19
4.2. INCOMPATILITE ASSU-NAT / REGIME .....	20
4.3. INCOMP NAT PREST / PRESCRIPTEUR .....	21
4.4. INCOMP NAT PREST SPE EXECUTANT .....	22
4.5. INCOMP NAT PREST / MAJORATION.....	23
<b>5. Anomalies / CCAM .....</b>	<b>24</b>
5.1. CODE ACTIVITE ABSENT.....	24
5.2. CODES ASSOC TRANSMIS DIFFERENTS.....	25
5.3. ABSENCE ASSOCIATION NON PREVUE .....	26
<b>6. Anomalies / Divers .....</b>	<b>27</b>
6.1. FACT / LOT DEJA EN TRAITEMENT IRIS .....	27
6.2. DATE DEB PREST ANTER A 2 A + 3 M.....	28
<b>7. Améliorer votre organisation.....</b>	<b>29</b>
7.1. Les points critiques du processus.....	29
7.2. Les axes d'amélioration et actions associées .....	30
7.3. L'autoévaluation de la maturité de votre organisation .....	32
<b>8. Annexes.....</b>	<b>33</b>
8.1. L'efficacité du recouvrement par le comptable public.....	33
8.2. Organisation de la production des tableaux.....	35
8.3. Périmètre précis de la télétransmission.....	36
8.4. Transcription et table de correspondance CNAMTS / MSA.....	37

## 1. Modèle de tableau de bord

Signalons que les rejets portent sur ceux constatés par la caisse hors comptable public (cf. annexe 1) et que ce tableau ne concerne que les factures télétransmises par l'établissement (cf. annexe 3). Par ailleurs, une table de correspondances entre codes de rejets CNAMTS et MSA permet l'interprétation du tableau de bord diffusé par les caisses MSA (cf. annexe 4).

Libellé de la caisse N° CPAM	Qualité de facturation des établissements publics et privés ex DG Période du jj/mm/aaaa au jj/mm/aaaa	Etablissement : « Raison sociale » N° FINESS géographique Adresse	Résultat sur l'ensemble des factures télétransmises			
			FACTURES _A_REGLER 3969	FACTURES _REJETEES 198	TAUX REJET _TELETRANS 4,5	CODE _ANOMALIE 450082 270051 250050 ...

## 2. Anomalies / Droits et Exonération

### 2.1. ASSURE ABSENT DE LA BDO

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Assuré absent de la BDO		
<b>Libellé Complet</b>	Assuré absent de la Base de Données Opérationnelle		
<b>N° Code</b>	250 050	<b>Famille</b>	Droits et Exonération

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

L'assuré doit être présent dans la Base Assuré

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur dans la prise d'information : non utilisation de la carte Vitale, non déversement automatique des informations de la carte Vitale, reprise d'anciennes informations erronées, erreur de saisie
- Carte Vitale non mise à jour
- Changement de caisse du patient entre la date des soins et le jour de la facturation
- Changement du centre (pour certaines caisses)

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Guichet (vérification des droits) et, plus généralement, l'ensemble des professionnels habilités à faire une admission dans le système d'information
- Facturation (délais de facturation motivant l'écart entre date soin et date facturation)

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Recherche des nouveaux éléments (consultation de l'application FEU VERT, contact direct avec la caisse, contact avec le patient, recherche auprès du médecin traitant, etc.)
- Modification des informations dans le Système d'Information Hospitalier
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) à une autre caisse ou au patient

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole définissant les modalités de création du dossier administratif : utilisation de la carte Vitale, déversement des informations de la carte Vitale, script de l'interview du patient, vérifications à réaliser en l'absence de carte Vitale et/ou de reprise de l'historique débiteurs, modalités de création de dossier hors bureau des entrées (soignants), etc.</li> <li>- Installer des bornes de mise à jour de carte Vitale et définir les modalités de mise à jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents des admissions et des gestionnaires</li> <li>- Facturation au fil de l'eau et au plus près du fait générateur pour limiter le risque de changement de situation du débiteur</li> <li>- Rappel d'instructions par la CNAMTS auprès des caisses pivot sur les modalités de traitement en cas de mutation (changement de centre, de caisse et de régime)</li> <li>- Mise en place d'une application nationale de consultation des droits régime général FEU VERT (expérimentation en cours)</li> <li>- Mettre en place une procédure de prise de renseignement avec la caisse pivot</li> </ul>

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Responsable du bureau des admissions
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

### 2.2. BENEFICIAIRE INCONNU DANS BDO

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Bénéficiaire inconnu dans BDO		
<b>Libellé Complet</b>	Bénéficiaire de prestation inconnu dans la Base de Données Opérationnelle		
<b>N° Code</b>	270 051	<b>Famille</b>	Droits et Exonération

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

La recherche du bénéficiaire, à partir de sa date de naissance et de son rang de naissance, n'a pas abouti dans la Base Assuré

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur dans la prise d'information (date de naissance ou numéro de sécurité sociale) : non utilisation de la carte Vitale, non déversement automatique des informations de la carte Vitale, reprise d'anciennes informations erronées, erreur de saisie
- Date de naissance incorrecte / date de naissance lunaire incorrecte
- Rang de naissance non indiqué pour des jumeaux
- Enfant qui change d'assuré principal
- Discordance entre date de naissance carte d'identité et carte Vitale
- Carte Vitale non mise à jour (si changement date de naissance)
- Déclaration de naissance non effectuée auprès de la caisse (d'où absence dans la BDO)

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Guichet (vérification des droits) et plus généralement, l'ensemble des professionnels habilités à faire une admission dans le système d'information

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Vérification des informations auprès de l'assuré et lui demander si besoin de faire les démarches nécessaires auprès de l'assurance maladie
- Modification le cas échéant des informations dans le Système d'Information Hospitalier
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) à une autre caisse ou au patient (mais attendre la mise à jour du fichier par l'assurance maladie, en restant vigilant au délai de prescription de la créance de l'établissement)

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole définissant les modalités de création du dossier administratif</li> <li>- Installer des bornes de mise à jour de carte Vitale et définir les modalités de mise à jour</li> <li>- Prendre en compte la date de naissance lunaire (si possibilité de l'éditeur logiciel)</li> <li>- Divergence entre la date naissance papier d'identité et celle de la carte Vitale : information systématique de l'assuré sur les démarches à accomplir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents des admissions et des gestionnaires</li> <li>- Mise en place d'une application nationale de consultation des droits régime général FEU VERT</li> <li>- Définir une position claire de gestion des dossiers en cas de discordance entre date de naissance carte d'identité et date de naissance carte Vitale</li> </ul>

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Les agents chargés du traitement des rejets
- Responsable du bureau des admissions (protocole)
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

### 2.3. ETM NON TROUVEE EN BDO

<b>Libellé court CNAMTS</b>	ETM non trouvée en BDO		
<b>Libellé Complet</b>	Exonération du Ticket Modérateur non trouvée dans la Base de Données Opérationnelle		
<b>N° Code</b>	450 054	<b>Famille</b>	Droits et Exonération

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

L'exonération transmise n'a pas été trouvée dans la base Assuré pour ce bénéficiaire

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur dans la prise d'information : non utilisation de la carte Vitale, non déversement automatique des informations de la carte Vitale, reprise d'anciennes informations erronées, erreur de saisie, discontinuité dans le taux de prise en charge du patient (renouvellement tardif du 100%)
- Lecture de la carte Vitale sans la carte CPS ou CPE (non accès à une information exhaustive)
- Carte Vitale non mise à jour
- La demande d'exonération du ticket modérateur, réalisée par le médecin traitant ou le médecin hospitalier, n'a pas encore été transmise ou est en cours de traitement chez le médecin conseil CPAM (donc information non enregistrée dans la BDO)
- Mauvais paramétrage informatique faisant primer l'exonération acte sur l'exonération risque.
- Prescription sur un ordonnancier bizonne pour une prise en charge thérapeutique hors ALD

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Guichet (vérification des droits) et, plus généralement, l'ensemble des professionnels habilités à faire une admission dans le système d'information
- Gestion (vérification avant mise en facturation, ex : demande d'exonération en cours, etc.)

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Consultation de l'application FEU VERT (vérification de la mise à jour de la couverture avec le type d'exonération)
- Modification le cas échéant des informations dans le Système d'Information Hospitalier
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) à une autre caisse ou au patient

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole définissant les modalités de création du dossier administratif : utilisation de la carte Vitale, déversement des informations de la carte Vitale, script de l'interview du patient, vérifications à réaliser en l'absence de carte Vitale et/ou de reprise de l'historique débiteurs, modalités de création de dossier hors bureau des entrées (soignants), etc.</li> <li>- Installer des bornes de mise à jour de carte Vitale et définir les modalités de mise à jour.</li> <li>- Attendre la notification d'exonération avant de mettre en facturation, relancer régulièrement si nécessaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents des admissions et des gestionnaires</li> <li>- Mise en place d'une application nationale de consultation des droits régime général FEU VERT</li> <li>- Equiper de CPE les agents des bureaux des entrées et de CPS pour les soignants</li> </ul>

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Les agents du guichet et les agents chargés de la vérification des dossiers avant facturation
- Responsable du bureau des admissions (protocole)
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

### 2.4. ETM MAT EN BDO MAIS NON TRANSMISE

<b>Libellé court CNAMTS</b>	ETM mat en BDO mais non transmise		
<b>Libellé Complet</b>	Exonération du Ticket Modérateur maternité en Base de Données Opérationnelle mais non transmise		
<b>N° Code</b>	450 082	<b>Famille</b>	Droits et Exonération

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Une exonération maternité est présente dans la base Assuré et elle n'a pas été transmise

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur dans la prise d'information : non utilisation de la carte Vitale, non déversement automatique des informations de la carte Vitale, reprise d'anciennes informations erronées, erreur de saisie
- Lecture de la carte Vitale sans la carte CPS ou CPE (non accès à une information exhaustive)
- Carte Vitale non mise à jour

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Guichet (vérification des droits) et, plus généralement, l'ensemble des professionnels habilités à faire une admission dans le système d'information

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Le cas échéant, consultation de l'application FEU VERT
- Modification des informations dans le Système d'Information Hospitalier
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) à la caisse

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole définissant les modalités de création du dossier administratif : utilisation de la carte Vitale, déversement des informations de la carte Vitale, script de l'interview du patient, vérifications à réaliser en l'absence de carte Vitale et/ou de reprise de l'historique débiteurs, modalités de création de dossier hors bureau des entrées (soignants), etc.</li> <li>- Installer des bornes de mise à jour de carte Vitale et systématiser la mise à jour si grossesse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents des admissions et des gestionnaires</li> <li>- Mise en place d'une application nationale de consultation des droits régime général FEU VERT</li> <li>- Equiper de CPS les agents des bureaux des entrées et CPE pour les soignants</li> </ul>

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Les agents du guichet
- Responsable bureau des admissions (protocole)
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

## 2.5. ETM CONNUE BDO NON TRANSMISE

<b>Libellé court CNAMTS</b>	ETM connue BDO non transmise		
<b>Libellé Complet</b>	Exonération du Ticket Modérateur connue dans la Base de Données Opérationnelle mais non transmise		
<b>N° Code</b>	450 056	<b>Famille</b>	Droits et Exonération

### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Une exonération permanente est présente dans la base Assuré et elle n'a pas été transmise

### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur dans la prise d'information : non utilisation de la carte Vitale, non déversement automatique des informations de la carte Vitale, reprise d'anciennes informations erronées, erreur de saisie
- Lecture de la carte Vitale sans la carte CPS ou CPE (non accès à une information exhaustive)
- Carte Vitale non mise à jour
- Non respect des règles de priorisation des motifs d'exonération : régime, risque, acte

### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Guichet (vérification des droits) et plus généralement, l'ensemble des professionnels habilités à faire une admission dans le système d'information

### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Consultation de l'application FEU VERT (vérification du type d'exonération)
- Modification des informations dans le Système d'Information Hospitalier
- Redressement du dossier : dotation annuelle complémentaire, payant, caisse, etc.
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre)

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole définissant les modalités de création du dossier administratif : utilisation de la carte Vitale, déversement des informations de la carte Vitale, script de l'interview du patient, vérifications à réaliser en l'absence de carte Vitale et/ou de reprise de l'historique débiteurs, modalités de création de dossier hors bureau des entrées (soignants), etc.</li> <li>- Installer des bornes de mise à jour de carte Vitale et définir les modalités de mise à jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents des admissions et des gestionnaires</li> <li>- Mise en place d'une application nationale de consultation des droits régime général FEU VERT</li> <li>- Equiper de CPS les agents des bureaux des entrées ou CPE pour les soignants</li> </ul>

### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Les agents du guichet
- Responsable bureau des admissions (protocole)
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

## 2.6. ABSENCE CONTRAT 8X ET MUT FICTIVE

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Absence contrat 8x et mut fictive		
<b>Libellé Complet</b>	Absence contrat 8x et mutuelle fictive		
<b>N° Code</b>	480 055	<b>Famille</b>	Droits et Exonération

### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Un numéro de mutuelle CMU est transmis pour un bénéficiaire qui n'a pas de contrat "89" CMU en Base Assuré

### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur dans la prise d'information : non utilisation de la carte Vitale, non déversement automatique des informations de la carte Vitale, reprise d'anciennes informations erronées, erreur de saisie notamment saisie d'une CMUc d'un autre département ou saisie d'une CMUc non justifiée
- Carte Vitale non mise à jour
- Lecture de la carte Vitale sans la carte CPS ou CPE (non accès à une information exhaustive)
- Attestation papier de la CMUc différente des droits réels (fin de droits)

### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Guichet (vérification des droits) et, plus généralement, l'ensemble des professionnels habilités à faire une admission dans le système d'information

### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Recherche des nouveaux éléments (consultation de l'application FEU VERT [vérification du matricule sous lequel la CMUc a été accordée], contact avec la caisse, contact avec le patient)
- Modification des informations dans le Système d'Information Hospitalier
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) à un autre organisme complémentaire ou au patient

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole définissant les modalités de création du dossier administratif : utilisation de la carte Vitale, déversement des informations de la carte Vitale, script de l'interview du patient, vérifications à réaliser en l'absence de carte Vitale et/ou de reprise de l'historique débiteurs, modalités de création de dossier hors bureau des entrées (soignants), etc.</li> <li>- Installer des bornes de mise à jour de carte Vitale et définir les modalités de mise à jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents des admissions et des gestionnaires</li> <li>- Mise en place d'une application nationale de consultation des droits régime général FEU VERT</li> <li>- Equiper de CPS les agents des bureaux des entrées ou CPE pour les soignants</li> </ul>

### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Les agents du guichet
- Responsable du bureau des admissions (protocole)
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

## 2.7. INCOMP MODULATION TRANSMISE / BDO

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Incomp modulation transmise / BDO		
<b>Libellé Complet</b>	Incompatibilité de la modulation transmise par la Base de Données Opérationnelle		
<b>N° Code</b>	450 058	<b>Famille</b>	Droits et Exonération

### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Le système a trouvé une modulation du ticket modérateur (régime local ou FNS) dans la base Assuré pour ce bénéficiaire qui n a pas été transmise par le tiers ou qui n est pas compatible avec le code justificatif d'exonération transmis par le tiers

### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur dans la prise d'information : non utilisation de la carte Vitale, non déversement automatique des informations de la carte Vitale, reprise d'anciennes informations erronées, erreur de saisie.
- Lecture de la carte Vitale sans la carte CPS ou CPE (non accès à une information exhaustive)
- Carte Vitale non mise à jour

### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Guichet (vérification des droits) et plus généralement, l'ensemble des professionnels habilités à faire une admission dans le système d'information

### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Consultation le cas échéant de l'application FEU VERT (vérification)
- Modification des informations dans le Système d'Information Hospitalier (notamment la particularité FSV ou régime local)
- Redressement du dossier en dotation annuelle complémentaire, caisse, payant, etc.
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) à une autre caisse ou au patient

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole définissant les modalités de création du dossier administratif : utilisation de la carte Vitale, déversement des informations de la carte Vitale, script de l'interview du patient, vérifications à réaliser en l'absence de carte Vitale et/ou de reprise de l'historique débiteurs, modalités de création de dossier hors bureau des entrées (soignants), etc.</li> <li>- Installer des bornes de mise à jour de carte Vitale et définir les modalités de mise à jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents des admissions et des gestionnaires</li> <li>- Mise en place d'une application nationale de consultation des droits régime général FEU VERT</li> <li>- Equiper de CPS les agents des bureaux des entrées ou CPE pour les soignants</li> </ul>

### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Les agents du guichet
- Responsable du bureau des admissions (protocole)
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

## 2.8. MTM NON TROUVEE BDO

<b>Libellé court CNAMTS</b>	MTM non trouvée BDO		
<b>Libellé Complet</b>	Modulation du Ticket Modérateur non trouvée dans la Base de Données Opérationnelle		
<b>N° Code</b>	450 057	<b>Famille</b>	Droits et Exonération

### DEFINITION DE L'INDICATEUR

La modulation du ticket modérateur (Régime local ou FSV) transmise ne figure pas dans la Base Assuré pour ce bénéficiaire

### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur dans la prise d'information : non utilisation de la carte Vitale, non déversement automatique des informations de la carte Vitale, reprise d'anciennes informations erronées, erreur de saisie
- Carte Vitale non mise à jour

### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Guichet (vérification des droits) et plus généralement, l'ensemble des professionnels habilités à faire une admission dans le système d'information

### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Recherche des nouveaux éléments (consultation de l'application FEU VERT, contact avec la caisse, contact avec le patient si mutuelle)
- Modification des informations dans le Système d'Information Hospitalier
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) à un organisme complémentaire ou au patient

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole définissant les modalités de création du dossier administratif : utilisation de la carte Vitale, déversement des informations de la carte Vitale, script de l'interview du patient, vérifications à réaliser en l'absence de carte Vitale et/ou de reprise de l'historique débiteurs, modalités de création de dossier hors bureau des entrées (soignants), etc.</li> <li>- Installer des bornes de mise à jour de carte Vitale et définir les modalités de mise à jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents des admissions et des gestionnaires</li> <li>- Mise en place d'une application nationale de consultation des droits régime général FEU VERT</li> </ul>

### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Les agents du guichet
- Responsable du bureau des admissions (protocole)
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

## 3. Anomalies / Valorisation des données

### 3.1. MATRICULE DE L'ASSURE INCORRECT

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Matricule de l'assuré incorrect		
<b>Libellé Complet</b>	Matricule de l'assuré incorrect		
<b>N° Code</b>	250 003	<b>Famille</b>	Valorisation des données

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Le matricule de l'assuré doit être numérique ou contenir un A ou un B en 7ème position

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur dans la prise d'information : non utilisation de la carte Vitale, non déversement automatique des informations de la carte Vitale, reprise d'anciennes informations erronées, erreur de saisie
- Carte Vitale non mise à jour par l'assuré en cas de changement de rang bénéficiaire, d'affiliation au régime général suite à aide médicale

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Guichet (vérification des droits) et plus généralement, l'ensemble des professionnels habilités à faire une admission dans le système d'information

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Recherche des nouveaux éléments (consultation de l'application FEU VERT, contact direct avec la caisse, contact avec le patient)
- Modification des informations dans le Système d'Information Hospitalier
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) à une autre caisse ou au patient

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole définissant les modalités de création du dossier administratif : utilisation de la carte Vitale, déversement des informations de la carte Vitale, script de l'interview du patient, vérifications à réaliser en l'absence de carte Vitale et/ou de reprise de l'historique débiteurs, modalités de création de dossier hors bureau des entrées (soignants), etc.</li> <li>- Installer des bornes de mise à jour de carte Vitale et définir les modalités de mise à jour</li> <li>- Adaptation du logiciel de facturation (contrôle de format)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents des admissions et des gestionnaires</li> <li>- Mise en place d'une application nationale de consultation des droits régime général FEU VERT (expérimentation en cours)</li> </ul>

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Responsable du bureau des admissions
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

### 3.2. CLE DU MATRICULE OBLIGATOIRE

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Clé du matricule obligatoire		
<b>Libellé Complet</b>	Clé du matricule obligatoire		
<b>N° Code</b>	250 004	<b>Famille</b>	Valorisation des données

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

La clé du matricule est une zone obligatoire de la norme de télétransmission

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur dans la prise d'information : non utilisation de la carte Vitale, *non déversement automatique des informations de la carte Vitale*, reprise d'anciennes informations erronées, erreur de saisie

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Guichet (vérification des droits) et plus généralement, l'ensemble des professionnels habilités à faire une admission dans le système d'information
- Gestion (contrôles dossier avant facturation)

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Recherche des nouveaux éléments (consultation de l'application FEU VERT, contact avec la caisse, contact patient)
- Modification des informations dans le Système d'Information Hospitalier
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) à la caisse

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptation du logiciel de facturation (vérification de la clé) et/ou définition de blocages /alertes avant facturation</li> <li>- Elaborer un protocole définissant les modalités de création du dossier administratif : utilisation de la carte Vitale, déversement des informations de la carte Vitale, script de l'interview du patient, vérifications à réaliser en l'absence de carte Vitale et/ou de reprise de l'historique débiteurs, modalités de création de dossier hors bureau des entrées (soignants), etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents des admissions et des gestionnaires</li> <li>- Mise en place d'une application nationale de consultation des droits régime général FEU VERT</li> </ul>

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Les agents du guichet et les gestionnaires
- Responsable du bureau des admissions (protocole)
- Responsable informatique
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

### 3.3. COMPLEMENT FACTURE NON NUMERIQUE

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Complément facture non numérique		
<b>Libellé Complet</b>	Complément du numéro de facture non numérique		
<b>N° Code</b>	182 002	<b>Famille</b>	Valorisation des données

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Le complément du N° de facture est une zone numérique (depuis la version de 12/1999 de la norme B2)

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Anomalie du logiciel de facturation (l'éditeur n'a pas apporté dans le logiciel les modifications du cahier des charges de la norme B2)
- Zone numérique du complément du n° de facture incorrectement renseigné

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Service informatique
- Editeur

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Intervention de l'éditeur pour correction du programme IRIS B2 en fonction du cahier des charges (formatage de la zone)
- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) à la caisse

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
- Correction du programme par l'éditeur : adaptation pour respect de la norme B2 en fonction du cahier des charges (formatage de la zone numérique)	∅

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Responsable informatique
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

### 3.4. SPECIALITE EXECUTANT ERRONEE

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Spécialité exécutant erronée		
<b>Libellé Complet</b>	Codification erronée de la spécialité		
<b>N° Code</b>	740 003	<b>Famille</b>	Valorisation des données

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

La spécialité de l'exécutant transmise n'entre pas dans les valeurs connues

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Fichier médecin erroné dans le SIH : non respect de la liste officielle du cahier des charges B2 sur les spécialités médicales (liste restreinte)
- Fichier national des spécialités de l'établissement non mis à jour

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Service informatique
- Direction des affaires médicales

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Modification du fichier de base des spécialités des médecins dans le Système d'Information Hospitalier
- Mise à jour du fichier national
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) d'un nouveau titre à la caisse

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
- Vérification du paramétrage des codes spécialités dans le SIH (respect norme B2) - Vérification régulière de la mise à jour du fichier national	- Définition d'une procédure de transmission et de mise à jour des informations relatives à la spécialité des médecins de l'établissement

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Responsable informatique
- Direction des affaires médicales
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire



### 3.5. NATURE DE PRESTATION ERRONEE

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Nature de prestation erronée		
<b>Libellé Complet</b>	Nature de prestation erronée		
<b>N° Code</b>	540 030	<b>Famille</b>	Valorisation des données

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

La nature de prestation transmise n'entre pas dans les valeurs connues

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Lettre clé transmise inexistante au fichier national (ex : « lettres clés maison »)
- Nouvelles prestations non encore prises en compte (ex : SE)

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Service informatique

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Modification du fichier de base des lettres clés dans le Système d'Information Hospitalier
- Attente de la mise à jour de la table nationale des prestations
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) d'un nouveau titre à la caisse

#### ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME

- Respect des lettres clés figurant au cahier des charges B2 (annexe 10) et vérification du bon déversement des « lettres clés maison »

#### ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME

- Organisation d'une veille réglementaire : suivi des mises à jour des tables nationales

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Responsable informatique
- Responsable bureau des admissions (veille réglementaire)
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

### 3.6. ECART TAUX DEMANDE / TAUX CALCULE

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Ecart taux demandé / taux calculé		
<b>Libellé Complet</b>	Ecart taux demandé / taux calculé		
<b>N° Code</b>	700 060	<b>Famille</b>	Valorisation des données

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Un écart est constaté entre le taux transmis et le taux calculé par le système. Ce rejet concerne essentiellement le cas d'une prestation pour laquelle un mauvais taux de remboursement est transmis (ex : PHH à 65% au lieu des 100% attendus)

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur de paramétrage du taux de prise en charge de l'acte dans le système d'information hospitalier
- Erreur de saisie (modification manuelle) du taux de prise en charge de l'acte

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Service informatique
- Agents chargés de la facturation

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Modification du taux de prise en charge de l'acte dans le système d'information hospitalier
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) d'un nouveau titre à la caisse

#### ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME

- Vérification et correction du paramétrage du logiciel afin d'automatiser le taux de prise en charge pour chaque acte

#### ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME

- Définition des procédures de mise à jour du paramétrage du système d'information hospitalier (veille réglementaire à organiser)

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Service informatique (paramétrage)
- Responsable du bureau des admissions (veille réglementaire)
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

## 4. Anomalies / Compatibilité des données

### 4.1. REGIME MIG OU AME OBLIGATOIRE

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Régime mig ou AME obligatoire
<b>Libellé Complet</b>	Code régime migrant ou aide médicale d'Etat obligatoire
<b>N° Code</b>	317 053
<b>Famille</b>	Compatibilité des données

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Pour les prestations de séjours, si le bénéficiaire des soins est un migrant ou un bénéficiaire de l'AME, le régime doit être valorisé et conforme à celui présent en base Assuré

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur dans la prise d'information : non utilisation de la carte Vitale, non déversement automatique des informations de la carte Vitale, reprise d'anciennes informations erronées, erreur de saisie notamment du code migrant (70) ou du code prestation
- Carte Vitale non mise à jour
- Absence de demande de prise en charge pour les migrants de passage

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Guichet (vérification des droits) et plus généralement, l'ensemble des professionnels habilités à faire une admission dans le système d'information
- Gestion (demande de prise en charge)

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Demande de prise en charge si nécessaire à la caisse
- Consultation le cas échéant de l'application FEU VERT (vérification)
- Modification des informations dans le Système d'Information Hospitalier (notamment code migrant)
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) à une autre caisse ou au patient

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole définissant les modalités de création du dossier administratif : utilisation de la carte Vitale, déversement des informations de la carte Vitale, script de l'interview du patient, vérifications à réaliser en l'absence de carte Vitale et/ou de reprise de l'historique débiteurs, modalités de création de dossier hors bureau des entrées (soignants), etc.</li> <li>- Installer des bornes de mise à jour de carte Vitale et définir les modalités de mise à jour</li> <li>- Systématiser la demande de prise en charge en cas de migrants de passage et attendre le retour de prise en charge avant de facturer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents des admissions et des gestionnaires</li> <li>- Mise en place d'une application nationale de consultation des droits régime général FEU VERT (migrants permanents)</li> </ul>

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Les agents du guichet et les gestionnaires
- Responsable du bureau des admissions (protocole)
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

### 4.2. INCOMPATILITE ASSU-NAT / REGIME

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Incomptabilité assu-nat / régime
<b>Libellé Complet</b>	Incomptabilité entre nature d'assurance et code régime de prestation
<b>N° Code</b>	317 051
<b>Famille</b>	Compatibilités des données

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

- Le code régime et la nature d'assurance transmise sont incompatibles.  
Le code régime représente le code régime de prestation de l'assuré (exemple : actif, retraité, migrant).  
Nature d'assurance = maladie, accident du travail, maternité.  
Le rejet est constaté dans les 2 cas suivants :
- L'assuré n'a pas de régime valide à la date des soins (exemple : des soins en date du 19/10/2006 pour un migrant dont la prise en charge ne commence qu'au 21/10/2006)
  - La nature d'assurance transmise n'est pas compatible avec le régime de prestation de l'assuré. (exemple : soins en accident du travail pour un bénéficiaire de l'AME)

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur dans la prise d'information : non utilisation de la carte Vitale, non déversement automatique des informations de la carte Vitale, reprise d'anciennes informations erronées, erreur de saisie, erreur dans la demande de prise en charge, etc.
- Facturation de soins hors de la période d'ouverture des droits

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Guichet (vérification des droits) et plus généralement, l'ensemble des professionnels habilités à faire une admission dans le système d'information

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Contact avec le patient et mise en relation avec CPAM
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) à une autre caisse ou au patient

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole définissant les modalités de création du dossier administratif : utilisation de la carte Vitale, déversement des informations de la carte Vitale, script de l'interview du patient, vérifications à réaliser en l'absence de carte Vitale et/ou de reprise de l'historique débiteurs, modalités de création de dossier hors bureau des entrées (soignants), etc.</li> <li>- Adresser les patients vers les services de la CPAM pour la régularisation du dossier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents des admissions et des gestionnaires (réglementation CPAM notamment changement de statut)</li> </ul>

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Les agents chargés du traitement des rejets
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire
- Responsable du bureau des Admissions (protocole)
- Services sociaux

### 4.3. INCOMP NAT PREST / PRESCRIPTEUR

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Incomp nat prest / prescripteur		
<b>Libellé Complet</b>	Incompatibilité entre prestation et prescripteur		
<b>N° Code</b>	540 060	<b>Famille</b>	Compatibilités des données

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Cette nature de prestation nécessite un prescripteur

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur de saisie : le prescripteur n'a pas été saisi sur la facture ou est erroné (ex : prescriptions obligatoire par un médecin généraliste ou spécialiste pour des examens de laboratoire, actes infirmiers, etc.)

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Professionnel chargé de la saisie les actes

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)  
- Demande au service réalisateur de l'acte, la prescription  
- Saisie correcte de l'ensemble des informations nécessaires dans le système d'information au vu de la prescription  
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) d'une nouvelle facture à la caisse

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
- Adaptation du logiciel de facturation ou de saisie de l'activité ; alertes ou blocages pour les actes nécessitant une prescription	- Sensibilisation des professionnels chargés de la saisie

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Service de soins ayant reçu la prescription  
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire  
- Service Informatique

### 4.4. INCOMP NAT PREST SPE EXECUTANT

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Incomp nat prest spé exécutant		
<b>Libellé Complet</b>	Incompatibilité nature de prestation/ spécialité		
<b>N° Code</b>	540 064	<b>Famille</b>	Compatibilités des données

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

La nature des prestations doit être compatible avec la spécialité de l'exécutant

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur de codage ou de saisie : utilisation d'une lettre clé non permise par la spécialité du médecin (ex : CS réalisée par généraliste)  
- Erreur de paramétrage du fichier des médecins

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Service informatique (paramétrage)  
- Professionnel chargé du codage et/ou de la saisie les actes

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)  
- Modification si nécessaire du paramétrage du fichier des médecins  
- Correction si nécessaire des lettres clés saisies dans le système d'information hospitalier.  
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) d'un nouveau titre à la caisse

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
- Mise à jour régulière du fichier des médecins (code spécialité et lettres clés associées) dans le système d'information hospitalier - Contrôles des règles à la source : lors de la saisie des actes (blocages ou au moins alertes)	- Sensibilisation et formation des professionnels chargés du codage et de la saisie les actes au respect des nomenclatures professionnelles

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Responsable informatique (paramétrage)  
- Responsable du bureau des admissions et DIM (codage)  
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

## 4.5. INCOMP NAT PREST / MAJORATION

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Incomp nat prest / majoration		
<b>Libellé Complet</b>	Incompatibilité entre nature de prestation et code majoration		
<b>N° Code</b>	550 004	<b>Famille</b>	Compatibilités des données

### DEFINITION DE L'INDICATEUR

La nature de prestation (540) n'admet pas ce code complémentaire

### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur de saisie ou de codage des majorations (ex : incompatibilité heure ou jour avec la majoration calendaire)
- Absence de paramétrage adapté du système d'information hospitalier

### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Professionnel chargé du codage et de la saisie des actes
- Service informatique (paramétrage)

### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Suppression ou modification de la majoration dans le système d'information hospitalier
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) d'un nouveau titre à la caisse

### ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME

- Codage en temps réel des actes et majorations
- Contrôles des règles à la source : lors de la saisie des actes (blocages ou au moins alertes), par exemple les contrôles de cohérence (jour et heure) pour majorations calendaires

### ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME

- Formation et sensibilisation des professionnels chargés du codage et de la saisie des actes et des majorations
- Application automatique d'un certain nombre de majorations (nuit, jour férié, etc.)

### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Responsable informatique (paramétrage)
- Responsable du bureau des admissions et DIM (codage)
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

## 5. Anomalies / CCAM

### 5.1. CODE ACTIVITE ABSENT

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Code activité absent		
<b>Libellé Complet</b>	Code activité absent		
<b>N° Code</b>	561 005	<b>Famille</b>	CCAM

### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Le code activité est une zone obligatoire de la norme de télétransmission

### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur de codage ou erreur de saisie : absence du code activité dans le codage de l'acte CCAM
- Dysfonctionnement des interfaces et/ou du logiciel de facturation

### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Professionnel chargé du codage et/ou ayant la saisie déléguée
- Service informatique (interface)

### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Nouveau codage de l'acte (code activité complété, le cas échéant, par le codeur) dans le Système d'Information Hospitalier
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) d'une nouvelle facture à la caisse

### ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME

- Identification de l'origine du problème (SIH, saisie)
- Paramétrage par défaut d'un code activité dans le système d'information  
*ou*
- Contrôles des règles de codage à la source lors de la saisie des actes (blocages ou au moins alertes en cas d'absence du code activité)

### ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME

- Evolution du logiciel de facturation par l'éditeur (problème d'interfaces)
- Formation des professionnels au codage en CCAM : formation ou sensibilisation individualisée ou collective (en fonction de la fréquence)
- Responsabiliser les professionnels chargés du codage et mettre en place une procédure de suivi des dossiers engendrant des rejets de facturation

### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Responsable informatique (paramétrage)
- Responsable du bureau des admissions et DIM (codage)
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

## 5.2. CODES ASSOC TRANSMIS DIFFERENTS

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Codes assoc transmis différents		
<b>Libellé Complet</b>	Codes « association non prévue » incompatibles entre eux pour une association d'actes CCAM		
<b>N° Code</b>	2 600 649	<b>Famille</b>	CCAM

### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Pour une association d'actes, il est nécessaire que le code « association non prévue » transmis soit positionné à certaines valeurs sur tous les codes de l'acte/activité/phase de cette association

- Soit l'association est prévue : dans ce cas le code association ne doit pas être renseigné sur l'ensemble des actes de l'association
- Soit l'association est non prévue :
  - Le code association doit être identique pour tous les actes de l'association s'il s'agit d'une association non prévue non panachable
  - Le code association peut être identique ou différent s'il s'agit d'une association non prévue panachable

### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur de codage : code association non renseigné par le service ou code association non transmis à la facturation (SIH ou manuel), par exemple les actes qui ne peuvent pas être associés au cours de la même séance (acte global qui comprend certains gestes associés)
- Erreur dans la saisie du code acte
- Dysfonctionnement du logiciel de facturation (interface)

### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Professionnel chargé du codage et/ou ayant la saisie déléguée
- Service informatique (interface)

### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)
- Sollicitation service codeur (ou autre correspondant) pour modification
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification de l'origine du problème (SIH, saisie)</li> <li>- Contrôles des règles de codage à la source : lors de la saisie des actes (blocages ou au moins alertes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des professionnels au codage en CCAM : formation ou sensibilisation individualisée ou collective (en fonction de la fréquence)</li> <li>- Evolution du logiciel de facturation par l'éditeur : application automatique des codes associations</li> <li>- Responsabiliser les professionnels chargés du codage et mettre en place une procédure de suivi des dossiers engendrant des rejets de facturation</li> </ul>
REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsable informatique (paramétrage)</li> <li>- DIM et responsable du bureau des admissions</li> <li>- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire</li> </ul>	

## 5.3. ABSENCE ASSOCIATION NON PREVUE

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Absence association non prévue		
<b>Libellé Complet</b>	Codes « association non prévue » non renseigné et pas d'association médicale prévue		
<b>N° Code</b>	2 600 650	<b>Famille</b>	CCAM

### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Pour un acte CCAM n'appartenant à aucune association, le code « association non prévue » doit être renseigné

### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Erreur de codage : non respect des règles d'association prévue par la CCAM : code association non renseigné (lorsque plusieurs actes sont réalisés par le même médecin à la même date sur le même patient)
- Le rejet se produit à tort dans les hôpitaux publics lorsqu'ils envoient une facture comportant plusieurs actes réalisés par des médecins différents à la même date et sur le même patient. En effet, les médecins salariés n'ayant pas à ce jour de n° d'exécutant propre, c'est le numéro d'établissement qui apparaît en télétransmission. Or, si plusieurs médecins réalisent des actes à la même date pour le même patient, la tarification centrale considère à tort qu'il y a association d'actes et attend un code association (1 pour le 1<sup>er</sup> acte, 2 pour le second)
- Dysfonctionnement du logiciel de facturation (interface)

### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Professionnel chargé du codage et/ou ayant la saisie déléguée
  - Service informatique (paramétrage, interface)
- NB : voir site de la MAINH (base documentaire : consignes de remplissage CCAM)*

### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial) et
  - Si plusieurs actes réalisés par des médecins différents : renseigner le code association 1 (acte tarifé à 100%) sur chacun des actes non associé
  - Si plusieurs actes réalisés par un même médecin : appliquer les règles générales d'association
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) d'une nouvelle facture à la caisse

ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME	ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification de l'origine du problème (SIH, saisie)</li> <li>- Contrôles des règles de codage à la source : lors de la saisie des actes (blocages ou au moins alertes)</li> <li>- Appliquer les règles de codage particulières lorsque des actes sont réalisés le même jour sur un même patient par des plusieurs médecins : code activité 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des professionnels au codage en CCAM : formation ou sensibilisation individualisée ou collective (en fonction de la fréquence)</li> <li>- Evolution du logiciel de facturation par l'éditeur : automatisation des codes association</li> <li>- Responsabiliser les professionnels chargés du codage et mettre en place une procédure de suivi des dossiers engendrant des rejets de facturation</li> </ul>

### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Responsable informatique (paramétrage)
- DIM et responsable du bureau des admissions
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire

## 6. Anomalies / Divers

### 6.1. FACT / LOT DEJA EN TRAITEMENT IRIS

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Fact / lot déjà en traitement IRIS		
<b>Libellé Complet</b>	Facture / lot déjà en cours de traitement IRIS		
<b>N° Code</b>	180 051/172 050	<b>Famille</b>	Divers

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

Si la même facture (donc n° de facture identique) ou le même lot sont en cours de traitement, elle ou il est rejeté(e)

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Dysfonctionnement informatique : envoi d'une facture ou d'un lot déjà transmis

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Service Informatique, éventuellement par action auprès du prestataire externe : contrôle lors de la transmission des factures/lots

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire si celui-ci a également été émis en doublon

#### ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME

- Dysfonctionnement à traiter par l'éditeur ou le prestataire : sécurisation de l'applicatif, avec blocage des doublons sur flux de factures B2

#### ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME

∅

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Le service informatique

### 6.2. DATE DEB PREST ANTER A 2 A + 3 M

<b>Libellé court CNAMTS</b>	Date déb prest antér à 2 A + 3 M		
<b>Libellé Complet</b>	Date début de prestation(s) antérieure à 2 ans + 3 mois		
<b>N° Code</b>	600 050	<b>Famille</b>	Divers

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR

La date de prestation est antérieure au délai de prescription (2 ans + trimestre en cours à la date des soins). Les traitements que la CNAMTS effectue représentent un contrôle exact sur la période égale à 2 ans et 3 mois. Les factures télétransmises au-delà de cette période sont rejetées

#### ORIGINE(S) POSSIBLE(S) DU REJET

- Dysfonctionnement dans la chaîne de facturation (retard)  
- Retard ou mauvais traitement des réclamations (ex 1 : connaissance trop tardive d'une ouverture de droits ou d'une CMUc / ex 2 : après poursuites du patient)

#### FONCTION(S) CONCERNEE(S) PAR L'ORIGINE DU REJET

- Le service de facturation  
- Le service du contentieux

#### MODALITE(S) DE TRAITEMENT TECHNIQUE DU REJET

- Annulation totale du flux budgétaire (selon le montant initial)  
- Pas de réémission possible à la caisse après le délai de prescription  
- Réémission du flux budgétaire et du flux de factures B2 (avec nouveau n° de titre) au patient (selon les cas)

#### ACTION(S) CORRECTIVE(S) COURT TERME

- Améliorer la prise de renseignement lors de la création du dossier : vérification des droits SS et mutuelle (ex : prise en compte de la CMU avec lecture carte Vitale)  
- Traitement de la facturation et des réclamations au fil de l'eau au plus près de leur fait générateur  
- Définition claire de la date d'application du délai de prescription par l'assurance maladie

#### ACTION(S) CORRECTIVE(S) MOYEN/LONG TERME

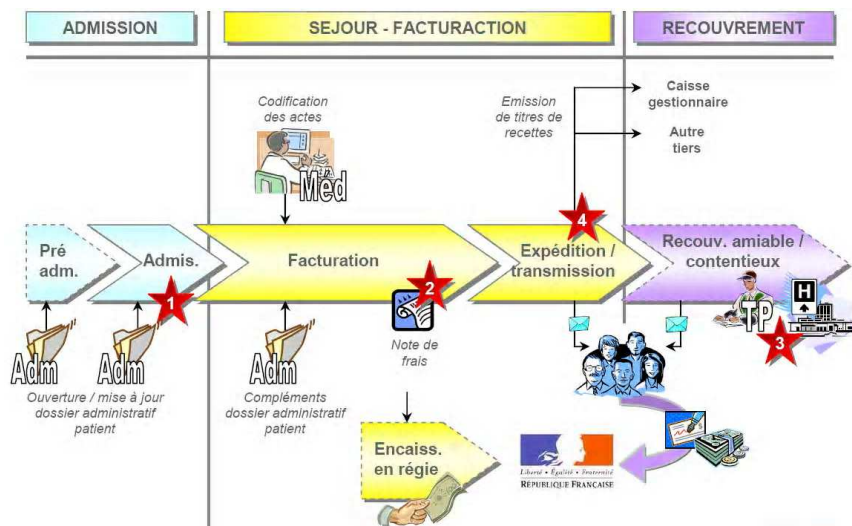
- Mettre en place une procédure de suivi des restes à facturer pour détection de ces éventuels dossiers en lien avec le comptable

#### REFERENT(S) ACTION(S) CORRECTRICE(S)

- Le responsable du bureau des admissions  
- Les agents du bureau des admissions, de la facturation et du contentieux  
- Direction des affaires financières/comptabilité budgétaire  
- Le comptable

## 7. Améliorer votre organisation

### 7.1. Les points critiques du processus



- 1** La qualité de collecte et de transmission des données administratives du patient à son entrée et pendant son séjour dans l'établissement ;
- 2** La qualité des données médicales (actes, mouvements) du patient ;
- 3** L'efficacité du recouvrement proprement dit, assumé par un ou plusieurs régisseurs de recettes et par le Trésor Public (comptable de l'établissement public de santé) ;
- 4** La fiabilité des échanges avec les tiers, et notamment l'Assurance Maladie Obligatoire.

📄 *Recouvrement - rapport de phase 1.pdf* sur [www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)

### 7.2. Les axes d'amélioration et actions associées

#### Axe 1 / pilotage

Tableaux de bord :

Définir, mesurer et suivre des indicateurs caractérisant la performance de la chaîne de facturation.

Coordination interservices :

Assurer un management homogène de l'ensemble du processus.

Staffs :

Créer une synergie de groupe au sein des équipes.

#### Axe 2 / ressources humaines

Saisie des actes :

Sensibiliser et former les médecins sur la problématique du codage.

Postes et compétences :

Redéfinir les fiches de postes, pré requis et parcours de formation continue des agents.

#### Axe 3 / organisation

Encaissement en régie :

Favoriser et stimuler l'encaissement en régie.

Sollicitation des services sociaux :

Localiser et anticiper les problèmes d'ouverture des droits des patients en difficulté.

Contrôle des données administratives :

Mettre en place les pratiques permettant de limiter les erreurs ou lacunes du dossier administratif.

Non facturés, rejets par la caisse :

Traiter et anticiper les dossiers problématiques.

Flux de patients :

Placer les points stratégiques au plus près du parcours physique du patient.

Flux d'information :

Fluidifier les interfaces entre services sur les aspects relatifs à la transmission de données.

Moyens matériels :

Adapter les équipements aux exigences et objectifs de l'établissement.

**Axe 4 / communication**

Sensibilisation de l'ensemble du personnel :

Informier l'ensemble du personnel sur les problématiques de la facturation et ses conséquences sur le recouvrement.

Sensibilisation des patients :

Informier les patients sur le fonctionnement et notamment le financement des établissements de santé.

**Axe 5 / relations avec les débiteurs institutionnels**

Caisses d'assurance maladie :

Optimiser les relations avec l'assurance maladie.

Complémentaires :

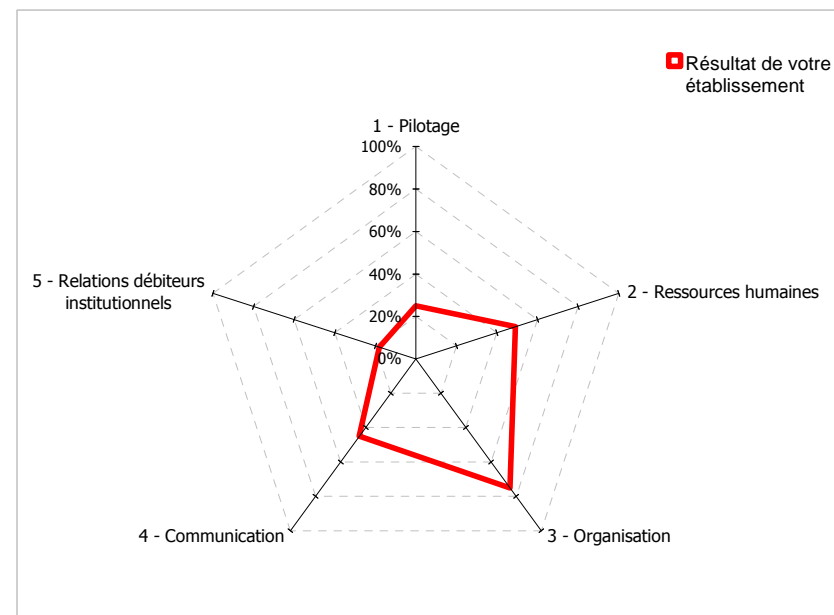
Optimiser et renégocier les conventions en tiers payant passées avec les complémentaires.

📄 *Recouvrement - rapport de phase 2.pdf* sur [www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)

**7.3. L'autoévaluation de la maturité de votre organisation**

L'urgence à laquelle sont confrontés les établissements, imposée par le calendrier de montée en puissance de la T2A, a incité la MeaH à développer avec les 8 établissements partenaires un outil simple et rapide d'évaluation des organisations.

5 axes d'amélioration ont été identifiés dans le cadre du chantier pilote : l'outil permet aux établissements d'évaluer, par une série de questions simples (15 à 25 questions par axe, réponses oui/non), le degré de maturité de leurs organisations sur chacun des 5 axes, et d'ainsi pouvoir objectiver tant les points forts que les leviers d'amélioration possibles, tout en se comparant aux 8 établissements partenaires du chantier MeaH.



📄 *QuickScan Recouvrement.xls* sur [www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)



## 8. Annexes

### 8.1. L'efficacité du recouvrement par le comptable public

Celle-ci est fortement tributaire de la qualité de la facturation.

#### Rôle du comptable public en matière de recouvrement des produits hospitaliers

Selon les termes de l'article L.6145-8 du code de la santé publique, « les comptables des établissements publics de santé sont des comptables directs du Trésor ayant qualité de comptable principal ». Ils sont chargés notamment de la tenue de la comptabilité générale de l'établissement, du règlement de ses dépenses et du recouvrement de ses recettes. Dans le cas des recettes non encaissées directement en régie, la mission de recouvrement consiste pour les comptables, après prise en charge budgétaire et comptable des titres de recettes correspondants, à engager tous les moyens amiables et contentieux prévus par la réglementation pour obtenir le règlement de la créance. Il s'agit d'une obligation de moyen, à la réalisation de laquelle participe l'ordonnateur de l'établissement notamment :

- En fiabilisant l'identification du débiteur (nom, prénom, date de naissance, n° de sécurité sociale – NIR, adresse, tiers solidaires, etc.) ;
- En systématisant la transmission de l'identifiant du titre de recettes (identifiant stable sur 15 caractères) sur les flux de factures B2 et en assurant sa cohérence avec le flux budgétaire correspondant ;
- En autorisant rapidement l'engagement des poursuites par le comptable (commandements, saisies, oppositions à tiers détenteurs).

En cas d'irrecouvrabilité avérée et justifiée du titre de recettes, l'ordonnateur peut admettre en non-valeur la créance.

Les enjeux de la facturation et du recouvrement des créances hospitalières ont conduit la DGCP et la DHOS à élaborer un guide des bonnes pratiques destiné aux acteurs locaux. Ce guide, que les

praticiens ont unanimement apprécié, constitue une base solide de recommandations opérationnelles pour améliorer les encaissements. Notamment, il encourage les gestionnaires locaux à développer et renforcer leur partenariat (comptable / services de facturation de l'ordonnateur), qui peut utilement être formalisé au moyen d'une convention de partenariat ou d'une convention de service comptable et financier (objectifs précis, partagés et évalués).

#### Des outils de pilotage nombreux et accessibles à l'ordonnateur

La définition et la mise en œuvre d'objectifs communs en matière de recouvrement peuvent reposer sur les outils de pilotage suivants :

##### 1/ A partir de l'application HTR :

- Les comptables peuvent à tout moment établir la liste des états de restes à recouvrer sur exercices précédent et antérieurs (des critères de tris peuvent affiner les recherches) ;
- Peuvent également être produites des consultations statistiques relatives aux actes de poursuites contentieux, aux prises en charge et aux recouvrements effectués qui peuvent être détaillées par catégories de débiteurs et de produits ;
- Enfin, l'application HTR permet à l'ordonnateur de connaître précisément les titres réglés (interface HREREC) et de consulter à son gré la situation d'un titre ou d'un débiteur.

##### 2/ A partir de l'application OREGHON (Outil de Reporting Global des Hôpitaux sur le Net) :

- Les comptables disposent des taux de recouvrement « spontané » relatif aux émissions de titres de l'année courante, par catégorie de débiteurs, et peuvent comparer ces taux aux établissements de même strate statistique. De même, au travers l'appréciation des restes à recouvrer, l'application OREGHON est en mesure de donner des indications précieuses sur l'évolution du Besoin en Fonds de Roulement, composant essentiel du bilan fonctionnel d'un établissement.

##### 3/ A partir de l'application CCI-RAR (Restes à Recouvrer) :

- Les comptes disposent des taux de recouvrement relatifs aux produits payables par les Hospitalisés et Consultants, sur les exercices précédent et antérieurs. Ces taux peuvent être comparés aux moyennes départementale et nationale.

### Le périmètre du présent guide exclut les rejets par la comptable

Dans cette étude, seuls sont pris en compte les rejets effectués par la caisse d'assurance maladie suite à la télé transmission d'un flux B2 par l'établissement. Par souci de clarté, l'ensemble des partenaires a en effet souhaité exclure du champ du présent guide les rejets effectués par le comptable public suite au traitement d'un flux retour Noémie (soit de paiements, soit de rejets B2) émis par la caisse. Ces rejets, dont l'origine relève soit de la caisse, soit de l'établissement, aboutiraient à des taux de rejet sur l'ensemble de la chaîne supérieurs à ceux de la seule relation établissement / caisse présentée dans ce guide.

## 8.2. Organisation de la production des tableaux

Pour le régime général, les tableaux de bord bimestriels sont diffusés :

- Par la caisse pivot si celle-ci appartient au régime général ;
- Par la caisse de rattachement géographique lorsqu'un autre régime est caisse pivot pour cet établissement.

Les rejets de factures mentionnés dans les tableaux ne concernent que les seuls bénéficiaires affiliés soit à la caisse pivot, soit à la caisse de rattachement de l'établissement.

De même, pour la MSA, les tableaux de bord bimestriels sont diffusés :

- Par la caisse pivot si celle-ci appartient à la MSA ;
- Par la caisse MSA géographiquement la plus proche, lorsqu'un autre régime est caisse pivot pour cet établissement.

En outre, les rejets de factures mentionnés dans les tableaux ne concernent que les seuls bénéficiaires affiliés soit à la caisse pivot, soit à la caisse MSA géographiquement la plus proche de l'établissement.

Les tableaux de bord sont transmis selon la même périodicité et selon les mêmes modalités au comptable de l'établissement.

## 8.3. Périmètre précis de la télétransmission

### Périmètre de la télétransmission

Les tableaux de bord fournis ne concernent que les prestations facturées hors dotation annuelle, à savoir :

- Les produits pharmaceutiques rétrocédés ;
- Le ticket modérateur des actes et consultations réalisés en soins externes pour les bénéficiaires de la CMUC (la part légale est incluse dans la dotation annuelle) ;
- Le ticket modérateur des frais de séjour, le forfait journalier hospitalier et le forfait journalier du jour de sortie des bénéficiaires de la CMUC ;
- Les frais de séjour, actes et consultations réalisés en externe des bénéficiaires de l'AME ;
- Le ticket modérateur des frais de séjour, actes et consultations externes des personnes en maintien de droit bénéficiant de l'AME à titre complémentaire ;
- Les frais de séjour, actes et consultations réalisés en externe des bénéficiaires des assurés relevant des conventions internationales ;
- Les forfaits journaliers des bénéficiaires du régime local Alsace Moselle ;
- Les forfaits techniques de scannographie, IRMN réalisés dans le cadre de co-utilisation de matériel par des praticiens libéraux.

## 8.4. Transcription et table de correspondance CNAMTS / MSA

### Outils de consultation des droits en ligne

Actuellement	Régime Général FEU VERT	MSA B82
En cours d'expérimentation	Point d'accès unique pour la consultation des droits (par Régime)	

### Codes rejets

Dans le périmètre des factures couvert par la présente version du guide, cette table ne comporte que 16 correspondances sur 25 rejets recensés par le Régime Général. Dans ce cadre, certains rejets identifiés par le Régime Général ne seront en effet générés que pour les factures concernant les populations AME ou migrants qui ne sont pas gérées par la MSA. En outre certains rejets générés par les traitements de la CNAMTS n'ont pas de correspondance au sens « strict » du terme à la MSA (différence de SI, de traitements et donc de rejets).

famille	CODE CNAMTS	Correspondance avec le (ou les) Code(s) et libellé(s) de la MSA	Complément d'information
Droits et exonération	250 050	1403 : Individu inconnu MSA ou présence destinataire NI 1404 : Individu inconnu RO et RC 5148 : Individu inconnu dans nos fichiers ou présence destinataire NI	L'assuré doit être présent dans la Base Maladie. (Plusieurs rejets correspondant en MSA pour distinguer les cas où l'assuré est connu de la MSA pour d'autres prestations : retraites, familles...)
	270 051	1406 : identification du benef. Impossible, date naissance inconnue 1407 : identification du benef. Impossible, inconnu en ass. maladie	1406 : le bénéficiaire n'a pu être trouvé dans la base car la date de naissance est incorrecte 1407 : le bénéficiaire n'a pu être trouvé dans la base car il n'est rattaché à aucun ouvrant droit
	450 054	1296 : Période ALD inconnu en base 1297 : Traitement exonérant inconnu 1336 : Individu ne remplissant pas les conditions de PEC du VAG	1296 : Le Code justificatif d'exonération dans la facture est "ALD". Il n'y a pas d'ALD connue en base pour ce bénéficiaire 1297 : Un Code justificatif d'exonération ('3') a été transmis mais, il n'existe pas de traitement exonérant connu en base pour ce bénéficiaire. 1336 : Vérification des conditions médicales permettant la Prise En Charge (PEC) du Vaccin Anti Grippe (VAG) : Le bénéficiaire n'a pas l'âge minimum et n'a pas d'exonération pour l'acte Vaccin Anti Grippe
	450 056	1325 : Montant demandé < montant calculé avec tiers payant RO	Pour la MSA, pas de rejet systématique lorsque l'on détecte qu'une exonération est connue en base maladie et qu'elle est absente de la facture. La détection conduit à un signalement. Si l'agent choisit de rejeter alors la facture est rejetée pour car le montant demandé en tiers payant par le professionnel de santé est inférieur au montant calculé par l'assurance maladie.
	480 055	2031 : Demat. Fact. Hospit. : aucun produit CMU-C	Aucun contrat CMU-C n'est connu en base pour le bénéficiaire à la date d'effet
Valorisation des données	250 003	1857 : Numéro d'identification assure inconnu	Anomalie dans la composition du numéro d'assuré (le 1er numéro est différent de 1,2,3,4 ou P)
	182 002	5101 : Donnée non numérique	Contrôle de validité des données norme B2 : format incorrect
	740 003	5032 : Code spécialité de l'exécutant inconnue dans TA00360.	Le code spécialité de l'exécutant présent dans la facture est inexistant en base
	540 030	1854 : Nature prestation honoraire CP norme B2 sans correspondance 1855 : Nature prestation séjour CP norme B2 sans correspondance 1856 : Nature prestation hors CP norme B2 sans correspondance	1854 : la nature de prestation "honoraire clinique" indiquée dans la facture en norme B2 est inconnue 1855 : la nature de prestation du "séjour clinique" indiquée dans la facture en norme B2 est inconnue 1856 : la nature de prestation "hors clinique" indiquée dans la facture en norme B2 est inconnue
	700 060	1867 : BR demandée différente de BR calculée	Constat d'un écart entre la Base de Remboursement dans la facture et de la BR calculée automatiquement par le système.
	540 060	0016 : Incompat. acte/prescripteur	Dans le cadre d'une prestation avec prescription obligatoire, l'acte médical prescrit est incompatible avec la catégorie du prescripteur.
	540 064	0013 : Incompat. Acte/spécialité exécutant	L'acte médical transmis dans la facture ne devrait pas être réalisé par cette spécialité d'exécutant.
	550 004	0017 : Incompat. Acte/majo. Nuit/ Dima ou Jr Ferie 0038 : Incompatibilité majoration urgence / spécialité exécutant	0017 : La majoration est incohérente par rapport à l'acte effectué 0038 : La majoration "urgence" n'est compatible qu'avec les généralistes
CCAM	561 005	5102 : zone non valorisée	Contrôle de validité des données norme B2 : donnée obligatoire absente.
Divers	180 051	1310 : Facture saisi déjà connue en base	Un Contrôle des numéros de PJ conduit à un rejet pour : "Facture en double"
	600 050	1832 : Date de prescription antérieure à la validité de la prescript.	La date de prestation est antérieure au délai de prescription (ajout de 33 mois à la date de prescription, puis comparaison avec la date du traitement. Si la date correspondant à la date de prescription + 33 mois est strictement antérieure à la date de traitement, il y a rejet). (Les 33 mois correspondent à : 24 mois de validité de la feuille de soins + trimestre en cours + 6 mois de validité de la prescription)



Les régimes CNAMTS et MSA mettent à disposition de chaque établissement de santé qui télétransmet ses factures selon la norme B2 ainsi que de son comptable public un tableau de bord des 15 principaux motifs de rejets de titres et pourcentages associés. Ce tableau est diffusé tous les 2 mois en fonction du déploiement des télétransmissions (1er semestre 2007 pour la CNAMTS).

Le présent guide de lecture a pour objectif de faciliter la compréhension par les professionnels de ce tableau de bord que les caisses auront produit. Ainsi, pour chaque type de rejet, le lecteur pourra en quelques lignes synthétiques identifier et localiser les points de vigilance sur lesquels il lui est conseillé de porter son attention. Il trouvera dans ce guide quelques actions correctrices à mettre en œuvre à la fois pour tenter de remédier au problème et pour prévenir sa réapparition.

## MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

L'organisation au service de la qualité et de l'efficacité dans les hôpitaux et les cliniques

