

Fiche d'Information

Forfaits fausse-couche précoce

Etablissements ex-DG et ex-OQN

Historique Mises à Jour

Date Création : 04/09/2018

Référent technique : CNAMTS

Version	Date MaJ	Détails Mises à Jour
V0.1	04/09/2018	Création

Références réglementaires

NOTE D'INFORMATION N° DGS/PP2/DSS/1C/DGOS/PF2/2018/ du 2018 relative à la fixation, à titre dérogatoire et transitoire, des modalités de prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques GYMISO® et MISOONE® au titre des recommandations temporaires d'utilisation (RTU)

Objectif

Cette fiche a pour objet de présenter les modalités de facturation des forfaits fausse-couche précoce en établissements de santé permettant la prise en charge et le remboursement dérogatoire des spécialités pharmaceutiques GYMISO® et MISOONE® au titre des RTU

Patientes concernés

Patientes ayant subi une fausse couche précoce (avant la 14^{ème} semaine d'aménorrhée)

Etablissements concernés

Tous les établissements de santé publics ou privés MCO.

Contextes de facturation

Les forfaits fausse-couche précoce sont facturables dans les contextes suivants :

- Consultation externe avec un médecin salarié (quelle que soit sa spécialité)
- Passage aux urgences (en sus d'un ATU exclusivement)

Taux de prise en charge

100% pris en charge par l'assurance maladie obligatoire

Parcours de soins

Les forfaits fausse-couche précoce ne sont pas concernés par le parcours de soins

Anonymisation de la facture

Les modalités d'anonymisation des forfaits fausse-couche précoce sont identiques à celles des forfaits IVG :

- Anonymisation obligatoire pour les mineures de moins de 15 ans (dans ce cas, pas de télétransmission possible)
- Anonymisation sur demande de la patiente dans les autres cas (seule les factures non anonymes peuvent être télétransmises)

Date d'effet

Les forfaits fausse-couche précoce sont facturables à compter du 01/03/2018

Détail des forfaits fausse-couche précoce

1) Forfait fausse-couche précoce sans échographie (FFE) :

Ce forfait d'un montant de 52,76€ intègre :

- la consultation à 25€,
- le montant d'un forfait médicamenteux (Gymiso® ou MisoOne®) devant couvrir l'intégralité du traitement d'une patiente, quel que soit le nombre de boîtes délivrées par le médecin dans la limite de six boîtes. Le montant de ce forfait médicamenteux est fixé à 27,76 € TTC.

Il n'est cumulable avec aucune autre prestation (sauf ATU dans le cadre d'un passage aux urgences).

Pour les factures non anonymisées, la facturation s'opère selon les modalités en vigueur.

- Exemple de facturation du forfait FFE en ACE pour un établissement démarré FIDES pour un assuré social :

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3												
Partenaire de santé	Date de début d'hosp	DMT	MT	Acte	N° GHS	DCS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense
Etab. démarré FIDES ACE	01/10/18	000	00	FFE		M	01/10/18	01/10/18	52.76	1	1	1.0000	52.76	100	52.76	52.76

NB : les coefficients géographique, prudentiel et CCI ne s'appliquent pas aux forfaits fausse-couche précoces.

- Exemple de facturation du forfait FFE en ACE pour un établissement démarré FIDES en ACE pour un non assuré social (AME ou migrant) :

Dans ces cas, le mode de traitement doit être valorisé à 07, le domaine court séjour et le coefficient MCO ne doivent pas être valorisés.

Cas d'un migrant

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3												
Partenaire de santé	Date de début d'hosp	DMT	MT	Acte	N° GHS	DCS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense
Etab. démarré FIDES ACE	01/10/18	000	07	FFE			01/10/18	01/10/18	52.76	1	1		52.76	100	52.76	52.76

Cas d'un bénéficiaire de l'AME

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3													
Partenaire de santé	Date de début d'hosp	DMT	MT	Acte	N° GHS	DCS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Qual. dépense	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense
Etab. démarré FIDES ACE	01/10/18	000	07	FFE			01/10/18	01/10/18	52.76	1	1		0	0	N	0	52.76

- Exemple de facturation du forfait FFE lors d'un passage aux urgences en clinique

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3												
Partenaire de santé	Date de début d'hosp	DMT	MT	Acte	N° GHS	DCS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense
Clinique privée MCO	01/10/18	406	10	ATU			01/10/18	01/10/18	24.40	1	1		24.40	80	19.52	24.40
Clinique privée MCO	01/10/18	406	10	FFE			01/10/18	01/10/18	52.76	1	1		52.76	100	52.76	52.76

2) Forfait fausse-couche précoce avec échographie (FEF) :

Ce forfait d'un montant de 63,41€ intègre :

- la consultation
- l'échographie non morphologique de la grossesse
- le montant d'un forfait médicamenteux (Gymiso® ou MisoOne®) devant couvrir l'intégralité du traitement d'une patiente, quel que soit le nombre de boîtes délivrées par le médecin dans la limite de six boîtes. Le montant de ce forfait médicamenteux est fixé à 27,76 € TTC

Il n'est cumulable avec aucune autre prestation (sauf ATU dans le cadre d'un passage aux urgences).

Pour les factures non anonymisées, la facturation s'opère selon les modalités en vigueur.

- Exemple de facturation du FEF en ACE pour une clinique (médecins salariés) :

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3												
Partenaire de santé	Date de début d'hosp	DMT	MT	Acte	N° GHS	DCS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense
Clinique MCO	01/10/18	000	00	FEF			01/10/18	01/10/18	63.41	1	1		63.41	100	63.41	63.41

- Exemple de facturation du forfait FEF lors d'un passage aux urgences en établissement public démarré FIDES volet urgences :

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3												
Partenaire de santé	Date de début d'hosp	DMT	MT	Acte	N° GHS	DCS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense
Etab. démarré FIDES urgences	01/10/18	000	00	ATU			01/10/18	01/10/18	25.32	1	1	0.9637	24.40	80	19.52	24.40
Etab. démarré FIDES urgences	01/10/18	000	00	FEF			01/10/18	01/10/18	63.41	1	1	1.0000	63.41	100	63.41	63.41

NB :

-les coefficients géographique, prudentiel et éventuellement CCI (pour les ESPIC) s'appliquent à l'ATU

-les coefficients géographique, prudentiel et CCI ne s'appliquent pas aux forfaits fausse-couche précoces.

- Exemple de facturation du forfait FEF lors d'un passage aux urgences en établissement public non démarré FIDES volet urgences :

Dans ce cas, seules les factures des migrants, des bénéficiaires de l'AME et de la CMUc sont transmises à l'assurance maladie ; le domaine court séjour et le coefficient MCO ne doivent pas être valorisés.

NB : Pour les bénéficiaires de la CMUc, seule la part complémentaire étant transmise à l'assurance maladie, la facture ne doit comporter que la part complémentaire correspondant à l'ATU (la part complémentaire du FEF est égale à zéro)

Cas d'un migrant :

Type 1	Type 2	Type 3S		Type 3												
Partenaire de santé	Date de début d'hosp	DMT	MT	Acte	N° GHS	DCS	Du	Au	PU	Qté	Coef	Coef. MCO	Base rembt	Tx	Mt remboursable AMO	Mt total de la dépense
Etab. public non démarré FIDES urgences	01/10/18	406	10	ATU			01/10/18	01/10/18	24.40	1	1		24.40	80	19.52	24.40
Etab. public non démarré FIDES urgences	01/10/18	406	10	FFE			01/10/18	01/10/18	52.76	1	1		52.76	100	52.76	52.76