

# **Manuel d'utilisation VisualValoAce MCO 2017 v5.x**

Service : Architecture et Production Informatique  
Pôle : Logiciels des Etablissements de Santé

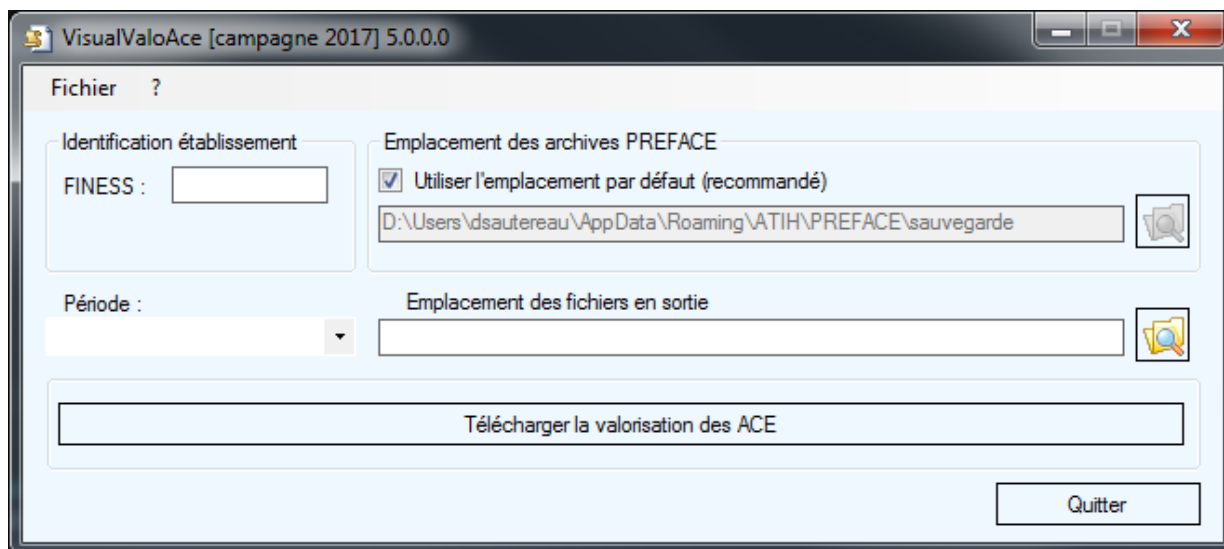
Août 2017



# Guide rapide

---

L'interface utilisateur du logiciel se présente de la façon suivante :



Pour télécharger le fichier de valorisation des séjours, on doit procéder de la manière suivante :

- Renseigner le champ FINESS
- Sélectionner la période
- Renseigner l'emplacement des fichiers en sortie qui correspond à l'emplacement prévu pour le stockage des fichiers de valorisation téléchargés

Le fichier de valorisation téléchargé est stocké dans l'emplacement des fichiers en sortie, son nom est sous la forme : [FINESS].[année].[mois].valo\_ace.txt

## Support technique

---

### La plate-forme AGORA

Indiquer votre incident au niveau du thème « **Agora > Informations médicales > Logiciels > MCO > Outil de visualisation de la valorisation ACE** » de la plate-forme AGORA. L'objet du message doit correspondre à l'erreur précise visualisée.

Lien : [https://applis.atih.sante.fr/agora/ago\\_03.do?idTheme=387](https://applis.atih.sante.fr/agora/ago_03.do?idTheme=387)

# Problèmes connus

---

Dans le cas où le fichier de valorisation n'existe pas pour la période sélectionnée, vous aurez le message d'erreur suivant :



## ANNEXES

---

## Format des données visualisées

finess	n°finess de l'établissement
noent	n° de facture séquentiel
valo	0: facture non valorisée 1: facture valorisée 2: facture partiellement valorisée 3: Prise en charge des patients détenus
fides	Variable "valorisé par fides" du RAFAEL-A
fides_ovalide	Indicateur (calculé par OVALIDE) servant à la valorisation FIDES: 0: Valorisé par OVALIDE 1: Valorisé par FIDES .: facture antérieure à la bascule FIDES
nbligne	Nb lignes de la facture
sej_fact	Variable "Séjour facturable à l'assurance maladie" du RAFAEL-A
motif_nonf	Variable "Motif de non facturation à l'assurance maladie" du RAFAEL-A
pf18	Participation forfaitaire 18 euros déduite sur la facture: 1: oui 0: non
mnt_br_atu	Montant Base de remboursement ATU
mnt_br_ffm	Montant Base de remboursement FFM
mnt_br_dia	Montant Base de remboursement Alternative à la dialyse en centre
mnt_br_se	Montant Base de remboursement SE
mnt_br_ftn	Montant Base de remboursement FTN
mnt_br_ngap	Montant Base de remboursement NGAP
mnt_br_ccam	Montant Base de remboursement CCAM
mnt_br_pi	Montant Base de remboursement Prestations Intermédiaires
mnt_br_dm_ext	Montant Base de remboursement DM externe
mnt_br_med_ext	Montant Base de remboursement Médicaments externe
mnt_br	Montant Base de remboursement total
mnt_remb_atu	Montant Remboursé AM ATU, y compris factures FIDES
mnt_remb_ffm	Montant Remboursé AM FFM, y compris factures FIDES
mnt_remb_dia	Montant Remboursé AM Alternative à la dialyse en centre, y compris factures FIDES
mnt_remb_se	Montant Remboursé AM SE, y compris factures FIDES
mnt_remb_ftn	Montant Remboursé AM FTN, y compris factures FIDES
mnt_remb_ngap	Montant Remboursé AM NGAP, y compris factures FIDES
mnt_remb_ccam	Montant Remboursé AM CCAM, y compris factures FIDES
mnt_remb_pi	Montant Remboursé AM Prestations Intermédiaires
mnt_remb_dm_ext	Montant Remboursé AM DM externe, y compris factures FIDES
mnt_remb_med_ext	Montant Remboursé AM Médicaments externe
mnt_remb	Montant Remboursé AM total, y compris factures FIDES
mnt_val_atu	Montant AM effectivement valorisé par OVALIDE ATU
mnt_val_ffm	Montant AM effectivement valorisé par OVALIDE FFM
mnt_val_dia	Montant AM effectivement valorisé par OVALIDE Alternative à la dialyse en centre
mnt_val_se	Montant AM effectivement valorisé par OVALIDE SE
mnt_val_ftn	Montant AM effectivement valorisé par OVALIDE FTN

mnt_val_ngap	Montant AM effectivement valorisé par OVALIDE NGAP
mnt_val_ccam	Montant AM effectivement valorisé par OVALIDE CCAM
mnt_val_pi	Montant AM effectivement valorisé par OVALIDE PI
mnt_val_dm_ext	Montant AM effectivement valorisé par OVALIDE DM externe
mnt_val_med_ext	Montant AM effectivement valorisé par OVALIDE Médicaments externe
mnt_val	Montant AM effectivement valorisé par OVALIDE
mnt_rac	Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)

## VALORISATION RAFAEL 2016

### 1 – Lettres clé et Factures supprimées

Ne sont pas valorisées :

- les factures hors période (année du RAFAEL B ou C différente de 2014)
- Les lettres clé n'appartenant pas à la liste autorisée
- Les ATU, FFM, SE, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23 et APE avec un prix unitaire différent du tarif BO
- Les ATU, FFM, SE, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23 et APE avec un montant BR différent de  $PU \times \text{quantité} \times \text{coefficient} \times \text{coefficient MCO}$
- Les factures codées comme non facturables à l'AM ou en attente de droits. (*Exception* : les SE non facturables à l'AM renseignés avec l'acte CCAM correspondant et un motif de non facturation à l'AM égal à 6 *Acte ou consultation externe réalisé dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier* sont valorisés.)
- Les majorations MCG (majoration coordination généraliste) et MCS (majoration coordination spécialiste) en sus d'une facture avec un ATU
- Les ACE en sus d'une facture avec forfait dialyse
- Les SE, FSD et FFM sans acte CCAM correspondant
- Les SE si plus de 2 SE se trouvent sur la même facture (réalisés à la même date)
- Les FSD si plusieurs FSD se trouvent sur la même facture
- Les ATU si plusieurs ATU se trouvent sur la même facture. Seul un ATU est valorisé dans ce cas-là.
- Pour les DM externes :
  - les codes LPP qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée sont supprimés
  - Si le montant BR renseigné dans le RSFB pour les codes prothèses (codes PII, PME, ETI) est différent du montant renseigné dans le RSFP (différence supérieure à 1 euro), les factures concernées sont supprimées
  - Les codes APE sans code prothèse (codes PII, PME, ETI) associé sur la facture
  - Les codes de prothèses (codes PII, PME, ETI) sans code APE associé sur la facture

### 2 – Valorisation

Les codes issus des RAFAEL B et C sont valorisés.

Les montants BR et remboursable sont recalculés, sauf pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM.

Pour les taux de remboursement différents de 20%, 30%, 35%, 40%, 45%, 50%, 60%, 65%, 70%, 75%, 80%, 85%, 90%, 100%, on applique un taux par défaut de 60% pour les factures sans forfait ATU, FFM, SE ou APE .

Pour les factures avec ATU, FFM, SE ou APE, on applique un taux par défaut de 80% pour les taux de remboursement différents de 80%, 100%.

Le taux de remboursement appliqué pour les patients détenus est le taux moyen par code acte calculé sur la base N-1 des RAFAEL.

Pour les patients bénéficiaires du Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace on applique un taux par défaut de 100% pour les taux de remboursement différents de 90%, 100%.

Création d'un code PAE (s'il n'existe pas) qui repère les factures auxquelles on doit enlever la participation assuré de 18 euros. Elle concerne les codes ACO, ADA, ADC, ADE, ATM, K (N/F), KC (N/F/U), SF (N/F), KE (N/F) d'un montant ( $= PU \times \text{quantité} \times \text{coefficient}$ ) supérieur ou égal à 120 euros, hors cas d'exonération (régime local, maternité, accident du travail, prévention maladie, ALD, FSV...). La participation forfaitaire n'est déduite qu'une seule fois par facture. Le montant correspondant est déduit au niveau de la valorisation des codes NGAP

#### 2.1 - Calcul du Montant base de remboursement

- Pour les ATU, FFM, SE  
 $\text{Prix unitaire} \times \text{quantité} \times \text{coefficient} \times \text{coefficient géographique} \times \text{coefficient de transition} \times \text{coefficient prudentiel}$

- Pour les APE  
Prix unitaire \* quantité \* coefficient \* coefficient géographique \* coefficient prudentiel
- Pour les alternatives à la dialyse  
Prix unitaire \* quantité \* coefficient \* coefficient géographique \* coefficient de transition \* coefficient prudentiel
- Pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM (si le coefficient de transition n'est pas intégré dans le RAFAEL)  
Mnt BR<sub>(1)</sub> \* coefficient de transition  
(1) Montant BR du fichier de RAFAEL
- Pour les forfaits techniques et codes NGAP  
Prix unitaire \* quantité \* coefficient \* coefficient de transition

**Le coefficient de transition n'est plus appliqué que pour la Guyane.**

## 2.2 - Calcul du Montant AM

- Pour les ATU, FFM, SE, APE  
Mnt BR \* **taux**
- Pour les alternatives à la dialyse  
Mnt BR \* taux
- Pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM  
Mnt BR \* taux
- Pour les forfaits techniques et codes NGAP  
Mnt BR \* taux
- Pour les DM externes (codes PME, PII, ETI)  
Mnt Facturé + Mnt total de l'écart indemnisable (variables du RSFP)

## **2.2 - Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)**

- **Cas général**  
Correspond au Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC) renseigné dans les RAFAEL B et C.
- **Pour les factures des patients détenus**  
Est calculé de la manière suivante : Montant BR \* (1 – taux de remboursement).

# Règles de valorisation RAFAEL 2017

Les règles de valorisation de l'année N s'appliquent à compter du 1er mars. Pour les mois de janvier et février, il faut se référer aux règles de valorisation de l'année N-1.

## 1 – Lettres clé et Factures supprimées

Ne sont pas valorisées :

- les factures hors période (année du RAFAEL B ou C différente de 2016)
- Les lettres clé n'appartenant pas à la liste autorisée
- Les ATU, FFM, **FPI**, SE, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23, **AP2** et APE avec un prix unitaire différent du tarif BO
- Les ATU, FFM, **FPI**, SE, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23, **AP2** et APE avec un montant BR différent de  $PU \times \text{quantité} \times \text{coefficient} \times \text{coefficient MCO}$  (à partir du 1er Mars)
- Les ACE en sus d'une facture avec forfait dialyse
- Les majorations MCG (majoration coordination généraliste) et MCS (majoration coordination spécialiste) en sus d'une facture avec un ATU
- AMI en sus d'un forfait ATU, FFM, SE, **FPI**, **AP2** ou APE (à compter d'octobre 2015)
- Les factures codées comme non facturables à l'AM ou en attente de droits. (Exception : les SE non facturables à l'AM renseignés avec l'acte CCAM correspondant et un motif de non facturation à l'AM égal à 6 Acte ou consultation externe réalisé dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier sont valorisés.)
- Les SE, FSD et FFM sans acte CCAM correspondant
- Les SE si plus de 2 SE se trouvent sur la même facture (réalisés à la même date)
- Les FSD si plusieurs FSD se trouvent sur la même facture
- Les ATU si plusieurs ATU se trouvent sur la même facture. Seul un ATU est valorisé dans ce cas-là.
- Pour les DM **et MEDICAMENTS** externes :
  - o les codes LPP qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée sont supprimés
  - o Si le montant BR renseigné dans le RSFB pour les codes prothèses (codes PII, PME, ETI) est différent du montant renseigné dans le RSFP (différence supérieure à 1 euro), les factures concernées sont supprimées
  - o Les codes APE sans code DM **ou MED** associé sur la facture
  - o Les codes de DM **ou MED** sans code APE associé sur la facture

## 2 – Valorisation

Les codes issus des RAFAEL B et C sont valorisés.

Les montants BR et remboursable sont recalculés, sauf pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM.

Pour les taux de remboursement différents de 20%, 30%, 35%, 40%, 45%, 50%, 60%, 65%, 70%, 75%, 80%, 85%, 90%, 100%, on applique un taux par défaut de 60% pour les factures sans forfait ATU, FFM, SE, **FPI**, **AP2** ou APE.

Pour les factures avec ATU, FFM, SE, **FPI**, **AP2** ou APE, on applique un taux par défaut de 80% pour les taux de remboursement différents de 80%, 100%.

Le taux de remboursement appliqué pour les patients détenus est le taux moyen par code acte calculé sur la base N-1 des RAFAEL.

Pour les patients bénéficiaires du RLAM, on applique un taux par défaut de 100% pour les taux de remboursement différents de 90%, 100%.

Création d'un code PAE (s'il n'existe pas) qui repère les factures auxquelles on doit enlever la participation assuré de 18 euros. Elle concerne les codes ACO, ADA, ADC, ADE, ATM, K (N/F), KC (N/F/U), SF (N/F), KE (N/F) d'un montant ( $= PU \times \text{quantité} \times \text{coefficient}$ ) supérieur ou égal à 120 euros, hors cas d'exonération (régime local, maternité, accident du travail, prévention maladie,



ALD, FSV...). La participation forfaitaire n'est déduite qu'une seule fois par facture. Le montant correspondant est déduit au niveau de la valorisation des codes NGAP

a) Calcul du Montant base de remboursement

Pour les ATU, FFM, FPI, SE : Prix unitaire \* quantité \* coefficient \* coefficient géographique \* coefficient de transition \* coefficient prudentiel

Pour les APE, AP2 : Prix unitaire \* quantité \* coefficient \* coefficient géographique \* coefficient prudentiel

Pour les alternatives à la dialyse : Prix unitaire \* quantité \* coefficient \* coefficient géographique \* coefficient de transition \* coefficient prudentiel

Pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM (si le coefficient de transition n'est pas intégré dans le RAFAEL) : Mnt BR<sub>(1)</sub> \* coefficient de transition

(1) Montant BR du fichier de RAFAEL

Pour les forfaits techniques et codes NGAP : Prix unitaire \* quantité \* coefficient \* coefficient de transition

Le coefficient de transition n'est plus appliqué que pour la Guyane.

b) Calcul du Montant AM

Pour les ATU, FFM, FPI, SE, APE, AP2 : Mnt BR \* taux

Pour les alternatives à la dialyse : Mnt BR \* taux

Pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM : Mnt BR \* taux

Pour les forfaits techniques et codes NGAP : Mnt BR \* taux

Pour les DM externes (codes PME, PII, ETI) : Mnt Facturé + Mnt total de l'écart indemnisable (variables du RSFP)

c) Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)

Cas général

Correspond au Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC) renseigné dans les RAFAEL B et C.

Pour les factures des patients détenus

Est calculé de la manière suivante : Montant BR \* (1 – taux de remboursement).